

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

vítám Vás na 46. konferenci dětské gynekologie.

Po 5 a půl roku trvajícím boji s mnohahlavou saní úřadů jsme s velmi cennou podporou všech tří pediatrických společností dosáhli toho, že dětská gynekologie byla opět zařazena do systému akreditovaného vzdělání jako certifikovaný kurz a tím byla fakticky i formálně uznána její existence.

Naše konference chce ukázat na to, že si dětská gynekologie své místo v systému vzdělávání a činnosti zaslouhuje. Chceme ji tentokrát věnovat zdůraznění významu spolupráce mezi dětskou a dorostovou gynekologií a pediatrií a dorostovými lékaři.

Kromě jednotlivých sdělení jsme do programu konference zařadili i „round-table“ na téma „Vzájemná spolupráce mezi pediatrií a gynekologií“, kterého se zúčastní i představitelé každé z pediatrických společností tak, aby to přispělo k budoucí vzájemné spolupráci. Jednotlivá sdělení bude samozřejmě možno diskutovat ihned po jejich odeznění (z plánovaného času přednášek počítáme se 3 minutami na diskusi). Zásadnější problémy z hlediska spolupráce, náměty či příspěvky do diskuze uplatněte prosím také do panelové diskuse tak, aby na ně mohli odpovídat dětské lékaři či my gynekologové, ale nejraději všichni dohromady. Z takové diskuse by mohla a měla vzniknout společná doporučení a zásady spolupráce, a to vše k prospěchu a ochraně reprodukčního zdraví dívek.

Těším se na setkání i na diskusi.

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.

předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP a prezident konference

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

3. – 5. dubna 2014
Hotel Jehla
Kovářova 214/4, 591 01 Žďár nad Sázavou

POŘADATEL

Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP ve spolupráci se Sekcí gynekologie dětí a dospívajících ČGPS ČLS JEP a Sekcí gynekologie dětí a dospívajících SGPS

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

Výbor České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc. – předseda
as. MUDr. Leoš Teslík
MUDr. Miroslav Havlín
MUDr. Jiří Pertl
MUDr. Hedvika Geržová

Revizní komise České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

MUDr. Tamara Röhrichová
MUDr. Jana Skřenková
doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.

Výbor Sekce gynekologie dětí a dospívajících ČGPS ČLS JEP

doc. MUDr. Peter Koliba, CSc. – předseda
as. MUDr. Leoš Teslík
MUDr. Hedvika Geržová
MUDr. Helena Fousková
MUDr. Miroslav Havlín
prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.
MUDr. Jana Skřenková
MUDr. Dagmar Smetanová, CSc.

Výbor Sekcie gynekológie detí a dospievajúcich SGPS SLS

MUDr. Zuzana Nižňanská, Ph.D. – predsedkyně
MUDr. Nataša Feráková
MUDr. Tibor Feldmár

HLAVNÍ TÉMA

Vzájemná spolupráce mezi pediatry a gynekology

- Dostupnost indikace a rozsah gynekologického vyšetření u dětí a dospívajících v ambulantní sféře
- Spolupráce při diagnostice a léčbě gynekologických nádorů
- Spolupráce při diagnostice a léčbě onemocnění uropoetického systému
- Problematika antikoncepce u dospívajících dívek
- Aktuální pohled na HPV vakcinace
- Varia a kazuistiky

OHODNOCENÍ

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Rozsah akce: 13,8 hodin teorie.

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory (ev. č. akce 35487, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 13 kreditů

Aktivní účast: hlavní autor přednášky: 7 kreditů, spoluautor přednášky: 5 kreditů.

Česká asociace sester souhlasí s přiznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. (registrační číslo: ČAS/KK/748/2014).

Pasivní účast: 8 kreditů

Aktivní účast: hlavní autor přednášky: 10 kreditů, spoluautor přednášky: 5 kreditů

SEKRETARIÁT KONFERENCE

AMCA, spol. s r.o.

Academic and Medical Conference Agency

Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2

www.amca.cz



tel.: +420 221 979 351

mobil: +420 731 496 060

e-mail: amca@amca.cz

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 3. 4. 2014

18.00 Společná schůze výborů ČSGDD ČLS JEP, SGDD ČGPS ČLS JEP a SGDD SGPS SLS

PÁTEK 4. 4. 2014

8.00 Registrace

8.30 – 9.30 Zahájení konference, zdravice, předání čestných členství, organizační otázky DG v ČR a na Slovensku

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc., předseda ČSGDD ČLS JEP
doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., předseda ČGPS ČLS JEP
doc. MUDr. Peter Koliba, CSc., předseda SGDD ČGPS ČLS JEP
MUDr. Zuzana Nižňanská, Ph.D., IFEPAG, předsedkyně SGDD SGPS SLS
Mgr. Zbyněk Podhrázký, ředitel odboru vědy a lékařských povolání MZ ČR

9.30 – 10.45 Sekce I

Předsedající: Smetanová D., Koliba P.

1. Vývoj sekundárních pohlavních znaků a vnitřního genitálu u dívek v bratislavském kraji
Kosibová Z., Nižňanská Z., Féderová L., Korbel' M. (Bratislava)
2. Vrozené vývojové vady dělohy s dopadem na fertilitu – kazuistiky
Smetanová D. (Praha)
3. Indukce puberty u dívek s galaktosemií
Rejđová I., Vlašínová I. (Brno)
4. Předčasné ovariální selhání u šestnáctileté dívky
Felsingarová Z., Rejđová I. (Kyjov, Brno)
5. Možnosti nehormonální antikoncepce pro mladistvé v ČR
Koliba P. (Vřesina)
6. Soudněznalecký posudek v dětské gynekologii
Vambera J. (Trutnov)

10.45 – 11.15 Kávová přestávka

11.15 – 12.45

Sekce II

Předsedající: Ondrová D., Kosibová Z.

7. Vulvovaginitis u dětí a dospívajících
Kosová H. (Praha)

8. Aktuální pohled na HPV vakcinaci
Ondrová D. (Olomouc)
9. Očkování proti HPV v České republice
Skřenková J., Tachezy R., Hamšíková E., Šmahelová J., Ludvíková V., Saláková M., Stašíková J. (Praha)
10. Dvoudávkové očkovací schéma bivalentní HPV vakcíny
Neumannová H., Sehnal B., Homolková E. (Praha)
11. Nové možnosti externí léčby genitálních a perianálních bradavic
Ondrová D. (Olomouc)
12. Chlamydie i u dívek?
Kravarová Z. (České Budějovice)
13. Ureaplasma urealyticum jako původce vulvovaginitid v dětském věku
Kadlecová J. (Brno)

12.45 – 14.00 Oběd

14.00 – 15.15 Sekce III
Předsedající: Geržová H., Teslík L.

14. Onemocnění vejcovodu u dívek
Dočekalová S., Rejchrtová I. (Hradec Králové)
15. Cysty ovaria u novorozenců
Holická L., Koudelka J. (Hradec Králové)
16. Hyperlordóza nebo nádor ovária?
Teslík L. (Praha)
17. Mezioborová spolupráce v diagnostice a léčbě dysgerminomu u dětských a adolescentních pacientek
Geržová H. (Ostrava)
18. Dětská onkologická pacientka a budoucnost jejího mateřského poslání – kazuistika
Škraňková S. A., Hořejší J. (Olomouc, Praha)
19. Význam laparoskopické incidentální apendektomie v diagnostice a léčbě nejasných bolestí břicha u dětí a adolescentů – kazuistika
Sedliak I., Sedliaková K. (Košice)
20. Možnost balneoterapie u dětí a adolescentů s gynekologickými indikacemi v Lázních Bělohrad
Kosztýo A. (Lázně Bělohrad)

15.15 – 16.30

Diskuze

Diskuze, která se nevešla do časových limitů programu, vzájemné konzultace, předávání zkušeností, dotazy neuplatněné v hlavním programu, zařazování do akreditovaného vzdělávání, akreditace pracovišť, návrhy odborníků do kurzu „Hraniční obory v gynekologii dětí a dospívajících“ apod.

SOBOTA 5. 4. 2014

8.30 – 10.00

Sekce IV

Předsedající: Kosová H., Sedliak I.

21. Vývoj obličiek predčasne narodených detí
Furková K., Šašinka M., Topolský I. (Bratislava)
22. Labioplastika 11-ročného dievčatka – kazuistika
Čuboňová K. (Čadca)
23. Poranění zevního genitálu u dívek
Hrdonková E. (Plzeň)
24. Ambulantní anestezie u dětí nejen v gynekologii
Svoboda P., Uhlíř S. (Třebíč)
25. Nové preparáty hormonální antiokoncepce, jejich výběr, indikace a kontraindikace pro mladistvé
Kosová H., Makalová D. (Praha)
26. Hormonální antikoncepce a thromboembolická nemoc z pohledu medicíny založené na důkazech
Havlín M. (Praha)
27. Hormonální antikoncepce a thromboembolická nemoc z pohledu hematologa
Ďulíček P. (Hradec Králové)
28. Vplyv fajčenia, alkoholu a abuzu drog na reprodukčné zdravie
Nižňanská Z., Kosibová Z. (Bratislava)

10.00 – 10.25

Kávová přestávka

10.25 – 12.30 Round table: Spolupráce dětské gynekologie s pediatrickými odbornostmi

Moderátoři: Hořejší J., Nižňanská Z.

Naše spolupráce (úvod k následné diskusi kolem kulatého stolu)

Hořejší J. (Praha)

Účastníci:

doc. MUDr. Petr Ďulíček, Ph.D. (Hematologická klinika FN Hradec Králové)

prof. MUDr. Katarína Furková, CSc. (přednostka Kliniky pre deti a dorast A. Getlíka LF SZU a UN Bratislava)

MUDr. Miroslav Havlín (ADC Sanatorium, Praha, člen výboru ČSGDD ČLS JEP a výboru SGDD ČGPS ČLS JEP)

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc. (Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha, předseda ČSGDD ČLS JEP, člen výboru SGDD ČGPS ČLS JEP a výboru EURAPAG)

MUDr. Zuzana Nižňanská, Ph.D., IFEPAG (I. gynekologicko-pôrodnická klinika UNB a LF UK Bratislava, predsedkyně SGDD SGPS SLS a členka výboru EURAPAG)

MUDr. Dana Ondrová, Ph.D., MBA (Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc, konzultantka výboru ČSGDD ČLS JEP a výboru SGDD ČGPS ČLS JEP)

MUDr. Milan Rytíř (Praktický lékař pro děti a dorost, Tábor, vědecký sekretář OSPDL ČLS JEP)

12.30 Zakončení konference, certifikáty, oběd

ABSTRAKTA

1. VÝVOJ SEKUNDÁRNÝCH POHLAVNÝCH ZNAKOV A VNÚTORNÉHO GENITÁLU U DIEVČAT V BRATISLAVSKOM KRAJI

Kosibová Z., Nižňanská Z., Féderová L., Korbel' M.

I. gynekologicko-pôrodnická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Ciel' práce: Prospektívna štúdia bola zameraná na nástup puberty a menarché u dievčat v Bratislavskom kraji. Hľadala sa korelácia medzi sekundárnymi pohlavnými znakmi, biometrickými parametrami vnútorného genitálu, BMI, vekom a štádiom puberty. Výsledky boli porovnané so štúdiou dievčat v Bratislavskom kraji v rokoch 2006-2007. Štúdia má prispieť k vytvoreniu normy pre posudzovanie pubertálneho vývoja a hodnotenia odchýlok od normy.

Klinický súbor a metódy: Vyšetrených bolo 114 dievčat vo veku od 7 do 16 rokov v období rokov 2011-2013. V sprievode rodičov vyplnili priložený dotazník. Vývoj sekundárnych pohlavných znakov bol hodnotený podľa Tannera. Bolo vykonané sonografické vyšetrenie vnútorného genitálu transabdominálnou sondou, meranie uteru a ovárií v sagitálnom a transverzálnom priereze. Dievčatá boli rozdelené do skupín podľa veku a štádia puberty. Následne boli výsledky spracované a štatisticky vyhodnotené pomocou softvéru Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Výsledky: U bratislavských dievčat bol v sledovanom období priemerný vek nástupu telarché 11,3 rokov a pubarché 10,68 rokov. Vývoj axilárneho ochlpenia začínal v priemere v 11,78 roku života. Menarché začalo priemerne v 12,44 roku života, čo naznačuje posun do nižšieho veku v porovnaní s rokmi 2006-2007, kedy začalo v 12,49 roku života. Pozitívna korelácia bola medzi vývojom sekundárnych pohlavných znakov a biometrickými parametrami vnútorného genitálu u dievčat vo všetkých vekových skupinách.

Záver: Štúdia naznačila pokračovanie sekulárneho trendu u dievčat v Bratislavskom kraji, ale na jeho potvrdenie je potrebné rozšírenie súboru. Potom by bolo možné vytvoriť normy pre posudzovanie pubertálneho vývoja dievčat.

Kľúčové slová: puberta, sekundárne pohlavné znaky, menarché, telarché, pubarché

2. VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY DĚLOHY S DOPADEN NA FERTILITU – KAZUISTIKY

Smetanová D.

Fetální medicína, GENNET s.r.o., Praha

Úvod: Anomální vývoj Mullerových vývodů je méně častou, ale léčitelnou příčinou poruch reprodukce. Incidence abnormálního vývoje Müllerových vývodů v populaci se uvádí okolo 1% (0,1-3%). U žen s poruchami reprodukce je výskyt těchto vrozených vývojových vad vyšší cca 4% a v případech opakovaného potratu se pohybuje v rozmezí 3-38%. Ženy s děložními anomáliemi mají také 5 – 25% riziko spontánního potratu, předčasného porodu nebo abnormální polohy plodu v děloze.

Metoda: V rámci HyFoSy – ultrazvukového vyšetření průchodnosti vejcovodů, bylo hodnoceno 3D zobrazení dělohy bez a s kontrastní látkou (hydroxyethylceluloza + glycerol + fyziol. Roztok). Děloha, vaječníky a vejcovody byly zobrazeny v 3D. Následující dvě kazuistiky popisují závažné vady dělohy, které mají výrazný dopad na fertilitu.

Závěr: Diagnóza těchto vad pomocí 3D ultrazvukového vyšetření je v mnohém přesnější než některé diagnostické operační výkony. HyFoSy a diagnostika vrozených vývojových vad dělohy pomocí 3D ultrazvuku je tedy rychlá, minimálně bolestivá, ekonomicky dostupná metoda, která se provádí ambulantně. Během jednoho vyšetření lze diagnostikovat patologie dělohy, ovaríí a průchodnost vejcovodů. Následné operační řešení může být provedeno již na specializovaném pracovišti a dostatkem zkušeností.

3. INDUKCE PUBERTY U DÍVEK S GALAKTOSEMIÍ

Rejdová I., Vlašínová I.

Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

Úvod: Klasická galaktosemie je závažná, geneticky podmíněná porucha metabolismu galaktózy, s autozomálně recesivní dědičností, podmíněná chyběním enzymu galaktoza-1-fosfát-uridyltransferázy (GALT), který metabolizuje galaktózu na glukózu. Galaktóza vzniká rozkladem laktózy na glukózu a galaktózu. Při galaktosemii dochází k hromadění galaktóza-1 fosfátu (galaktóza-1-P), a ten se alternativní cestou metabolizuje na galaktikol. Galaktóza-1-P a galaktikol jsou pro organismus škodlivé. Poškozují hlavně mozek, játra, ledviny, oční čočky, ovária. Vzniká hypergonadotropní hypogonadismus s projevy pubertas tarda. Příznaky onemocnění se projeví po narození v důsledku zahájení příjmu mléka. Jedinou možnou terapií je doživotní přísná dieta s omezením galaktózy. I nejpřísnější dieta však není zárukou zábrany poškození organismu vzhledem k endogenní produkci galaktózy v každé buňce, jako zdroje energie. Novorozenecký screening se u nás neprovádí. Incidence onemocnění je 1 : 50 000 narozených dětí, přenašečem je každý 110. člověk. Diagnostika je založena na průkazu galaktikolu v moči a zvýšené hladiny galaktóza-1-fosfátu v erythrocytech. Potvrzení je nutné molekulárně genetickým a enzymatickým vyšetřením.

Cíl práce: navodit pubertu s pravidelným menstruačním cyklem u dívek s pubertas tarda při galaktosemii.

Materiál: Do souboru jsme zahrnuli 3 dívky s galaktosemií a projevy pubertas tarda (absence sek. pohlavních znaků, vysokými hodnotami gonadotropinů, amenorrhoea) ve věku 12 let, výšky kolem 150 cm.

Metodika: K navození puberty a menarche jsme vzhledem k nutnosti eliminace laktózy (a to i malého množství jako vehikula v lécích) volili estrogenový náplastový systém s postupně se zvyšujícím dávkováním (System 25 – dělením náplasti na 1/8...1/6...1/4...1/3...1/2...1.... System 50), za pravidelné kontroly klinického stavu, výšky, hmotnosti, funkční cytologie a UZ velikosti dělohy a výšky endometria.

Výsledky: Během substituční terapie pokračoval u dívek růst, došlo k rozvoji

sekundárních pohlavních znaků. Menarche jsme navodili aplikací Agolutinu 1 amp. i.m. na základě UZ vyšetření výšky endometria a funkční cytologie. U dvou dívek jsme pokračovali v hormonální terapii náplastovým systémem v kombinaci s gestageny (System sequi). U jedné dívky jsme museli nasadit jiný náplastový systém – Climaru 50 (z důvodu subjektivních potíží ihned po nalepení náplasti) a jako gestagen jsme použili Utrogestan (neobsahuje laktózu). U všech dívek se plně vyvinuly sekundární pohlavní znaky, dosáhly výšky nad 160 cm a při zavedené terapii nastoupil pravidelný menstruační cyklus. Vzhledem k nedostupnosti preparátu System sequi, jsme byli nuceni změnit terapii i ostatních 2 dívek na Climaru 50 + Utrogestan.

Všechny dívky pravidelně menstrují, nedošlo ke zhoršení základního onemocnění. **Závěr:** K navození puberty a pravidelného menstruačního cyklu u dívek s galaktosemií jsme použili náplastový estrogenní systém v postupně se zvyšujícím dávkování, který neobsahuje laktózu a nezatěžuje organismus. Menarche bylo navozeno parenterální aplikací gestagenu. Pravidelný menstruační cyklus udržujeme kombinací náplastového esterogenního preparátu s perorální aplikací gestagenu ve II. fázi cyklu.

4. PŘEDČASNÉ OVARIÁLNÍ SELHÁNÍ U ŠESTNÁCTILETÉ DÍVKY

Felsingarová Z.¹, Rejdová I.²

¹Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Kyjov

²Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

Úvod: Předčasné ovariální selhání je charakterizováno postupným vyhasínáním ovariální funkce před 40. rokem života ženy. Velmi vzácně se může vyskytnout i v pubertálním věku. Incidence tohoto onemocnění před 20. rokem věku je odhadováno na 1 případ na 10 000 žen. Patogeneze vychází ze dvou možných příčin: ztráty folikulů, nebo folikulární dysfunkce. Ženy většinou přicházejí buď pro sekundární amenorrhoeu, nebo s nepravidelností menstruačního cyklu. V diagnostice využíváme podrobnou anamnézu, klinické vyšetření, hormonální screening, vyšetření karyotypu, ultrazvukové vyšetření malé pánve. Je možné doplnit vyšetření na přítomnost autoimunitních onemocnění a funkce ostatních žláz s vnitřní sekrecí. Diagnózu nám potvrdí biopsie ovárií. Hlavním cílem léčby předčasného ovariálního selhání je substituce ovariálních hormonů. Nutno zdůraznit komplikace spojené s tímto onemocněním – neplodnost, osteoporózu a deprese.

Kazuistika: Šestnáctiletá dívka, virgo, přišla do naší ambulance pro sekundární amenorrhoeu trávající 4 měsíce. Bylo provedeno kompletní gynekologické vyšetření včetně ultrazvukového vyšetření s nálezem nízkého endometria. V hormonálním profilu byly detekovány vysoké hodnoty FSH (>170 IU) při minimální koncentraci E2. V rámci diferenciální diagnostiky bylo provedeno genetické vyšetření s nálezem normálního karyotypu (46 XX). Funkce štítné žlázy byla v normě. Denzitometrie prokázala těžkou osteoporózu.

Byla provedena diagnostická laparoskopie s fyziologickým nálezem v malé pánvi. Biopsie ovárií prokázala vazivovou přestavbu s minimálním nálezem folikulů. Nasazena hormonální substituční léčba, při které navozen pravidelný menstruační

cyklus. Osteoporóza byla léčena substitucí vitamínu D a vápníku s pravidelnými kontrolami v osteocentru.

Závěr: Předčasné ovariální selhání je velmi závažný stav, se kterým se můžeme vzácně setkat i u dospívajících dívek. Cílem terapie je navození pravidelného menstruačního cyklu, léčba osteoporózy a následně i neplodnosti v centrech asistované reprodukce formou dárcovství oocytů.

5. MOŽNOSTI NEHORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE PRO MLADISTVÉ V ČR

Koliba P.

Gynartis, s.r.o. – Gynekologická ambulance, Vřesina

V poslední době řada mladých lidí preferuje tzv. „nehormonální kontracepční metody“. Mezi ně patří:

1. **Metody přirozené, „přírodní“**
2. **Bariérová antikoncepce**
3. **Chemická antikoncepce**
4. **Nitroděložní tělísko – IUD**

1. Metody přirozené, nebo také „přírodní“

a) **Přerušovaná soulož (Coitus interruptus)**

Přerušovaná soulož = nejčastěji využívaná metoda „přírodní“ antikoncepce. Pohlavní styk je ukončen před vyvrcholením a ejakulace je mimo pochvu. Je třeba upozornit na to, že před vyvrcholením často dochází k uvolnění předejakulační tekutiny, která může obsahovat spermie schopné oplození. Proto je tato metoda značně nespolehlivá a má vysoké procento selhání.

b) **Metoda plodných a neplodných dní** (periodická sexuální abstinence, symtotermální metoda) – názvy v závorce nejsou zcela totožnými pojmy. Metoda vychází z toho, že žena je v měsíci plodná jen několik dní, v době kdy má ovulaci (uvolnění vajíčka). Problém je v tom, že žena zpravidla nemá jasné známky ovulace, takže se „plodné dny“ obtížně určují. Pro relativně přesné určení ovulace se využívá kalendářní metoda Ogino-Knaus, nebo tzv. hlenová Billingsových metoda – kombinace měření bazální teploty a vyhodnocení dalších příznaků – zpravidla charakteru poševního hlenu a stavu čípku děložního (symptotermální metoda). Metoda je poměrně obtížná, ale pokud jí pár umí správně používat a je ochoten v plodných dnech sexuálně abstinovat, může mít dobré výsledky. Mezi nevýhody patří skutečnost, že je nespolehlivá u žen s nepravidelným cyklem, má vysoké nároky na disciplínu a zodpovědnost obou partnerů a hlavně, že je nespolehlivá a má vysoký PI = 20 – 24.

2. Bariérová antikoncepce

Kondom je jedna z nejrozšířenějších metod. Jeho výhodou je dobrá dostupnost,

finanční nenáročnost, použití je bez nežádoucích účinků (kromě možné alergické reakce na latex), částečně chrání před přenosem sexuálně přenosných infekcí (chlamýdie, mykoplasma, ureoplasma, kapavka apod.)

a) Bariérová antikoncepce – pro muže = mužský kondom.

Zabraňuje setkání spermií s vajíčkem a výrazně snižuje možnost nákazy sexuálně přenosnými chorobami. Pro spolehlivost kondomu je velmi důležité jeho správné použití. Kondomů je na trhu mnoho značek, druhů, velikostí a cen. Většinou se vyrábějí z latexu. Při alergii na latex lze zakoupit kondomy polyuretanové.

b) Bariérová antikoncepce – pro ženy

Kondom ženský

Ženský kondom (Femidom) je alternativou kondomu mužského. Část se vkládá do pochvy, část zůstává mimo tělo – tím se výrazně liší od pesaru, se kterým je často zaměňován. Vynalezl ho dánský lékař Lasse Hessel – je to tenké, měkké pouzdro s pružným kroužkem na každém konci, a to v různých velikostech. Válcový vnější kroužek na otevřeném konci pláště zůstává vně pochvy a pokrývá část vnějších genitálií.

Diafragma – vaginální pesar

Diafragma je poševní membrána, přikrývá hrdlo děložní a těsně přiléhá k poševním stěnám – je vyroben z lékařského hypo-alergenního silikonu. Novinkou je tvarovaný pesar Caya.

Cervikální pesar

Cervikální pesar je další možností pro ženy, které nechtějí nebo nemohou používat hormonální antikoncepci. FemCap – cervikální pesar se funkcí je podobná pesaru. Pro zvýšení spolehlivosti se často používají v kombinaci se spermicidy. FemCap⁶ chrání čípek – vstupní bránu bakterií a virů, kde jsou receptory pro virus HIV (CCR-5 a CXCR-4). Obsahuje ochranný vaginální spermicid a také mikrobicidní látku ACIDFORM⁷, který obsahuje bioadhezivní kyselé puify, které uchovávají přirozené poševní prostředí a zároveň ničí většinu pohlavně přenosných mikroorganismů včetně viru HIV.

3. Chemická antikoncepce

Tato forma je zvláště vhodná pro dívky, které s pohlavním stykem začínají. Výhodou spermicidů je jejich snadná dostupnost. Spermicidy se aplikují 15 minut před stykem, a nesmí se smýt 6 hodin. Aplikují se do pochvy před každým pohlavním stykem – jsou čiré, neochucené, neparfemované – a co je hlavní výhodou jsou k dostání bez lékařského předpisu. Spermicidy vážou a destrukují spermií. Mezi aplikační formy patří: gely, krémy, čípky, pěny, globule. Také se používají vaginální hubky – absorbují ejakulát, bývají se spermicidy. Na trhu jsou přípravky s antiseptickým účinkem, jako je Pharmatex – s účinnou látkou benzalkonium chlorid – používá se krém a poševní globule. Účinnost samotných spermicidů je však nižší než v kombinaci s kondomem. Pearl index je 10 – 20.

4. Nitroděložní tělísko - IUD

Nitroděložní tělísko – vkládá do dělohy lékař. Chránění ženu před nechtěných těhotenstvím na několik let. Jednou za 6 měsíců je nutná kontrola u gynekologa. Nejběžnější a nejúčinnější je IUD s obsahem 380 mm² mědi. IUD působí tím, že brání oplodnění a inhibuje implantaci. Pearlův index u IUD je velmi nízký (méně než 20 z 1000/5 let). Nitroděložní tělísko (0,8 - 3%) – působí mechanicky, chemicky a aktivací obranných mechanismů v děložní dutině – fagocytózy. Další možností je nitroděložní tělísko Gynefix® je IUD bez pevného plastového těla a ramének, pouze čtyři měděné válečky uvolňují ionty, které ničí spermie. Je vhodný i pro ženy s poruchou srážlivosti – trombofilií a kuřačky. Zavedení je jednoduché, ale Gynefix® zavádí pouze vyškolený gynekolog. ZP ho nehradí, ani na něj nepřispívají. Společnost WH-Pharma je výhradním distributorem Gynefix® v ČR.

6. SOUDNĚZNALECKÝ POSUDEK V DĚTSKÉ GYNEKOLOGII

Vambera J.

Soudní znalec, Trutnov

Popis podmínek správného soudněznaleckého posudku. Specifika v dětské gynekologii. Zásady správné dokumentace – čas, místo, okolnosti, autorizace osob. Důležitost včasného vyšetření. Popis typických případů. Doporučení pro praxi.

7. VULVOVAGINITIS U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Kosová H.

Gynekologicko-porodnická klinika UK 2. LF a FNM, Gynekologická ambulance, Klinika JL, Praha

Záněť vulvy a pochvy v klidovém období je nejčastější problém, které přivede dítě do ambulance dětského gynekologa. Nejprve dítě navštíví svého pediatra, který jako první diagnostikuje tento problém a mnohdy odebre vzorek kultivace z pochvy, mnozí pediatři také ordinují vaginální léčbu, ale často nesprávně tuto léčbu aplikují. Ke správnému odběru vzorku z pochvy je nutné použít vaginoskop, pokud striktně nepoužijeme vaginoskop, můžeme setřít oblast poševního vchodu, který je ale na bakterie přirozeně bohatý a následuje pak nesprávná interpretace výsledku vyšetření. V současné době se setkáváme s přibývajícím množstvím vulvovaginitid způsobených patogeny původem z horních cest dýchacích – zejména kmene *Streptococcus* a *Haemophilus* a samozřejmě patogeny z GIT. Spektrum antibiotik zaveditelných do pochvy se ale mění, zejména magistraliter vyráběné čípky jsou někdy obtížně využitelné. Ve svém sdělení jsem chtěla zdokumentovat pacientky, které prošly mou ambulancí za rok 2013, kmene patogenů, léčbu a počet recidiv. V období dospívání se vlivem soupajících hladiny ženských pohlavních hormonů spektrum patogenů mění. Chtěla bych z výsledků vyšetření dospívajících pacientek z mé ambulance za rok 2013 vyvrátit mnohdy mylně vžitou představu, že nejčastějším patogenem v období dospívání, který způsobuje záněť pochvy je *Candida albicans*. U dívek v tomto období používáme k diagnostice kultivaci z pochvy, což dle

mého názoru není správná vyšetřovací metoda první volby, když máme k dispozici daleko jednodušší, rychlejší a levnější diagnostické metody.

8. AKTUÁLNÍ POHLED NA HPV VAKCINACI

Ondrová D.

Gynekologicko-porodnická klinika LF UP Olomouc

Cíl: Cílem této práce je podat odpovědi na otázky, které se vyskytují v ambulancích dětského gynekologa v průběhu očkování proti HPV za posledních 8 let.

Metodika: Ve sdělení je prezentována problematika HPV vakcinace se zaměřením na preparát Silgard.

HPV infekce je nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním. S HPV viry se ve svém životě setká téměř každý jedinec. Pokud HPV u nakaženého přetrvává, může dojít ke klinickým projevům této infekce. Zvláště v počátečních stádiích mohou být změny velmi diskrétní a snadno přehlédnutelné, což vzhledem k onkologickému potenciálu projevů HPV infekce může mít fatální následky.

HPV high risk má vysoký onkologický potenciál změn vedoucí ke vzniku nádoru. Změny probíhají postupně přes různá stadia přednádorových změn. Nejvýznamnějšími představiteli této skupiny jsou HPV 16 a 18.

HPV low risk je skupina mající nízký onkologický potenciál a způsobuje v genitální krajině různě velké výrůstky, které mají tendenci recidivovat a způsobují pacientům jak fyzická tak psychická traumata. Představiteli této skupiny jsou HPV 6 a 11.

Závěr: Snaha odpovědět na nejčastější otázky, které zaznívají v ambulancích dětských gynekologů v souvislosti s HPV vakcinací od flexibilního očkovacího schématu po doporučení odborných společností.

Klíčová slova: HPV infekce, vakcinace, condylomata accuminata, karcinom čípku děložního

9. OČKOVÁNÍ PROTI HPV V ČESKÉ REPUBLICCE

Skřenková J.¹, Tachezy R.², Hamšíková E.², Šmahelová J.², Ludvíková V.², Saláková M.², Stašíková J.²

¹*Ambulance dětské a dorostové gynekologie, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

²*Oddělení experimentální virologie, Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha*

Úvod: Vysoce rizikové typy lidských papillomavirů (HR HPV) jsou kauzálně spojeny s některými typy lidských nádorů, především karcinomu děložního hrdla (KDH) a dále nemalé části nádorů v anogenitální oblasti člověka a nádorů hlavy a krku, převážně v oblasti orofaryngu. Posledně jmenované nádory jsou významně častěji diagnostikovány u mužské populace. Klinickými projevy infekce nízkorizikovými typy HPV (LR HPV) jsou pak genitální bradavice a poměrně vzácné, nicméně vysoce rekurentní onemocnění – rekurentní laryngeální papillomatóza (RLP). Současně dostupné HPV vakcíny obsahují antigeny dvou HR HPV – HPV16 a HPV18, v naší

populaci zodpovědných za více než 70% KDH a jedna z nich dále antigeny dvou LR HPV – HPV6 a HPV11, zodpovědných za více než 90% genitálních bradavic a prakticky všech případů RLP. Cílem probíhající studie je sledování výskytu typů HPV ve vakcinované populaci, detekce předchozí, současné a přetrvávající HPV infekce a sledování vlivu vakcinace na následnou infekci typu HPV obsaženými ve vakcíně, eventuálně na vznik atypických nálezů na děložním hrdle.

M+M: Do studie jsme zařadili dívky a ženy, které se rozhodly pro očkování proti HPV a podepsaly informovaný souhlas s účastí ve studii. Před podáním první dávky jim byla odebrána krev na stanovení přítomnosti HPV-specifických protilátek, u sexuálně aktivních sťer z děložního hrdla na detekci HPV DNA a cytologické vyšetření. Stejně materiály jsme odebírali při kontrolách jeden, tři a pět let po ukončení vakcinace. Celkem jsme při vstupu do studie vyšetřili materiály od 75 panen ve věku 13 až 23 let a 255 sexuálně aktivních dívek a žen ve věku 15 až 49 let.

Výsledky: Prevalence protilátek proti HPV6, 11, 16 a 18 byla při vstupu do studie ve skupině panen 32.0, 20.0, 5.3 a 1.3%, ve skupině sexuálně aktivních dívek ve věku panen (do 23 let, #145) 29.0, 22.1, 13.1 a 5.5% a u starších žen (>23 let, #110) 34.5, 20.9, 23.6 a 15.5%. HPV infekci jsme zjistili u 32.2% dívek ve věku do 23 let a 46.4% starších žen, z toho HPV16/18 infekci u 7.7% a 16.4%. Nejvyšší prevalence HPV DNA byla zjištěna ve věkové skupině 24–26 let (53.2% bez ohledu na typ; 22.6% HPV16/18), dále s věkem klesala. V celé skupině sexuálně aktivních jedinců bylo typu HPV16/18 persistentně infikováno 6.7%, incidentně 4.7% a 15.3% se této infekce zbavilo. U žen starších 30 let jsme ani v jednom případě HPV16/18 infekci nezjistili, zato jsme našli v téměř 53% vyčištěnou infekci těmito typy. Při první kontrole (rok po ukončení vakcinace) jsme zjistili přítomnost HPV DNA u 40% osob jak ve skupině do 23 let, tak ve skupině starších. Při druhé kontrole byla detekována HPV DNA u 51.9% dívek mladších 24 let a 23.1% u starších žen. Čtvrtina dívek, které začaly sexuálně žít po ukončení vakcinace, byla rok po poslední dávce infikována HPV, při dalším odběru jich byla již více než třetina. Během celého období jsme pozorovali časté střídání typů HPV, vymizení infekce a následné akvírování jiného typu/typů. Obě vakcíny vyvolaly u všech očkovaných sérokonverzi proti všem antigenům obsaženým ve vakcíně. Hladiny protilátek byly vyšší po aplikaci bivalentní vakcíny. Nenalezli jsme rozdíly mezi hladinami protilátek ve skupině panen a sexuálně aktivních dívek/žen. Mezi prvním a druhým kontrolním odběrem došlo k mírnému poklesu hladin protilátek po aplikaci obou vakcín. Většina dívek s negativním nálezem protilátek proti HPV31 a 33 při vstupu do studie vytvořila po vakcinaci protilátky proti HPV31 (přibližně 90%) a asi polovina proti HPV33 (bez ohledu na použitou vakcínu).

Závěr: Předběžné výsledky ukazují vysokou prevalenci širokého spektra HPV typů u mladých žen a v případě dívek, které začaly v průběhu studie sexuálně žít, rychlé promoření HPV infekcí. Žádná ze sledovaných osob se po očkování nenakazila vakcinačními typy HPV. Původně nalezené infekce typem HPV16 přetrvávaly delší dobu, infekce dalšími typy buď vymizely, nebo byly nahrazeny typy jinými. Tyto infekce mohou vyvolat patologické změny na hrdle děložním, které však bývají obvykle reversibilní, či pomaleji progredující. Přítomnost takových změn však neznamená selhání vakcíny, neboť jsou vyvolány nevakcinačními typy HPV. U dívek

před koitarché jsme našli poměrně vysokou prevalenci LR HPV-specifických protilátek, což naznačuje významný podíl přenosu HPV infekce při nepenetrativním pohlavním styku a ukazuje potřebu vzdělávání mladé populace o způsobu přenosu sexuálně přenosných infekčních agens a nutnosti jednoduché ochrany kondomem.

10. DVOUDÁVKOVÉ OČKOVACÍ SCHÉMA BIVALENTNÍ HPV VAKCÍNY

Neumannová H., Sehnal B., Homolková E.

Gynekologicko-porodnická klinika, Nemocnice Na Bulovce a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Od 1. 4. 2012 je v České republice ze zdravotního pojištění hrazeno očkování vakcínami proti lidským papilomavirům pro dívky ve věku 13 až 14 let, v současné době se podle statistik očkuje v tomto věku 75-80% děvčat v ČR. Na trhu jsou dostupné dvě vakcíny, kvadrivalentní vakcína Silgard® (Gardasil®) firmy Merck Sharp & Dohme a bivalentní vakcína Cervarix™ firmy GlaxoSmithKline. Doposud se obě vakcíny očkují v podobném třídávkovém režimu v celkovém rozmezí 6-12 měsíců s určitými možnými variabilitami. Nově se v SPC Cervarixu objevuje pro mladistvé do 14 let věku dvoudávkové očkovací schéma. Studie HPV-012, 013, 029, 030, 048 a 070 podporované firmou GSK prokázaly na základě imunobridgingu, že imunogenita u dívek ve věku 9-14 let je minimálně stejně kvalitní jako u mladistvých a žen starších 15-25 let. Navíc je imunitní odpověď v tomto věku ve třídávkovém schématu 2x vyšší než u starších dívek. Z výsledků uvedených studií vyplývá, že protilátková odpověď očkovaných genotypů HPV 16 a 18 a nevakcinálních genotypů HPV 31 a 45 má podobnou kinetiku pro dvoudávkové i třídávkové schéma a indukovaná imunitní T- i B-buněčná odpověď přetrvává minimálně 4 roky po vakcinaci. Nové změny SPC Cervarixu zatím nebyly publikovány ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR, proto je jejich uplatnění v praxi otázkou několika měsíců. Uvedé údaje dvoudávkovaného schématu platí pro očkované dívky ve věku 9-14 let s podáním druhé dávky minimálně 5 měsíců (variabilita za 5-7 měsíců) po aplikaci první dávky. Pokud je interval kratší nebo očkovaná dívka je starší, je nutno dodržet původní třídávkové očkovací schéma. Bezpečnostní profily obou schémat jsou srovnatelné.

12. CHLAMYDIE I U DÍVEK?

Kravarová Z.

Gynekologická ambulance, České Budějovice

V současné době dívky často zahajují pohlavní život ve věku, kdy ještě spadají do péče praktického lékaře pro děti a dorost. Pokud vyhledají gynekologa, aby jim předepsal hormonální antikoncepci, je při té příležitosti nutné připomenout, že vedle pilulek je třeba používat také kondom jako ochranu proti infekcím, které se přenášejí pohlavním stykem. Vždy je vhodné zmínit se i o možnosti očkování proti HPV virům. Získání pohlavně přenosné infekce při prvním styku není výjimkou. První pohlavní styky bývají u dívek často spojeny s bolestmi v podbřišku, dysurickými obtížemi a svěděním rodidel. S těmito potížemi většinou vyhledávají pediatra, který jim

předepíše antibiotika. Pokud se po léčbě antibiotiky potíže nezmírní, je vhodné pacientce doporučit gynekologické vyšetření.

Chlamydiová infekce je jedno z nejčastějších sexuálně přenosných onemocnění. U žen způsobuje záněty hrdla děložního čípku a záněty močových cest. Následkem mohou být srůsty v malé pánvi se sterilitou, ale také reaktivní artritida v rámci Reiterova syndromu. Chlamydiová infekce s sebou nese i riziko komplikací v těhotenství a možnost přenosu infekce na plod při porodu.

Pediatr by měl u dívek v dorostovém věku myslet na možnost chlamydiové infekce především při opakovaných infekcích močových cest, při stížnostech na zvýšenou únavu, bolesti kloubů a také při recidivujících konjunktivitidách.

Diagnostika chlamydiové infekce v gynekologické ambulanci je možná s pomocí rychlého orientačního testu z výtěru děložního čípku – spolehlivost si autorka opakovaně ověřila paralelním laboratorním vyšetřením. Naopak ale varuje před „testy k domácímu použití“ z vaginálního výtěru. Souběžné léčení partnera je nutné. Pro zvýšení efektu léčby antibiotiky autorka doporučuje současné užívání kombinovaného enzymového přípravku Wobenzym, který podporuje průnik antibiotik do cílových tkání. Kromě toho má účinek protizánětlivý a imunomodulační. Pokud se chlamydiová infekce diagnostikuje správně a včas, je pravděpodobnost vyléčení vysoká. Je však třeba na ni myslet.

Přednáška zahrnuje kasuistiky včetně doporučené léčby.

14. ONEMOCNĚNÍ VEJCOVODU U DÍVEK

Dočekalová Š.¹, Rejchrtová I.²

¹*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN Hradec Králové*

²*Porodnická a gynekologická klinika FN Hradec Králové*

Úvod: Při vyšetřování dívek s bolestmi břicha vždy pomýšlíme i na gynekologickou příčinu. Nejvíce se obáváme onemocnění ovária (akutní torze, tumor, cysta), nicméně vzácně může být příčinou i onemocnění vejcovodu.

Metodika: V letech 1989 – 2009 bylo a našem oddělení hospitalizováno 147 dívek s gynekologickým onemocněním. U 12 z těchto dívek bylo zjištěno onemocnění vejcovodu. V jednom případě se nepodařilo dohledat dokumentaci.

Výsledky: Hodnoceno bylo 11 pacientek. Jejich věk se pohyboval od 10 do 14 let. 2x byl nález uzavřen jako adnexitida a postupovalo se konzervativně. U 9 pacientek byla provedena operace (4x plánovaná, 5x akutní). Peroperační nálezy byly popsány jako hemorrhagická infarzace tuby, torze a nekrža tuby, torkvovaný hydrosalpinx, prostý hydrosalpinx, akutní nebo chronická salpingitida, paratubární a fimbriální cysta.

Závěr: Při vyšetřování pacientek s bolestmi břicha již běžně využíváme UZ vyšetření. V případě podezření na gynekologické onemocnění neváháme dívku odeslat ke konziliární gynekologické prohlídce. Při nejasnosti v diagnostice můžeme využít magnetickou rezonanci. Výhodnou operační metodou je laparoskopie. Spolupráce s dětským gynekologem je na místě.

15. CYSTY OVARIA U NOVOROZENCŮ

Holická L., Koudelka J.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Ovariální cysty patří k nejčastějším cystickým intraabdominálním útvarům u novorozenců.

Materiál a metodika: Retrospektivně jsme zhodnotili léčbu pacientek s cystickým útvarem ovaria. V letech 2006-2013 jsme operovali 10 dívek do 1 roku věku s nálezem cystického útvaru ovaria, který měl vždy průměr větší než 4 cm.

Výsledky: 7 z 10 dívek mělo cystický útvar diagnostikovaný prenatalně. Velikost cysty zobrazovacími metodami před operací byla od 42 do 100 mm v jednom z rozměrů. Ultrazvukové vyšetření bylo u 6 z 10 dívek doplněno o vyšetření magnetickou rezonancí. Asymptomatických bylo 7 pacientek, u jedné byla hmatná objemná rezistence v břiše a 2 byly operovány pro obraz mechanického ileu, přičemž u jedné z nich byla přítomnost objemného cystického útvaru předoperačně známá. Věk dívek v době operace byl v rozmezí od 3. do 43. dne života, polovina z nich byla operována do 7. dne po narození.

Všechny dívky byly operovány z malé laparotomie se snahou o zachování funkční ovariální tkáně, nebo alespoň tuby. Proto byla u 4 z nich provedena exstirpace cysty, z toho jednou oboustranně. U dvou si zastaralá torze adnex vyžádala adnexektomii. Ve 3 případech byla odstraněna cysta i s prakticky spotřebovaným ovariem, které se dalo tušit ve stěně cysty. V 1 případě jsme našli spontánně amputovanou cystu volně v peritoneální dutině. V histologických nálezech převažovaly regresivní změny vazivové stěny cyst, ve 3 případech se zbytky ovariálního stromatu.

Závěr: Na našem pracovišti jsou operovány dívky s prenatalně zjištěnou asymptomatickou cystou ovaria větší než 4-5 cm pro zvýšené riziko torze a dívky se symptomatickou cystou bez ohledu na rozměry útvaru. I přes významnou pomoc zobrazovacích metod není vždy ovariální původ cystického útvaru zřejmý. Předoperačně je třeba pomýšlet na mezenterální cysty, střevní duplikatury, lymfangiomy aj.

16. HYPERLORDÓZA NEBO NÁDOR OVÁRIA?

Teslík L.

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

V této kasuistice se jedná o případ 13-ti leté dívky, která pro téměř 3 roky trvajících pozvolné zvětšování břicha navštívila svého praktického lékaře. Ten vyslovil podezření na hyperlordózu bederní páteře a dívku odeslal na RTG vyšetření, kde tato diagnóza byla potvrzena. Proto dívka absolvovala dlouhodobou rehabilitaci – bez efektu. Matčina žádost o provedení sonografického vyšetření břicha byla zamítnuta, ale na jiném pracovišti byla diagnostikována cystická expanze v dutině břišní, sahající do podžebří. Na našem pracovišti ultrazvukové vyšetření stanovilo diagnózu ovariálního tumoru charakteru kystomu, nález indikuje operační revizi. Během výkonu provedena levostranná adnexektomie s enukleací parovariální cysty

vpravo. Peroperační biopsie hodnotila nález jako mucinozní kystadenom ovaria a parovariální prostou cystu. Vzhledem k nálezu bylo nutno provést rozšířenou dolní střední laparotomii, peroperační komplikace žádné, pooperační průběh afebrilní, bez komplikací. Dívka absolvovala lázeňské doléčení, hyperlordóza páteře nebyla potvrzena. Pacientka je v pravidelných intervalech kontrolována s normálními nálezy při gynekologickém vyšetření. Tento případ poukazuje na nutnost včasné mezioborové spolupráce mezi pediatrem a dětským gynekologem.

17. MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ DYSGERMINOMU U DĚTSKÝCH A ADOLESCENTNÍCH PACIENTEK

Geržová H.

Porodnicko gynekologická klinika FN Ostrava

Úvod: Dysgerminom je nádor ze zárodečných buněk, vyskytující se u dívek i chlapců v lokalizaci gonadální a extragonadální, vyskytuje se ve formě čisté nebo smíšené. Čistý dysgerminom je nejčastější ovariální malignitou ze skupiny GN a nejčastějším maligním postižením ovarií u děvčat mezi 10-15 lety. Produkuje specifické tumormarkery, je hormonálně inertní. Ovariální dysgerminom je maligní, vysoce kurabilní nádor, léčitelný operačně, chemo i radioterapií. Rozsah operace upřednostňuje zachování fertility.

Kasuistika 1) 15letá dívka s kongenitálním defektem ledvin, nefrotickým syndromem II. stupně odeslána z dětské nefrologie pro primární amenoreu a rezistenci v dutině břišní. RA: matka dívky zemřela na selhání ledvin (vrozená polycystóza). OA: od dětství léčena pro nefrotický syndrom, vývojová vada ledvin a hypertenze renálního původu. GA: primární amenorea, tardovaná puberta. FA: kortikoidy, antihypertenziva. *Gynekologické vyšetření:* Tanner M2, A1, P3, prsní žláza pod dvorcem, tuková tkáň. 160cm, 64kg, cushingoidní habitus. Zevní genitál ženský, hymen intaktní, kratší pochva, pubertální děloha a tumor v dutině břišní 15cm, vycházející z adnex. Hormonální vaginální cytologie: basální bb. UZ: děloha 45mmx20mm, endometrium nezobrazeno, na dělohu nasedá ohraničený útvar 15cm, jemně zrnitý, druhostranná adnexa nezobrazena, volná tekutina 0. *Laboratorní vyšetření:* FSH 154 U/l, LH 44 U/l, HCG 102 U/l, Ca 125 53 U/ml, LDH 18,4 ukat/l, AFP negativní. *Cytogenetika:* karyotyp 46 XY. *Předběžná diagnóza:* Mužský pseudohermafroditismus, Swyer syndrom, hypergonadotropní hypogonadismus, čistá gonadální dysgeneze, vs. dysgerminom u dívky s karyotypem 46XY. *Léčba:* Operace DSL – nádor vycházející z levé gonády, velikost 15x15cm, děloha malá, pravá gonáda vazivový pruh 2cmx0,5cm, obětubynormálníhovzhledu, výpotek nepřítomen, appendix klidný, makroskopicky bez známek šíření nádoru. Peroperační histologie – čistý dysgerminom. Vzhledem k chronickému postižení ledvin (kontraindikace AR) provedena radikální operace. Pooperační průběh bez komplikací. Definitivní histologie: čistý dysgerminom v obou dysgenetických gonádách a v cytologii dutiny břišní. FIGO klasifikace IC. Pacientka zajištěna adjuvantní chemoterapií – 4 cykly BEP dle mezinárodního protokolu v Brně. V současné době je dívka dospělá, v dispenzární péči, trvalá remise. ERT k prevenci osteoporózy a ICHS.

Kasuistika 2) 15 letá dívka akutně vyšetřena pro náhle vzniklé křečovitě bolesti v podbříšku, nauseu a zvracení, zjištěna rezistence v malé pánvi a primární amenorea. RA: matka dívky kolorektální karcinom. GA: primární amenorea, tardovaná puberta. FA: O. *Gynekologické vyšetření:* Tanner M2, A1, P2, malá prsní žláza. 160cm, 54kg. Zevní genitál ženský, hymen intaktní, pochva 8cm, pubertální děloha a hmatný tumor v oblasti pravých adnex, pohyblivý, druhostranná adnexa nehmatná. Hormonální vaginální cytologie: parabazální bb. *UZ:* děloha 58mmx24mm, endometrium nezobrazeno, na dělohu nasedá ohraničený útvar 10cm, jemně zrnitý, druhostranná adnexa nezobrazena, volná tekutina 0. *Laboratorní vyšetření:* FSH 69,4 U/l, LH 31 U/l, HCG 32 U/l, Ca 125 21,3 U/ml, LDH 4,3 ukat/l, AFP 40,2. *Cytogenetika:* karyotyp 46 XY. *Předběžná diagnóza:* Mužský pseudohermafroditismus, Swyer syndrom, hypergonadotropní hypogonadismus, čistá gonadální dysgeneze. Malignita vs. čistý seu smíšený dysgerminom u dívky s karyotypem. *Léčba:* Operace DSL – nádor z pravé gonády, 10x10cm, 1x torkvovaný, s hemoragickou infarzací, děloha malá, levá gonáda vazivový pruh 2,5x0,5cm, tuby normálního vzhledu, výpotek v předním Douglasu, appendix s chronickými změnami, bez známky šíření nádoru. Peroperační histologie nejednoznačná – struktury gonadoblastomu až dysgerminomu. Vzhledem k budoucí fertilitě konzervativní výkon: oboustranná gonadektomie se salpingektomií a appendektomií, děloha ponechána in situ. Pooperační průběh bez komplikací. Definitivní histologie: čistý dysgerminom v pravé gonádě, gonadoblastom v levé gonádě, appendix s chronickými změnami, výpotek cytologicky negativní. FIGO klasifikace IA. Pooperační pokles všech tumormarkerů do negativity. Vzhledem ke stadiu IA a negativnímu CT skenu bez chemoterapie. HRT k indukci puberty a navození pravidelného cyklu. V současné době trvalá remise. Pro futuro techniky asistované reprodukce s darovaným oocytem.

18. DĚTSKÁ ONKOLOGICKÁ PACIENTKA A JEJÍ BUDOUCNOST MATEŘSKÉHO POSLÁNÍ (KASUISTIKA)

Škraňková S.A.¹, Hořejší J.²

¹ČPZP Olomouc

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

Pacientka narozená 1975, byla v r. 1989 odeslaná na dětskou gynekologii do Prahy. Byl diagnostikován Gonadoblastom levého ovari a Dysgerminom s ložiskami choriocarcinomu ovarii vpravo. Bylo provedeno chirurgické odstranění obojích adnex s následnou chemoterapií v roce 1990.

V roce 2003 byla jako 28-letá mladá žena, po ukončení onkologického sledování se zavedenou hormonální substituční léčbou přeřazena do gynekologické ambulance v místě bydliště. V té době ještě se začala vyvíjet asistovaná reprodukce a v roce 2009 pacientka již mohla podstoupit IVF cyklus s darovanými oocyty v CAR. Po třetím IVF cyklu byla zjištěna úspěšná gravidita, ta pak podporovaná medikací Utrogestan, Estrimax.

Pacientka ve svých 38 letech, po 24 letech od diagnostiky a léčby základního onkologického onemocnění, porodila děvčátko ve 27. týdnu těhotenství, sice nízké

porodní hmotnosti (660 g), ale zdravé, vitální. Nastoupila dostatečná laktace a dítě prospívá.

Závěr: V době, když u této dívky bylo diagnostikované maligní onemocnění se ještě o možnostech IVF s darovanými oocyty neuvažovalo, jednak proto, že bylo především nutno zachránit život pacientky, jednak proto, že tato metoda nebyla ještě propracována a legislativně ošetřena. Na tuto skutečnost lze pohlížet i takto, že dobře ošetřená pacientka s malignitou dosáhla trvalého vyléčení a také později bylo schopna reprodukční funkce.

19. VÝZNAM LAPAROSKOPICKEJ INCIDENTÁLNEJ APENDEKTÓMIE V DIAGNOSTIKE A LIEČBE BOLESTÍ BRUCHA U DETÍ A ADOLESCENTOV

Sedliak I., Sedliaková K.

*Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, UNLP Košice
Pediatrická ambulancia, Košice*

Diagnostika a liečba nejasných bolestí v podbruší u dětí a adolescentov je jedným z najčastejších dôvodov spolupráce detského gynekológa a pediatra. K detskému gynekologovi sa najčastejšie dostane pacient vo veku medzi 8 a 18 rokom po absolvovaní špecializovaných vyšetrení na gastroenterológii a chirurgii, ktoré majú za úlohu vylúčiť jako príčinu bolestí ochorenie GITu. Úlohou detského gynekologa je diagnostikovať príčinu bolestí na vonkajších a vnútorných pohlavných orgánoch. Asi v 30% bolestí brucha sa nepodarí palpačným, laboratórnymi a neinvasívnymi zobrazovacími vyšetreniami (USG, MRI) diagnostikovať príčinu bolestí lokalizovaných do oblasti podbrušia.

V prípade pretrvávajúcich obtiaží a neúspešnej konzervatívnej liečby bolesti je indikovaná laparoskopická revízia dutiny brušnej.

Predoperačná diferencielne diagnostická úvaha supponuje jako príčinu bolesti lokalizovaných zvyčajne do oblasti pravého hypogastria zápalové ochorenie chronického charakteru apendixu a pravých adnex. Laparoskopia priamou vizualizáciou coeka, apendixu, uteru a adnexálných priveskov umožňuje efektívnu diagnostiku a liečbu dlhotrvajúcich a mladých ľudí často frustrujúcich bolestí.

Diskutovaná je otázka spolupráce gynekologa a chirurga.

Uvedená kazuistika predstavuje klasický prípad úspešného riešenia nejasných bolestí v podbruší na základe efektívnej spolupráce pediatra, detského gynekologa a chirurga.

20. MOŽNOSTI BALNEOTERAPIE U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ S GYNEKOLOGICKÝMI INDIKACEMI V LÁZNÍCH BĚLOHRAD

Kosztyo A.

Lázně Bělohrad a.s., Lázně Bělohrad

Presentace má za cíl poskytnout přehled o možnostech balneoterapie dětí a adolescentů v Lázních Bělohrad s ohledem na platnou Vyhlášku MZd ČR č. 267/2012 dle jednotlivých gynekologických indikací.

V r. 2013 bylo v Léčebně dětí a dorostu v LB a.s. léčeno celkem 184 dětí s gynekologickými indikacemi – tj., indikace XXXI/1 až XXXI/4, z toho 1 dítě, tj. 0,54 % s indikací XXXI/1 – recidivující zánětlivá onemocnění zevních a vnitřních rodidel, podnětlivé změny v malé pánvi, 13 dětí, tj. 7,02 % s indikací XXXI/2 – primární a sekundární amenorrhea a dysmenorrhoea, nepravidelnost menstruačního cyklu při KI hormon. léčby a 171 dětí, tj. 92,44 % se léčilo s indikací XXXI/3 – stavy s pooperačními komplikacemi po OP – v malé pánvi, po jiných břišních OP se vztahem ke krajině malé pánve a po appendektomii. Průměrná délka pobytu 27,2 dní, věkové rozpětí dětí od 4 do 18 let. Terapeutické metody – aplikace peloidu = slatinných zábalů, dále hydrokinezioterapie, individuální a skupinový léčebný tělocvik, fototerapie, suché uhličité koupele, hydroterapie, mechanoterapie. Samozřejmostí je odborný dohled dětského gynekologa.

21. VÝVOJ OBLIČIEK PREDČASNE NARODENÝCH DETÍ

Furková K., Šašinka M., Topol'ský I.

Klinika pre deti a dorast A. Getlíka LF SZU, Bratislava

Úvod: V ostatných rokoch významne stúpa percento narodených detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou, ktoré dnes prežívajú vďaka neonatologickým centráram. Je známe, že predčasne narodené deti (najmä výrazne nezrelé) majú okrem iného problémy s respiračnými orgánmi (bronchopulmonálna dysplázia) a preto bývajú dlhodobo sledované. Pokiaľ však predčasne narodené dieťa nemá diagnostikovanú vrodenú chybu obličiek, chýba ďalšie sledovanie ich vývoja.

Exkrečná úloha fetálnych obličiek je malá, nakoľko počas intrauterinného života vykonáva všetky exkrečné funkcie potrebné na udržanie homeostázy plodu placenta. Ich hlavnou úlohou je udržanie objemu a zloženia amniovej tekutiny, ktorá sa tvorí najmä z fetálneho moču. Znížené množstvo plodovej vody – oligohydramnion – významne ovplyvňuje vývoj plodu, zvyčajne je spojený s ťažkým poškodením obličiek a následne poškodením pľúc (hypoplázia).

Tvorba moču u plodu začína medzi 9-12 týždňom gravidity, nefrogenéza je ukončená približne v 36 týždni gravidity, kedy je už definitívny počet nefrónov. Funkcia ale i štruktúra obličiek je relatívne znížená u donosených aj nedonosených, zdravých i chorých, avšak u zdravých donosených detí sa štruktúra aj funkcia obličiek rýchlo zlepšuje u nedonosených detí len veľmi pomaly, niekedy dokonca zhoršuje.

Štruktúra obličiek novorodenca je iná ako u dospelých. U zrelých donosených novorodencov je počet nefrónov približne 1 milión nefrónov v každej obličke, ale u nezrelých, predčasne narodených detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou je ich počet nižší. Zistilo sa, že nižší počet nefrónov u týchto detí ostáva po celý život a môže byť v dospelosti príčinou vzniku fokálnej glomerulosklerózy, progresie nefropatie, artériovej hypertenzie a kardiovaskulárnych chorôb. Nízka pôrodná hmotnosť ovplyvňuje fyziologický vývoj obličiek, spája sa s významným znížením počtu nefrónov a signifikantne väčším objemom glomerulov. Čím je počet glomerulov menší, tým sú zostávajúce glomeruly väčšie (oligomeganefrónia) čo je v.s. spôsobené faktom, že musia nahradiť vo funkcii chýbajúce nefróny.

Tieto nefróny fungujú v hyperfiltrácii, majú sklon k vývoju fokálno-segmentovej glomerulosklerózy a artériovej hypertenzie. Navyše sa zistilo, že nízka pôrodná hmotnosť novorodenca a urýchlený rast v rannom detstve je tesne spätý s vývojom rezistencie na inzulín, vznikom metabolického syndrómu a diabetu mellitu 2. typu. Všetky uvedené komplikácie sa u nedonosených detí vyskytujú zvyčajne už v adolescencii, prípadne vo včasnej dospelosti, preto by si nefrologickú starostlivosť zaslúžili všetky deti s nízkou pôrodnou hmotnosťou.

22. LABIOPLASTIKA 11-ROČNÉHO DIEVČATKA – KAZUISTIKA

Čuboňová K.

PrimaGyn, s.r.o., Čadca

Úprava vonkajších rodidiel – labioplastika patrí medzi operačné výkony, ktoré sa prevádzajú až v dospelom veku pre rôzne príčiny: subjektívne ťažkosti ženy pri nosení spodného prádla, pri športovaní, alebo len na výslovné prianie ženy z estetického hľadiska.

Kazuistika ale opisuje prípad 11-ročného dievčatka, ktorému bolo nutné vykonať labioplastiku už v puberte, a to pre subjektívne ťažkosti pri bicyklovaní a korčuľovaní, ako aj klinické príznaky – krvácanie a opuch. Pri prvej plastike sa pristúpilo len ku okrajovej resekcii pravého malého pysku. Do roka ale bolo nutné previesť pre výraznú hypertrofiu oboch malých pyskov klinovitú resekcii. Fotodokumentácia ako aj samotná spokojnosť dieťaťa po dvoch rokoch od operácie ukázala správnosť operačného postupu.

23. PORANĚNÍ ZE VNÍHO GENITÁLU U DÍVEK

Hrdonková E.

Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň

Cílem tohoto sdělení je podat ucelený náhled na problematiku poranění zevního genitálu u dívek se zaměřením na správné zhodnocení rozsahu poranění, adekvátní léčbu a následnou péči. Součástí sdělení je i přehled úrazů genitálu ošetřených na našem pracovišti od roku 2000 do roku 2013.

24. AMBULANTNÍ ANESTEZIE U DĚTÍ NEJEN V GYNEKOLOGII

Svoboda P.¹, Uhlíř S.²

¹*Gynklinik s.r.o., Třebíč a ARO Nemocnice Třebíč, p.o.*

²*Gynklinik s.r.o., Třebíč*

Během předchozích několika málo desítek let doznal přístup k dětem při hospitalizaci významných změn, ať už stran vlastního prostředí, nebo možnosti hospitalizace s rodiči. Dalším logickým krokem, ke kterému je již na některých pracovištích přistupováno, je poskytování ambulantní anestezie při menších elektivních či semiakutních výkonech (cca. do 2 hodin délky, bez otevírání tělesných dutin,

bez významné krevní ztráty) a tím zcela odstranění nutnosti hospitalizace. Tento přístup nepřináší jen úsporu nákladů, ale i minimalizaci délky pobytu v pro dítě neznámém prostředí. Zcela nezbytné je ale splnění základních požadavků, aby takto poskytnutá služba byla bezpečná – krom použití krátkodobě působících anestetik, správné indikace na menší výkony u zdravých dětí či dětí s dobře kompenzovaným onemocněním je potřeba i zajištění spolupracujících a předem poučených rodičů, kteří dostanou telefonický kontakt, kde mohou konzultovat případné komplikace. Důležitá je též akceptovatelná dojezdová vzdálenost. Dítě po nekomplikovaném výkonu odjíždí domů dobře probuzené a kardiopulmonálně stabilní většinou do 2 hodin po výkonu v doprovodu dvou dospělých osob. Nesmí mít výrazné bolesti či nauzeu, rodiče jsou poučeni o možnostech analgetizace v domácím prostředí. V rámci přípravy k výkonu většinou stačí pediatrické vyšetření, krevní odběry již nejsou indikovány paušálně.

Při vlastním výkonu je důležitá premedikace s důrazem na potlačení negativních vzpomínek na období těsně před výkonem. K tomu se často používá midazolam podaný perorálně se svými spolehlivými amnestickými účinky. Těchto účinků lze využít i u velmi drobných výkonů (např. rozrušení synechií), kdy některé pacientky (často traumatizované předchozím kontaktem se zdravotníky) si nejen nepamatují předchozí výkon, ale i ztratí ostražitost a výkon – předtím obtížně proveditelný za cenu další traumatizace – lze provést i při mělké sedaci.

25. NOVÉ PREPARÁTY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE, JEJICH VÝBĚR, INDIKACE A KONTRANDIKACE PRO MLADISTVÉ

Kosová H., Makalová D.

Soukromé gynekologické ordinace, Praha

Přehled nových antikoncepčních preparátů na našem trhu, jejich utřídění podle druhu a dávky hormonů a z toho vyplývající výběr vhodného preparátu pro mladistvou uživatelku. Upozorňováno i na indikace a kontraindikace u zdravých ale i u rizikových uživatelek.

26. HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A TROMBOEMBOLICKÁ NEMOC Z POHLEDU MEDICÍNY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH

Havlín M.

ADC Sanatorium, Praha

Literární přehled aktuální problematiky založený na faktech prokázaných medicínou založenou na důkazech. Vlivem proti-antikoncepčních kampaní v posledních třech letech klesl počet uživatelek lékařsky řízené antikoncepce a v důsledku došlo k nárůstu interrupcí o 0,5%. Práce ukazuje změny krevní srážlivosti způsobené hormonální antikoncepcí (HA) a probírá roli klesající estrogenní dávky k frekvenci tromboembolické nemoci (TEN). Dále je rozebráno relativní riziko (RR) TEN pro jednotlivé gestageny včetně aktuálních kontroverzí kolem cyproteronacetátu a drospirenonu. Jsou představeny nejvýznamnější trombofilní mutace (RR TEN 6 –

80) mající vztah k HA. Hlavní důraz práce je kladen na rizikové faktory vzniku TEN, jejíž výskyt není možno redukovat jen na užívání HA a přítomnost trombofilních mutací – jde o daleko komplexnější problematiku. Gravidita, porod a šestinedělí (RR TEN 7 – 15) jsou pro ženu z hlediska TEN rizikovější než užívání HA (RR 2,5 – 4), což je zdrojem častých mezioborových nedorozumění. Opomíjené rizikové faktory u mladistvých jsou především drogové závislosti – tabakismus (RR 3 – 7), tzv. měkké i tvrdé drogy (RR 5 až 40 – málo dat k přesnější kvantifikaci) a dlouhé nehybné sezení spojené s deficitním pitným režimem (počítače, škola, studium, autokarové zájezdy apod.) mající RR TEN 2 – 5. Epidemiologie TEN je obecně přeceňována – trombózy spojených s užíváním HA je ročně v ČR cca 310 – 320 případů za rok, embolizačních příhod cca 3 – 6 za rok. Adolescentky se uplatňují v malém počtu (6 – 7%). Před nasazením HA musí předcházet velmi podrobná rodinná (rodová) anamnéza, která je schopna upozornit na riziko trombofilních mutací a v indikovaných případech provést jejich vyšetření. Každé nasazení HA (u rizikové i nerizikové dívky) musí být indikováno striktně individuálně s přihlédnutím ke komplexnímu zdravotnímu stavu pacientky a jejím zájmům a požadavkům.

28. VPLYV FAJČENIA, ALKOHOLU A ABUZU DROG NA REPRODUKČNÉ ZDRAVIE

Nižňanská Z., Kosibová Z.

I. gynekologicko-pôrodnická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Ciel: Fajčenie, alkohol a užívanie drog ovplyvňuje fyziológiu menštruačného cyklu, fertilitu aj výsledky tehotnosti. Bola urobená sonda, aké údaje sú v SR dostupné na zhodnotenie tohto vplyvu.

Výsledky: Sú k dispozícii údaje o ženách liečených zo závislosti na alkohole a drogách. Oproti predchádzajúcim rokom klesá počet závislých na heroíne a stúpa závislosť na stimulantoch. Relevantné údaje o fajčení ani o ženách závislých na alkohole ktoré nepodstúpili liečbu dostupné nie sú. V SR bolo v roku 2012 liečených 414 drogovzo závislých žien a porodilo 98 drogovzo závislých matiek. Nie sú dostupné údaje o reálnom počte potratov u závislých žien.

Záver: Vysoký počet žien v najnižších vekových skupinách, ktoré sú liečené zo závislosti na alkohole a drogách je dôvodom k dôslednej prevencii. Štatistické dáta však neumožňujú vyvodenie kauzálnych vzťahov medzi jednotlivými typmi závislostí a reprodukčným zdravím adolescentiek. Bolo by vhodné rozšíriť kolekciu štatistických údajov o ženách závislých na tabaku, alkohole a drogách tak, aby bolo možné odvodiť ich vplyv na fertilitu a výsledky tehotností týchto žien.

NAŠE SPOLUPRÁCE (ÚVOD K NÁSLEDNÉ DISKUSI KOLEM KULATÉHO STOLU)

Hořejší J.

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

Dětský i dorostový lékař jako linie prvního kontaktu gynekologických onemocnění a poruch

Prenatálně:

- suspekce na poruchy vývoje rodidel ve smyslu ambiguit
- aktivace folikulárního aparátu, folikulární cysty (torze)

Postnatálně:

- hlenovitý výtok z rodidel jako marker správného vývoje derivátů Müllerových vývodů
- fyziologické zakrvácení z rodidel

V klidovém období:

- výtok z rodidel a jeho vztah k infekcím močových cest, léčení
- krvácení z rodidel
- známky předčasného dospívání
- nesymetrie vývoje prsů
- bolesti břicha (vztah k appendicitidám, podezření na torzi)
- nádory nepravé (cysty) i pravé

Pohlavní dospívání

- komplexní hodnocení pubertálního rozvoje rodidel a sek. znaků
- nástup menstruačního cyklu, osvěta, kalendář, jaké nepravidelnosti můžeme tolerovat a jaké tolerovat nesmíme
- amenorea primaria
- sekundární oligo-hypomenorea až POF
- pomoc při diagnostice dospívání a zásady hormonální léčby adolescentek

Vrozené vývojové vady, jejich diagnostika a operační léčba, význam „timingů“ léčby

Nádory vaječníků a úloha DG v jejich managementu

Antikoncepce pro dívky v dorostovém věku: význam, kontraindikace a rizika, příznivé účinky

Balneoterapie indikace XXXI

