



XXIV. KONGRES ČLS JEP

**ÚLOHA GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH
V OCHRANĚ BUDOUCÍHO MATEŘTVÍ**

PROGRAM A ABSTRAKTA

www.cls.cz

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

20. října 2011

Výstaviště Brno, pavilon A3 – Rotunda

POŘADATEL

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně

ve spolupráci s

Českou společností gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

Českou pediatrickou společností ČLS JEP

Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

Českou společností dorostového lékařství ČLS JEP

Sekcí gynekologie dětí a dospívajících SGPS

a Slovenskou lékařskou společností

PREZIDENTI KONGRESU

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně

prof. MUDr. Peter Krišťufek, CSc.

prezident Slovenské lékařské společnosti

ODBORNÁ GARANCE

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.

předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

MUDr. Zuzana Nižňanská, PhD.

předsedkyně Sekce gynekologie dětí a dospívajících SGPS

SEKRETARIÁT KONGRESU

AMCA, spol. s r.o.

Vyšehradská 320/49

128 00 Praha 2

e-mail: amca@amca.cz

www.amca.cz/24cls

tel.: +420 221 979 351

mobil: +420 731 496 060

fax: +420 221 979 352

OHODNOCENÍ

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory v rozsahu 9 hodin teorie (ev. č. akce 27480, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 6 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 7 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů, 3) hlavní autor posteru: 5 kreditů, 4) 1. a 2. spoluautor posteru: 3 kredity, 5) další spoluautor posteru: 1 kredit.

Česká asociace sester souhlasí s přiznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. po implementaci změn plynoucích z vyhlášky č. 4/2010 Sb. (reg. číslo ČAS: ČAS/KK/2804/2011).
Pasivní účast: 4 kredity, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky/posteru: 10 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů, 3) spoluautor posteru: 4 kredity.

9.30 Slavnostní zahájení

9.45 – 10.10 Úvodní přednáška

Předsedající: J. Hořejší, Z. Nižňanská

1. Adolescent Oligo-amenorrhea and Bone Mineral Density
T. Csermely, EURAPAG President, University of Pécs, Hungary

10.10 – 11.25 Vrozené vývojové vady rodidel

Předsedající: I. Belan, J. Hořejší

2. Co by měl vědět pediatri o vrozených vývojových vadách rodidel
J. Hořejší, Gynekologicko-porodnická klinika, UK 2. LF a FN Motol, Praha
3. Přínos ultrazvukového vyšetření pro diagnostiku vrozených vývojových vad
D. Smetanová, M. Hynek, GENNET s.r.o., Praha
4. Atresia hymenalis – možná příčina diagnostického omylu (kazuistika)
I. Belan, Dětská fakultní nemocnice, Banská Bystrica
5. Problematika diagnózy synechia vulvae infantum
D. Ondrová, Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc
6. Problémy adolescentek s Turnerovým syndromem a zajištění jejich péče v dospělosti
J. Zapletalová, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
7. Endometrióza v adolescentním věku
E. Kučera, J. Záhumenský, Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Diskuze

11.25 – 11.50 Diskuze k posterům a kávová přestávka

Koordinátor: L. Teslík

- P1. Porody adolescentních rodiček
B. Zmrhalová¹, J. Záhumenský², A. Měchurová¹, P. Velebil¹, L. Krofta¹, J. Feyereis¹, ¹Ústav pro péči o matku a dítě, Praha, ²Gynekologicko porodnická klinika FN Na Bulovce, Praha
- P2. Potraty u adolescentiek v Slovenskej republike v rokoch 1997 – 2009
Z. Kosibová, M. Korbeľ, Z. Nižňanská, L. Féderová, A. Havalda, I. gynekologicko-pôrodnicka klinika LF UK a UNB, Bratislava

11.50 – 13.00 Zánětlivá onemocnění
Předsedající: J. Špaček, L. Teslík

8. Výtok v dětské gynekologii
J. Špaček, Gynekologicko-porodnická klinika LF UK, Hradec králové
9. Chyby a omyly v diagnostice a léčbě vulvovaginitid dětského věku
M. Havlín, ADC Sanatorium, s.r.o., Praha
10. Adnexitis a diferenciální diagnostika bolestí v podbřišku
H. Kosová, ADC Sanatorium, s.r.o., Praha
11. Balneoterapie v dětské a dorostové gynekologii
A. Gregor, Anenské slatinné lázně Bělohrad
12. Dysmenorea – současné přístupy k diagnostice a léčbě
*R. Sysák, Z. Nižňanská, P. Štencl, A. Filkászová, H. Urban, B. Lamprechtová
I. gynekologicko-pôrodnická klinika UNB a LF UK Bratislava*
13. Primární herpetické infekce vulvy u adolescentních pacientek
*J. Záhumenský, E. Kučera, Klinika gynekologie a porodnictví 3. LF UK a FNKV,
Praha*

Diskuze

13.00 – 14.00 *Oběd*

14.00 – 15.05 Onkologická problematika včetně HPV prevence
Předsedající: H. Cabrnachová, P. Koliba

14. Vakcinace proti HPV. Víme, proti čemu očkujeme?
V. Dvořák, Centrum ambulantní gynekologie a primární péče, Brno
15. Včasná prevence karcinomu děložního hrdla
D. Cibula, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
16. Onemocnění v dětském věku asociována s HPV se zaměřením na zhoubné nádory
M. Mihula, gynekologicko porodnické odd., Městská nemocnice Ostrava
17. Diferenciální diagnostika a management ovariálních resistencí
L. Teslík, Gynekologicko-porodnická klinika, UK 2. LF a FN Motol, Praha
18. Nádory vaječníku u dětí a dospívajících – diagnostika a operační léčba
P. Koliba, GYNARTIS, s.r.o., Ostrava – Vřesina

Diskuze

15.05 – 16.20 Endokrinologie včetně antikoncepce

Předsedající: M. Havlín, Z. Nižňanská

19. Poruchy menstruačního cyklu v adolescenci, juvenilní metrorrhagie
E. Hrdonková, Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň
20. Hyperandrogenní stavy a PCO u mladistvých
M. Fanta, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
21. Základy hormonální léčby v adolescenci
J. Hořejší, Gynekologicko-porodnická klinika, UK 2. LF a FN Motol, Praha
22. Hormonálna antikoncepcia pre rizikové skupiny adolescentiek
Z. Nižňanská, Z. Kosibová, M. Korbel, I. gynekologicko-pôrodnicka klinika UNB a LF UK Bratislava
23. Prevence tromboembolické nemoci při užívání hormonální antikoncepce
M. Havlín, ADC Sanatorium, s.r.o., Praha
24. NuvaRing v antikoncepci adolescentek
M. Havlín, ADC Sanatorium, s.r.o., Praha

Diskuze

16.20 Zakončení kongresu

1. ADOLESCENT OLIGO-AMENORRHEA AND BONE MINERAL DENSITY

Tamas Csermely

EURAPAG President, Department Obstetrics and Gynecology, University of Pécs, Faculty of Medicine, Pécs, Hungary

Adolescent ages are determining in bone acquisition. Peak bone mass (pBM) develops by age 26 with a continuous loss afterwards. Many factors influence bone mineral density (BMD), among them one of the most important is estrogen by inhibiting osteoclast activity.

Long lasting adolescent oligo-amenorrhea is a frequent symptom affecting 5-8 % of young girls mostly due to estrogen deficiency. Many illnesses and conditions are known to cause such symptom (e.g.: Turner syndrome or gonad dysgenesis, severe weight loss or anorexia nervosa, athlete amenorrhea, cytostatic therapy or GnRH treatment, hyperprolactinaemia, hypothalamo-pituitary insufficiency, etc) with a consequence low BMD. These girls start their adult life with lower pBM, forming a risk population for pathologic fractures even in young ages and also for more severe and earlier manifested climacteric osteoporosis.

To prevent osteoporosis hormonal add back therapy is necessary by means of either estrogen or progesterone, but rather by means of both. Some types of hormonal replacement therapies (e.g. progesterone only implants and injectables) are also known as risk factors for reduced BMD and for its consequences. The simplest way for hormonal add back therapy is the administration of combined oral contraceptives (COC), however data in the literature are conflicting about very low dose COCs to cause reduction in the BMD. Therefore COCs with at least 30 µg estradiol should be preferred.

2. CO BY MĚL VĚDĚT PEDIATR O VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VADÁCH RODIDEL

Jan Hořejší

Gynekologicko-porodnická klinika, UK 2. LF a FN Motol, Praha

Nejčastější vrozenou vadou vaječníků je dysgenese, která může mít řadu různých příčin. Nezbytné u nich je stanovení karyotypu. Při dysgenézích se kromě pomoci při stanovení diagnózy gynekolog musí podílet na hormonální léčbě, napodobující přirozené poměry v pubertě. Při záchytu Y-chromosomu je vždy indikována gonadektomie. V současné době je i u pacientek se těžkými formami dysgenézí gonád možné těhotenství, zpravidla v IVF programu. K tomu je ovšem nezbytné cílenou hormonální léčbou ovlivnit velikost dělohy a dosáhnout potřebnou výšku endometria.

Velkou skupinu vrozených vad pohlavních orgánů u dívek jsou poruchy průchodnosti a/ nebo chybně derivátů Müllеровých paramezonefrických vývodů. Podezření na ně je

možné (a žádoucí!) odhalit již u novorozence, ale jejich operační řešení spadá až do období pohlavního dospívání. Pro správnou volbu operační úpravy těchto vad je nepostradatelnou podmínkou diferenciální diagnostika konkrétní vady, a to je možné až na základě tvořící se retence menstruační krve.

Vrozené vady znemožňující pohlavní styk (aplázie pochvy, persistující urogenitální sinus) řešíme zásadně až v období psychosexuální dospělosti pacientky, tj. v období, kdy je sama motivována pro kooperaci v takové léčbě, ale i proto, že trvalý dobrý výsledek takových operací je jen tehdy, zahájí-li žena brzy po operaci pohlavní život. To platí i u pacientek s obojetným utvářením zevních pohlavních orgánů, u kterých však musíme zevní genitál operačně upravit již v batolecím věku

3. PŘÍNOS ULTRAZVUKOVÉHO VYŠETŘENÍ PRO DIAGNOSTIKU VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD.

Dagmar Smetanová, Martin Hynek

GENNET s.r.o., Praha

Vrozené vývojové vady ženských pohlavních orgánů můžeme diagnostikovat ihned po porodu, s nástupem puberty a poruch menstruačního cyklu nebo v souvislosti s poruchami reprodukce. Ultrazvukové vyšetření je důležité jak v diagnostice poruch diferenciace pohlaví, dygeneze gonád a zejména poruch splývání Mullerových vývodů.

U žen, které jsou sledovány pro poruchy reprodukce je incidence malformací dělohy okolo 4%, oproti běžné populaci, kde se udává cca 0,1 3%. Pacientky s opakovanými těhotenskými ztrátami v I. trimestru, dle různých autorů, mají incidenci vad v rozpětí mezi 3 38%. Velké rozpětí je dané nejednotností v diagnostice, různými vyšetřovacími metodami a v neposlední řadě heterogenní skupinou vrozených vývojových vad.

Materiál a metodika: Transvaginální / transabdominální 2D ultrazvukové vyšetření může diagnostikovat vrozenou vývojovou vadu dělohy, 3D ultrazvukové vyšetření však umožňuje vizualizovat jak dutinu děložní dříve dostupná diagnostika pouze HSG či HSK, tak tvar fundu děložního, který bylo možné hodnotit laparoskopicky. Ultrazvukové vyšetření je optimální provádět ve 2. polovině cyklu, lépe transvaginálně. 3D volum těla a hrdla děložního je naskenován v sagitálním řezu, a nálezy je možné hodnotit během vyšetření, ale případně i zpětně. Děložní anomálie se dělí do 7 skupin: I hypoplazie a ageneze, II uterus unicornis, III - uterus didelphys, IV uterus bicornis, V uterus septus, VI uterus arcuatus, VII DES (diethylstilbestrol expozice). Diferenciální diagnostika vrozené vývojové vady dělohy jednoplášťové či dvouplášťové a z toho vyplývající doporučení, zda a jaké operační řešení zvolit, lze provést v ambulanci gynekologa.

Závěr: V případě podezření na vrozenou vývojovou vadu dělohy je 3D technologie plně nahrazující MRI vyšetření a patří k základním vyšetřovacím metodám. Toto vyšetření není třeba provádět na specializovaném pracovišti. Oproti MRI, HSK a ev. laparoskopii využívaných také k diagnostice vrozených vývojových vad dělohy, jde o vyšetření pacientkami dobře tolerované, časově, přístrojově, personálně a ekonomicky méně náročné.

4. ATRESIA HYMENALIS – MOŽNÁ PRÍČINA DIAGNOSTICKÉHO OMYLU (KAZUISTIKA)

Ivan Belan

Detská fakultná nemocnica, Banská Bystrica

Prezentovaná kazuistika zriedkavého prípadu ukazuje dôležitosť vzájomnej spolupráce pediatra, chirurga a detského gynekológa pri riešení nejasných brušných nálezov nielen dospievajúcich dievčat, ale dievčatiek od narodenia.

5. PROBLEMATIKA DIAGNÓZY SYNECHIA VULVAE INFANTUM

Dana Ondrová

Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc

Cíl: prezentovať znalosti o diagnóze Synechia vulvae infantum

Typ práce: prehľad

Název a sídlo pracoviska: Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc

Metodika a výsledky: ve sdělení je prezentována problematika diagnózy synechia vulvae infantum – etiologie vzniku, období výskytu, klasifikace synechií, příznaky, léčba a prevence.

Závěr: Důležitější než léčba je prevence vzniku synechie. Spočívá především v řádném poučení matky pediatrem a praktickém předvedení jak o rodidla děvčátka denně pečovat
Klíčová slova : synechia vulve, pediatr, prevence

6. PROBLÉMY ADOLESCENTEK S TURNEROVÝM SYNDROMEM A ZAJIŠTĚNÍ JEJICH PÉČE V DOSPĚLOSTI

Jiřina Zapletalová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Turnerův syndrom (TS) je jednou z nejčastějších chromosomálních odchylek s incidencí 1:2000 až 1:2500 živě narozených děvčátek. Je tedy reálný předpoklad, že v České republice žije v současnosti asi 2000 dívek a žen s TS a každoročně přibývá dalších dvacet. V podvědomí lékařů je TS spojen především s růstovou poruchou a gonadální dysgenezí, ale jeho nosičky mohou mít celou řadu dalších zdravotních problémů, kvůli kterým vyhledávají pomoc zdravotníkům častěji než ostatní. Téměř každý lékař se tedy během své praxe s pacientkou s TS setká a měl by jí poskytnout péči na základě moderních medicínských poznatků. V České republice byla mezníkem v péči o TS 90. léta minulého století, kdy se původně nesystematická péče o dětské a adolescentní pacientky s TS soustředila do center dětské endokrinologie. Postupně byl vytvořen systém komplexní péče, který zahrnuje nejen léčbu

růstové poruchy a gonadální dysgeneze, ale i cílené pátrání po vrozených vadách vnitřních orgánů a po ostatních přidružených chorobách. Tento multidisciplinární přístup významně zlepšil kvalitu života dívek s TS a neměl by být přerušen ukončením pediatrické péče, ale zákonitě pokračovat v ordinacích spolupracujících internistů - endokrinologů.

Ve většině vyspělých států se doporučuje, aby byly dlouhodobě sledovány ve specializovaných endokrinologických ordinacích ve zdravotnických zařízeních vyššího typu, kde je zajištěn multidisciplinární přístup (kardiolog, otorinolaryngolog, foniatr a gynekolog - specialista na HRT, který má návaznost na centrum asistované reprodukce).

7. ENDOMETRIÓZA V ADOLESCENTNÍM VĚKU

Eduard Kučera, Jozef Záhumenský

Klinika gynekologie a porodnictví 3. LF UK a FNKV, Praha

Problematika endometriózy se v současnosti rozšiřuje i do mladších věkových kategorií. Z literárních údajů vyplývá, že nejmladší dívky s diagnostikovanou endometriózou bylo 10,5 let. Sami jsme v současnosti svědky trendu, kdy na gynekologické oddělení přicházejí ženy nižších věkových kategorií s diagnózou endometriózy. V těchto věkových kategoriích je hlavním problémem pánevní bolest nebo zjištění tumoru malé pánve. Problémy s patologií reprodukce se týkají vyšší věkové kategorie. Neprávné léčebné i operační postupy u adolescentek pak mohou vést k závažným klinickým důsledkům především ve vztahu k plodnosti ženy (adhezivní proces, odstranění tuby nebo ovaria). Autoři sdělení upozorňují na diagnostická úskalí v této problematice u mladých dívek. Současně prezentují indikace k operačním postupům a na rizika s tím spojená v této věkové kategorii.

9. CHYBY A OMYLY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ VULVOVAGINITID DĚTSKÉHO VĚKU

Miroslav Havlín

ADC Sanatorium, s.r.o., Praha

Zánětlivá onemocnění zevního genitálu a pochvy jsou nejčastějším důvodem návštěvy dětského a dorostového gynekologa. Často je poskytována první pomoc pediatrem či gynekologem neorientovaným v této problematice. Proto jsou velmi časté chyby v této první pomoci. Sdělení se soustředí na dívky v hormonálně klidovém období a prepubertě. V přednášce budou probrány především následující problematiky:

- hlavní rizikové faktory vzniku vulvovaginitid
- sedací koupele
- užívání antimykotických mastí v hormonálně klidovém období
- urogynekologická problematika
- vliv antibiotik na dětský genitál

Z uvedeného vyplývají zásady první pomoci u vulvovaginitid dětského věku.

10. ADNEXITIS A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA BOLESTÍ V PODBŘÍŠKU

Hana Kosová

ADC Sanatorium s.r.o., Praha

Zánět vejcovodů a vaječníků u dětí a dospívajících představuje velice závažné onemocnění. Diagnostika tohoto onemocnění u dětí je však velmi složitá, protože etiologie, cesta přenosu infekce i klinický obraz se výrazně odlišuje od průběhu stejného onemocnění u dospělé ženy. Pokud má dospělá žena bolesti v podbřišku, vždy nejprve myslí na gynekologický původ obtíží, vyhledá gynekologa, je včas diagnostikována a léčena. U dětí probíhá adnexitis nevýrazně, bolesti jsou vzhledem k etiologii lokalizovány spíše od pravého podbřišku a proto jsou děti často hospitalizovány na chirurgii s podezřením na appendicitis. Adnexitis u dětí a dospívajících bývá proto velmi často pozdě rozpoznána a pozdě léčena, častěji se setkáváme s chronickým stádiem tohoto onemocnění, které je jen velmi obtížně léčitelné. Nejhorším následkem špatně nebo pozdě léčené adnexitis je sterilita, která ovlivňuje celý další život dospívající dívky. V diferenciální diagnostice bolestí v podbřišku u dětí a dospívajících se setkáváme s širokou škálou patologií, od vulvovaginitis až po torzi cysticky změněných adnex. Je důležité na možnost gynekologického původu obtíží myslet a to již u novorozence i u dítěte v klidovém období. Dívka s bolestmi v podbřišku by proto měla být vždy vyšetřena gynekologem. Vzhledem k úzkému vztahu pravostranných adnex a appendixu by měly být gynekologicky vyšetřeny i dívky po appendektomii, aby mohly být včas rozpoznány komplikace appendicitis, např. současně probíhající adnexitis.

12. DYSMENOREA – SÚČASNÉ PRÍSTUPY K DIAGNOSTIKE A LIEČBE

Rastislav Sysák, Zuzana Nižňanská, Peter Štencl, Alexandra Filkászová, Horst Urban, Barbora Lamprechtová

I. gynekologicko-pôrodnická klinika, Lekárska fakulta UK a UN Bratislava - Petržalka

Dysmenorea je frekventované, bolestivé a pravidelné menštruačné krvácanie, ktorého incidencia u adolescentiek sa pohybuje v rozpätí 67 – 78 %. Za rizikové faktory sa u adolescentiek považuje skorý nástup menarche, pozitívna rodinná anamnéza, fajčenie, obezita alebo hypermenorea.

Dysmenorea sa rozdeľuje na primárnu, ktorá je bez asociácie s makroskopickou panvou patológiou a sekundárnu, pri ktorej je prítomná anatomická alebo makroskopická patológia. V patofyziológii sa uvažuje o abnormálnej tvorbe endometriálneho prostaglandínu, leukotriénov, vazopresínu, o prítomnosti patologického procesu v malej panve alebo o psychologickom faktore.

Pre symptomatológiu dysmenorei je charakteristická bolesť začínajúca rok po menarche, objavuje sa krátko pred začiatkom krvácania a perzistuje prvé dni. Bolesť má spastický charakter, objavuje sa v sakrálnej oblasti a v podbrušku s iradiáciou do slabín a stehien. Okrem bolesti môže byť dysmenorea sprevádzaná únavou, nauzeou, vomitom, cefaleou

migrenózného charakteru alebo až kolapsovými stavmi. Pri sekundárnej dysmenorei sa bolesť stupňuje každým cyklom. Táto bolesť spôsobuje asi 14% absenciu v školskej dochádzke.

Prvým liečebným krokom pri dysmenorei by mala byť úprava životosprávy, hlavne nízkoenergetická diéta a dodržiavať pohybový režim. K tejto liečbe sa môže pridať vitamínoterapia, hlavne vitamín E 100mg 1x1 tbl, Zinok 30mg tbl 1-3x denne, vitamín B1 100mg tbl 1x1 a Magnézium.

Pri pretrvávajúcej ťažkosti sú prvou líniou liečby nesteroidné antiflogistiká /ibuprofenum/, ktoré majú asi 80% úspešnosť. Druhou líniou liečby je hormonálna antikoncepcia, ktorá má asi 90% úspešnosť. Používajú sa kombinované prípravky a pri užívaní sa preferujú dlhé cykly.

Z nefarmakologických možností liečby je možné použiť TENS /transkutánnu elektrickú nervovú stimuláciu/, akupunktúru, akupresúru, prípadne fyzioterapiu – masáže podľa Ľudmily Mojžišovej. Chirurgická liečba sa vo vekovej skupine adolescentiek používa minimálne.

V súčasnosti máme k dispozícii širokú škálu farmakologických aj nefarmakologických prostriedkov na liečbu dysmenorei, ktoré vytvárajú možnosti nastaviť liečbu podľa individuálnych potrieb pacientky.

13. PRIMÁRNÍ HERPETICKÉ INFEKCE VULVY U ADOLESCENTNÍCH PACIENTEK

Jozef Záhumenský, Eduard Kučera

Klinika gynekologie a porodnictví 3. LF UK a FNKV, Praha

Autoři ve své přednášce analyzují vzestup výskytu primárních genitálních herpesů mladých žen. Tyto leze jsou čimá dle tím častěji způsobené labiálním typem HSV. Důvodem je obliba nekoitálních sexuálních praktik, zejména orálního sexu. Zvýšená hygiena v dětství vede k poklesu primárních herpetických gingivostomatitid a mladé ženy zůstávají imunologicky naivní až do koitarché.

Diagnóza bývá často nesprávně interpretovaná jako jiná vulvární afekce, nejčastěji mykóza. Na závěr uvádějí 2 kazuistiky adolescentních pacientek s rozsáhlým vaginálním výsevem a retencí moči, vyžadující hospitalizaci.

14. VAKCINACE PROTI HPV. VÍME, PROTI ČEMU OČKUJEME?

Vladimír Dvořák

Centrum ambulatní gynekologie a primární péče, Brno

Karcinom děložního hrdla je celosvětově druhou nejčastější příčinou smrti na nádor u žen. Počet nově diagnostikovaných případů postupně narůstá. Tento tristní stav trvá i přes skutečnost, že již přes padesát let máme k dispozici účinnou metodu sekundární prevence.

Po objevení asociace HPV infekce a cervikálního karcinomu byla vyvinuta i prevence primární – vakcinace proti HPV. Česká republika patří v současnosti k zemím EU, kde je incidence karcinomu děložního hrdla vysoká. Během třiceti let se výrazně nezměnila. Šance na zlepšení současného stavu u nás i ve světě dává kombinace organizovaného screeningu a vakcinace proti HPV infekci. Je důležité si uvědomit, že karcinom hrdla je sice nejzávažnějším onemocněním, způsobeným HPV infekcí, ale je celá řada dalších chorob, které jsou těmito viry způsobeny také a i tyto jsou značnou zátěží populace všude na světě. Vakcinace proti HPV by mohla výrazně snížit incidenci i těchto nebezpečných či nepříjemných stavů.

16. ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU ASOCIOVÁNA S HPV SE ZAMĚŘENÍM NA ZHOUBNÉ NÁDORY

Michal Mihula

Gynekologicko porodnické odd., Městská nemocnice Ostrava

Onemocnění asociována s HPV infekcí jsou v ČR epidemiologicky více než významná. Alarmujícím trendem posledních let je zejména posun výskytu těžkých prekanceróz a nádorových změn děložního hrdla do stále nižších věkových kategorií. V souvislosti s výzkumem HPV je kladen velký důraz na etiologický význam tohoto virového onemocnění u prekanceróz a zhoubných nádorů i jiných lokalizací, než jen děložního hrdla. Proto je nutné opakovaně demonstrovat unikátní možnost primární prevence těchto onemocnění ve formě očkování proti HPV a to nejlépe na konkrétních případech z praxe se zdůrazněním potřeby maximální /ideálně plošné/ proočkování zejména v kategorii dětí a dospívajících a to jak dívek, tak i chlapců.

18. NÁDORY VAJEČNÍKU U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – DIAGNOSTIKA A OPERAČNÍ LÉČBA

Peter Koliba

GYNARTIS, s.r.o., Ostrava – Vřesina

Nádorová onemocnění se vyskytují v každém období života, teda i u dětí a dospívajících. I při relativně nízké incidenci jsou nádorové choroby v pořadí příčin úmrtí na druhém místě, hned po úrazech. Minimálně u 50 % onkologicky nemocných dětí je původně stanovena chybná diagnóza. (2)

Nádory vaječníku reprezentují pouze asi 5% malignit do 15 let věku a asi 14% malignit ve věku 15 –21 let. Nádory vaječníku představují asi 1,5 % nádorů ve věku dětství a adolescence a asi 95 % gynekologických nádorů. (4) Nádory gonád (vaječníků) jsou dlouho asymptomatické. Nejčastější příznaky jsou: bolesti v podbřišku, hmatná rezistence, event. zvětšování břicha, poruchy střevní pasáže, potíže dysurické, nausea a zvracení, vzácně ascites. (5) Endokrinně aktivní nádory se projevují patologickou produkcí pohlavních

hormonů, což způsobuje předčasně pohlavní dozrávání, nebo virilizaci. (4)
Nádory vaječníků se u dětí a dospívajících proti nádorům u dospělých liší: nádory epitelové (karcinomy) se u dětí téměř nevyskytují, naopak, nádory germinální a gonadální stromální nádory jsou pro tento věk typické. Také podíl nezralých a smíšených teratomů vzrůstá. Germinální nádory ovaria tvoří téměř 80 % všech nádorů ovarií u dětí. Dysgerminomy se vyskytují, když je v karyotypu přítomný Y-chromozóm. Gonadální stromální nádory jsou vždy unilaterální, jsou maligní, ale mají dobrou prognózu a často jsou hormonálně aktivní. (2,4)

Pro stanovení diagnózy jsou, kromě základního gynekologického vyšetření a vyšetření tumor markerů. Při podezření na germinální nádor je nezbytné stanovení hladin alfa1-fetoproteinu (AFP), beta podjednotky lidského choriového gonadotropinu (beta-hCG) a laktát dehydrogenázy (LDH) před operací. Velký význam mají zobrazovací metody, hlavně ultrazvuk (UZ), počítačová tomografie (CT) a také nukleární magnetická rezonance (MRI). Pozitronová emisní tomografie (PET) je jednou z nejmodernějších a nejnovějších metod v onkologii, která slouží ke zhodnocení biologické povahy nádoru a vyhledávání ložisek metastáz. Ultrazvukové vyšetření je však stále prioritní diagnostickou metodou, zejména pokud je prováděno zkušeným lékařem. (6)

Léčebná strategie nádorů ovarií u dětí a adolescentních dívek je obdobná jako u dospělých pacientek. Základem je chirurgická léčba s peroperační histologie technikou FS, kde prioritou je zachování orgánu a ochrana fertility radikální resekcí tumoru s následnou chemoterapií. (7) Pro konečnou diagnózu je vždy rozhodující až definitivní histopatologické vyšetření. Radioterapie je méně důležitá, germinální nádory ovarií jsou málo radiosenzitivní, je potřeba vysokých dávek RT 45-50Gy, kde je vysoké riziko závažných pozdních následků (sterilita, deformity skeletu, poruchy růstu, hormon. změny, sekundární malignity). Germinální nádory jsou většinou chemosenzitivní a kurabilita je až 85%. (1) Celková prognóza je ale horší než při ovariálním karcinomu. (3)

Ve snaze zachovat fertilitu při nádorech vaječniku u dívek neodstraňujeme nikdy zbytečně dělohu ani makroskopicky zdravé druhé ovarium a snažíme se je naopak uchránit nežádoucích vlivů onkologické léčby. Zkouší se farmakologický návrat ovaria do prepubertálního klidu. Současný vývoj v léčbě dává naději, že ženy léčené v dětství pro maligní nádory rodidel by mohly být v dospělosti těhotné, buď přirozenou cestou, nebo metodami asistované reprodukce s darovaným oocytom. Budoucnost komplexní léčby zhoubných nádorů rodidel dětského věku je nejen v záchraně života, ale i podle možností v zachování fertility. (4) Při včasné stanovené diagnóze a adekvátní komplexní protinádorové léčbě je možné v současné době vyléčit až kolem 70% všech nádorem nemocných dětí. (2)

Operace zhoubných nádorů vaječníků by měly být centralizovány do onkogynekologických center, a to zejména vzhledem k velkým nárokům na chirurgickou erudici a technické vybavení i zázemí. Možnost peroperační biopsie je nepodročitelnou podmínkou. (6)
Prognóza ovariálního nádoru závisí na řadě faktorů, hlavně na stadiu onemocnění, histologickém typu a mitotické aktivitě a stupni diferenciací nádorových buněk – gradingu (G). Pro určení prognózy se nyní provádějí i imunologická vyšetření, určení DNK ploidity apod. (4)

Klíčová slova: nádory rodidel, nádory ovaria, gynekologie dětí a dospívajících, operační léčba

1. Bajčiová V., Múdry P., Štěrba J.: Rozdíly ovariálních nádorů u dětí, adolescentů a

dospělých žen. Sborník abstrakt Konference: Onkologie v gynekologii a mammologii. Brno, 2007, abstrakt č. 037

2. Dvořák, D.: Diagnostika nádorů rodidel u dětí a dospívajících. Atestační práce k atestaci z gynekologie dětí a dospívajících. 30. 4. 2007

3. Hatzipantelis ES, Dinas K. : Ovarian tumours in childhood and adolescence. Eur J Gynaecol Oncol. 2010;31(6):616-20.

4. Hořejší J., Rob L.: Zhoubné nádory rodidel v dětském věku včera, dnes a zítra, Čas. Lék. čes., 142, 2003, No. 2, pp. 84-87

5. Kačírek J.; Rob L.; Robová H., Pluta M.: Nonepiteliální ZN ovarií – úskalí diagnostiky a managementu. Sborník abstrakt Konference: Onkologie v gynekologii a mammologii. Brno, 2005, abstrakt č. 024

6. Rob, L., Robová, H., Chmel.R.: Zhoubné nádory ženských reprodukčních orgánů dnes a zítra, Postgraduální medicína, 5/2009

7. Teslík L.: Operace v gynekologii dětí a dospívajících. Moderní gynekologie a porodnictví, 10, 2001, č. 4

19. PORUCHY MENSTRUAČNÍHO CYKLU V ADOLESCENCI, JUVENILNÍ METRORRHAGIE

Eliška Hrdonková

Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň

Menstruační cyklus je řízen hypothalamo-hypofýzo-ovariální soustavou, která dozrává velmi zvolna. První menstruace = menarche se fyziologicky objevuje mezi 10. – 15. rokem věku (průměrný věk - 12 let a 7 měsíců). První cykly bývají anovulační, kdy v ovariu nevznikne žluté tělísko, proto nedochází v druhé polovině menstruačního cyklu k produkci progesteronu. Děložní sliznice je tak jen pod vlivem estrogenů, což může vést až k výrazné hyperplázii endometria. Hladiny estrogenů kolísají, při jejich poklesu nastává tzv. krvácení ze spádu = pseudomenstruace. Tyto pochody mohou být klinicky němé – probíhat naprosto pravidelně, většinou se ale setkáváme s různými poruchami menstruačního cyklu – ať už primární nebo sekundární amenorrhoeou, poruchami rytmu , intenzity a délky menstruace nebo s dysfunkčním krvácením – tzn. juvenilní metrorrhagií. Udává se, že první dva roky od menarche je fyziologicky až 50% cyklů anovulačních. Obecně platí, že dívka může zpočátku menstruuovat nepravidelně, nesmíme ale připustit, aby krvácela silně, často nebo dlouho. V takovém případě je namísto léčba gestageny ve druhé polovině cyklu, takováto léčba musí být řízena gynekologem, ideálně takovým, který má zkušenosti s gynekologickými problémy dospívajících.

20. HYPERANDROGENNÍ STAVY U MLADISTVÝCH

Michael Fanta

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

Hyperandrogenní stavy jsou častou endokrinopatií žen ve fertilním věku. K rozvoji většiny z nich dochází již v adolescentním věku. Nejčastějším stavem spojeným s nadprodukcí androgenů je syndrom polycystických ovárií (PCOS), jehož prevalence se pohybuje mezi 5-8%. Dále může být hyperandrogenémie adrenální etiologie (neklasická forma adrenální hyperplázie-NCAH), či může být způsobena androgen-secernujícími tumory.

Hlavními klinickými příznaky jsou nepravidelný cyklus charakteru oligomenorey a kožní androgenní symptomy – akné, hirsutismus. Pacientky s PCOS mají vyšší prevalenci obezity, vyšší riziko metabolického syndromu – inzulínové rezistence, poruchy glukózové tolerance a diabetu II. typu, hypertenze, dyslipoproteinémie.

Základní léčebnou modalitou PCOS je podávání nízkodávkovaná hormonální antikoncepce s antiandrogenním potenciálem, v zahraničí je v poslední době sledován účinek kombinace senzitivizátorů inzulínových receptorů s antiandrogeny.

21. ZÁKLADY HORMONÁLNÍ LÉČBY V ADOLESCENCI

Jan Hořejší

Gynekologicko-porodnická klinika, UK 2. LF a FN Motol, Praha

Reprodukční soustava, respektive osa hypothalamo-hypofyzo-ovariální je velmi důmyslný systém, jehož základním regulačním mechanismem jsou zpětné vazby – negativní i pozitivní. Každá hormonální léčba do systému této regulace zasahuje a musíme mít na mysli, že může zasahovat také negativně. To by mělo být respektováno při každé hormonální léčbě, dvojnásob to platí při hormonální léčbě dospívajících dívek, které jsou teprve na začátku cyklických funkcí reprodukční soustavy. Regulační mechanismy jsou v této době ještě nezralé, nestabilizované a nevhodnou hormonální léčbou je můžeme i poškodit. Každá hormonální léčba by tedy měla být indikovaná správnou diagnózou, měla by být účinná, ale při používání nejmenších ještě účinných dávek hormonů. Podle těchto zásad by proto měla léčba „ušitá na míru“ (tailor-made-therapy). Jako velmi dobrý „metr“ pro stanovení a monitorování hormonální léčby je funkční poševní cytologie, která v současnosti prožívá svou renesanci.

Autor nepovažuje za správný terapeutický postup paušální aplikaci hormonální antikoncepce, a to dokonce u dívek dosud virginálních.

22. HORMONÁLNA ANTIKONCEPCIA PRE RIZIKOVÉ SKUPINY ADOLESCENTIEK

Zuzana Nižňanská, Zuzana Kosibová, Miroslav Korbel

I. gynekologicko-pôrodnická klinika LFUK a FN, Bratislava

Cieľ: literárny prehľad modalít hormonálnej antikoncepcie (HAK) a možností výberu pre adolescentky s niektorými rizikovými faktormi a celkovými ochoreniami.

Metóda: analýza možností výberu hormonálnej antikoncepcie pre adolescentky s obezitou, hematologickými ochoreniami, diabetom, epilepsiou, migrénami, hypertenziou a gastrointestinálnymi a hepatálnymi chorobami z doteraz publikovaných údajov a odporúčaní.

Výsledky: U dievčat s vrodenu trombofiliou treba postupovať podľa typu genetickej mutácie, v prípade zvýšeného rizika sú preferované čisto gestagénové prípravky (POP). Pre diabetičky je možnosť výberu kombinovanej hormonálnej antikoncepcie (COC) s veľmi nízkou dávkou estrogénu a progesterónom bez vedľajšieho androgénneho účinku, alebo POP. U dievčat s juvenilnou hypertenziou sú metódou voľby POP. Pre epileptičky sú vhodné COC so štandardnou dávkou estrogénu, potrebná je kontrola nastavenia dávky antiepileptík na začiatku liečby. U dievčat s migrénou sú metódou voľby POP v prípade aury, bez nej je možné vybrať COC s nízkou dávkou estrogénu. Obézne dievčatá môžu užívať COC so štandardnou dávkou estrogénu aj POP, potrebná je súčasne dosiahnuť redukciu hmotnosti a primeraný pohybový režim. Gastrointestinálne ochorenia nevyklučujú užívanie COC ani POP, problémom býva rezorbcia z tráviaceho traktu, preto sú preferované iné aplikačné formy (náplasť, vaginálny krúžok). Kompenzované hepatálne ochorenia dovoľujú užívanie COC aj POP, aktívne sú kontraindikáciou užívania HAK.

Záver: Literárne údaje potvrdzujú možnosť výberu vhodnej hormonálnej antikoncepcie pre rizikové skupiny adolescentných užívateľiek. Nevyhnutné je dôkladne poznať anamnézu rizikových faktorov a u celkových ochorení aktuálny stav kompenzácie. Potrebná je interdisciplinárna spolupráca.

23. PREVENCE TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI PŘI UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Miroslav Havlín

ADC Sanatorium, s.r.o., Praha

Tromboembolická nemoc (TEN) může být vážnou, nikoliv však častou komplikací hormonálních léčeb včetně hormonální antikoncepcie (HA). HA je nejčastější hormonální léčbou dospívajících dívek. Mimo zábrany nežádoucího početí je využívána i k léčbě řady patologických stavů - poruchy cyklu, akné atd.

TEN je komplexním multifaktoriálním onemocněním, v jehož etiologii je HA jedním z mnoha faktorů vzniku a to nikoliv faktorem stěžejním.

V loňském roce bylo zveřejněno doporučení k minimalizaci rizika TEN, na němž se

podílely odborné společnosti genetická, hematologická, pediatriká a dětské a dorostové gynekologie.

24. NUVARING V ANTIKONCEPCI ADOLESCENTEK

Miroslav Havlín

ADC Sanatorium, s.r.o., Praha

Nechtěné těhotenství mladistvé je závažným problémem zdravotním, psychologickým, ekonomickým, sociálním i společenským. Rozvírající se nůžky mezi zralostí biologickou a společensko-sociální pomáhají řešit moderní antikoncepční metody, především hormonální.

Vaginální kroužek NuvaRing je nejvýznamnější antikoncepční novinkou uplynulé dekády. Jeho hlavními přednostmi jsou:

- nejmenší hormonální dávka- výborná kontrola cyklu
- jednoduché užívání
- redukce uživatelských chyb
- vysoká spolehlivost
- příznivý biochemický profil

Tyto vlastnosti z něj činí velmi vhodnou antikoncepci pro dospívající dívky (a nejen pro ně).

P1. PORODY ADOLESCENTNÍCH RODIČEK

Barbora Zmrhalová¹, Josef Záhumenský², Alena Měchurová¹, Petr Velebil¹, Ladislav Krofta¹, Jaroslav Feyereisl¹

¹Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

²Gynekologicko porodnická klinika FN Na Bulovce, Praha

Úvod:

Gravidita nezletilých žen je považována za celosvětový problém. Více než jedna třetina žen v rozvojových zemích porodí před 20. rokem věku. Gravidita nezletilé přináší rizika pro ženu samotnou, rovněž může významně zatížit celou společnost. Adolescentní gravidita je považována za nezávislý rizikový faktor nepříznivého perinatálního výsledku. Podle některých studií je těhotenství mladistvých asociováno s vyšším rizikem některých komplikací v těhotenství či za porodu, jako např. vyšší riziko předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti plodu a preeklampsie. Populace nezletilých těhotných je zatížena vyšší mateřskou a neonatální morbiditou a mortalitou. Tradičně je zdůrazňována nutnost důsledné antenatální péče o nezletilé těhotné, která je často nedostatečná.

Ve své práci jsme se rozhodli pro srovnání perinatal outcome u skupiny žen z celé české republiky, které rodily před dosažením 18. roku věku ve srovnání se ženami zletilými. Rovněž jsme provedli analýzu souboru nezletilých žen ze dvou pražských porodnických pracovišť.

Materiál a metodika:

Provedli jsme analýzu souboru rodiček mladších 18-ti let, které porodily v ČR mezi lety 2005-2009. Data pocházejí ze zdroje ÚZIS. Získali jsme zastoupení nezletilých rodiček v jednotlivých krajích ČR a provedli srovnání těchto krajů. Celorepublikově jsme získali informace o způsobu vedení porodu u nezletilých, rovněž zastoupení předčasných porodů v této skupině žen a provedli jsme srovnání s populací žen starších 18-ti let.

Dále jsme provedli analýzu vlastního souboru rodiček mladších 18-ti let, které porodily ve FN Na Bulovce v letech 2007-2010 v Ústavu pro péči o matku a dítě mezi lety 2005-2010. Potřebná data jsme čerpali z nemocničního počítačového systému. Zaměřili jsme se na komplikace těhotenství a porodu, způsob vedení porodu, gestační stáří, hmotnost plodu a jiné nezávislé rizikové faktory v jako abusů návykových látek, nedostatky v prenatální péči a další. Provedli jsme srovnání vlastního souboru nezletilých s rodičkami staršími 18-ti let, které porodily v uvedeném období na uvedených pracovištích.

Výsledky:

V České republice tvoří porody nezletilých rodiček za uvedené období 0,82% všech porodů, což se v celosvětovém měřítku jeví jako velmi málo. Regionálně jsou patrné poměrně značné rozdíly ve výskytu nezletilých rodiček z celé ČR má nejméně Zlínský kraj a Praha (0,31% a 0,39%) nejvíce porodů nezletilých vykazuje 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, považovaný celosvětově za jeden z největších negativních důsledků adolescentních gravidit, je ve skupině mladistvých vyšší (22,57% oproti 14,90%). V letech 2007-2010 celkem porodilo na Gynekologicko-porodnické klinice FN Na Bulovce 8668 žen, z toho 47 žen mladších 18 let, což tvoří 0,54%. Císařským řezem porodilo 21,3% nezletilých žen oproti 17,3 % žen nad 18 let. Porod per forcipem představuje u skupiny nezletilých 2,0% porodů podobně jako u žen nad 18 let období 2,1%. Zaznamenali jsme nižší výskyt indukovaných porodů v dané skupině (6,38% oproti 12,8%). V Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze porodilo mezi lety 2005-2010 celkem 27919 žen, z toho 40 žen mladších 18 let, což tvoří asi 0,14%. Císařským řezem porodilo 20% nezletilých žen oproti 32% u žen nad 18 let. Porod per forcipem tvoří ve skupině nezletilých 2,5% všech porodů oproti 1% ve skupině žen nad 18 let. Ve skupině rodiček do 18 let jsme na obou pracovištích nenalezli zvýšený výskyt závažných těhotenských a porodních komplikací. Ve skupině adolescentních žen jsme podle očekávání zaznamenali poměrně vysoké procento žen s nedostatečnou nebo nulovou dispenzární péčí (19,15% resp. 17,5%).

Závěr:

Analýzou dat o porodech mladistvých rodiček v České republice jsme zjistili, že ve srovnání s celosvětovým měřítkem je výskyt adolescentních gravidit poměrně nízký. V České republice jsou významné rozdíly v prevalenci v jednotlivých krajích. Uvedená skupina žen má vyšší riziko předčasného porodu a nižší riziko operačního porodu. Jako nežádoucí jev se u skupiny adolescentních těhotných vyskytují nedostatky v dispenzární péči a abusus návykových látek.

P2. POTRATY U ADOLESCENTIEK V SLOVENSKEJ REPUBLIKE V ROKOCH 1997 – 2009

Zuzana Kosibová, Miroslav Korbel', Zuzana Nižňanská, Lucia Féderová, Andrej Havalda

I. gynekologicko-pôrodnická klinika LFUK a UNB, Bratislava

Súhrn

Cieľ: Analýza reprodukčných strát 10 – 19 ročných dievčat v Slovenskej republike v rokoch 1997 – 2009.

Materiál a metodika: Retrospektívne boli analyzované absolútne počty, indexy a miery potratov z databázy Národného centra zdravotníckych informácií Slovenskej republiky. Absolútny počet potratov zahŕňa spontánny potrat, umelé prerušenia tehotnosti, extrauterinnú graviditu a molu hydatidózu. Do spontánnych potratov je zahrnutá aj mola hydatidóza. Potraty 10 – 19 ročných dievčat boli porovnané s priemerom v reprodukčnom veku (15 – 49 rokov).

Výsledky: Vo vekovej skupine 10 – 14 ročných dievčat bol počet spontánnych potratov do 10 ročne, index sa pohyboval od 11,90 do 28,57 a miera spontánnej potratovosti od 0,02 do 0,06. Počet a index interrupcií poklesli o 49 % a miera potratovosti interrupcií o 18 %. Počet všetkých potratov klesol o 19 % a index o 16 %, ale miera potratovosti stúpla o 8 %. Vo vekovej skupine 15 - 19 ročných dievčat počet spontánnych potratov poklesol o 31 %

miera potratovosti o 14 %, ale index stúpol o 13 %. Počet interrupcií poklesol o 52 %, index o 21 % a miera potratovosti interrupcií o 40 %. Vo vekovej skupine 15 – 19 ročných dievčat poklesol počet všetkých potratov o 44 %, index o 9 % a miera potratovosti o 30 %.

V indexoch spontánných potratov sa veková skupina 10 – 14 ročných dievčat nachádza nad reprodukčným priemerom, u 15 – 19 ročných dievčat pod priemerom. V indexoch interrupcií a všetkých potratov sa obidve skupiny nachádzajú nad reprodukčným priemerom.

V miere potratovosti pre spontánne potraty, interrupcie aj všetky potraty sa vekové skupiny 10 – 19 ročných dievčat nachádzajú pod reprodukčným priemerom. U dievčat 10 – 14 ročných miera potratovosti osciluje okolo 0,04. Kým v reprodukčnom veku miera potratovosti mierne stúpa, u 15 – 19 ročných dievčat má klesajúci trend.

Záver: Vývoj potratov Slovenskej republiky v rokoch 1997 – 2009 má priaznivý trend. Počet spontánných potratov 10 – 19 ročných dievčat poklesol zo 700 na 487, počet interrupcií z 1996 na 969 a počet všetkých potratov z 2608 na 1460.

Abstrakta neprešla jazykovou ani autorskou korektúrou.