

SLOVENSKÁ GYNEKOLOGICKO-PÔRODNÍCKA SPOLOČNOSŤ
SEKCIA GYNEKOLÓGIE DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH SGPS

ČESKÁ GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP
SEKCE GYNEKOLOGIE DETÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH ČGPS ČLS JEP

ČESKÁ SPOLEČNOST GYNEKOLOGIE DETÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH ČLS JEP

A-medi
management

VÁS POZÝVAJÚ NA KONFERENCIU

GYNEKOLÓGIA DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH

S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

2. - 3.
DECEMBER
2022
BRATISLAVA

www.amedi.sk

PSYCHOLOGICKÁ PRÍPRAVA NA GYNEKOLOGICKÉ VYŠETRENIE U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH

Navrátilová, Z.¹

¹Novorodenecká klinika M. Rusnáka SZU a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda UNB, Antolská 11, Bratislava, Slovensko

Vzhľadom na charakter gynekologického vyšetrenia u detí a dospievajúcich je potrebné brať ohľad na stresujúcu povahu vyšetrenia. Existuje istá kontroverzia ohľadom vyšetrenia genitálu v pediatrii. U detí je prítomný predovšetkým strach z neznámej situácie, adolescentky najviac znepokojuje otázka bolestivosti vyšetrenia, strach z odhalenia problému, patológie, pocity zahanbenia vzhľadom na vnímanú osobnú čistotu, ako aj obavy zo samotného vyzliekania. Situácii nepomáha ani sexuálne tabu týkajúce sa pohlavných orgánov a stigma proti skúmaniu vlastného genitálu. Vyšetrenie malej panvy sa považuje za invazívny medicínsky postup, preto si vyžaduje špecifickú psychologickú prípravu pred vyšetrením. Základným princípom psychologického prípravu dieťaťa a adolescentky na gynekologické vyšetrenie je princíp „show and tell“ a snaha poskytnúť pacientke čo najväčšiu mieru kontroly nad situáciou. Príspevok pojednáva o viacerých technikách a postupoch na redukcii stresu a anxiety a zvýšení pocitu kontroly, ktoré môže gynekológ pri vyšetrení prakticky využiť. Cieľom takéhoto postupu je mať pacientku ktorá spolupracuje, lebo rozumie situácii a je na ňu pripravená, nie preto, že sa lekára bojí.

PORUCHA POHLAVNEJ IDENTITY (GENDER DYSFÓRIA) V DETSKOM A ADOLESCENTOM VEKU

Katrlíková, E.

Klinika detskej psychiatrie LF UK a NÚDCH, Bratislava

Úvod: Problematika genderovej dysfórie je narastajúci nielen medicínsky, ale aj celospoločenský problém. Problémom je nedostatok špecialistov, ale aj legislatíva neumožňujúca adekvátnu liečbu pre túto subpopuláciu. Nedostupnosť a nemožnosť poskytnúť adekvátnu lekársku starostlivosť pre tieto deti a adolescentov ich niekedy doženie k tomu, že vyhľadajú lekársku pomoc v zahraničí. Fenomény ako rapid onset gender dysforia (ROGD) odborníkom veľmi sťažujú už beztak ťažký diagnostický proces. Príčiny tak enormného nárastu gender dysfórie v tejto vekovej kategórii nie sú úplne známe. U detí a adolescentov s rodovým nesúladam je prítomná vyššia frekvencia psychopatológie v porovnaní s ich rovesníkmi. Na druhej strane, nie všetci transgender jedinci pociťujú rodovú dysfóriu a túžia po operačnej zmene pohlavia. MKCH 11 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 11 revízia) je pokroková tým, že destigmatizuje, transgender problematika už nebude súčasťou kapitoly o duševných poruchách (kapitola 6), ale vzniká nová kapitola (kapitola 17) s názvom „stavy súvisiace so sexuálnym zdravím“ (Conditions related to sexual health) a pojem transexualizmus je nahradený pojmom rodová inkongruencia (rodový nesúlad).

Cieľ: Podat' stručný prehľad transgender problematiky v detskom a adolescentom veku, poukázať na nové fenomény v danej oblasti (ako napríklad Rapid onset gender dysfória, ROGD), taktiež poukázať na to, že poruchy pohlavnej identity v detstve a adolescentnom veku sú často spojené aj s úzkostnými poruchami, depresívnym prežívaním, sebaškodzovaním, suicidálnymi ideáciami, ale aj suicidálnym konaním. Psychiatrická, psychologická a endokrinologická liečba sú potrebné. Endokrinologická intervencia pred dovŕšením 18. roku života zatiaľ z hľadiska legislatívy na Slovensku nie je možná.

Kľúčové slová: transsexualita - porucha pohlavnej identity – sexuálna identita – sexuálna rola - rapid onset gender dysfória.

FAKTORY OVPLYVNÚJÚCE UŽÍVANIE ANTIKONCEPCIE NA SLOVENSKU

Gabal, R., Nižňanská, Z.

I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UN Bratislava

Antikoncepcia a jej užívanie je celosvetovo kontroverzná téma a postoje voči nej sú rôzne. Každá žena, ktorá má záujem užívať antikoncepciu by mala mať na to právo a takisto používať antikoncepčnú metódu, ktorú sama preferuje, samozrejme v prípade neprítomnosti kontraindikácií. Neexistuje však "zlá" antikoncepcia ako si mnohé dievčatá a ženy, pre každú pacientku existuje vhodná forma antikoncepčnej metódy, či už na základe osobných preferencií ale aj zdravotného stavu. V dnešnej spoločnosti sa však zvyrazňuje strach z užívania antikoncepcie - hormónofóbia, zároveň sa preháňa reálne riziko možného vzniku vedľajších účinkov a naopak sa podceňuje pozitívny účinok užívania antikoncepcie. Podceňovaný by nemal byť ani výber konkrétnej antikoncepčnej metódy, ktorý by mal byť pre každú ženu individuálny. Vytvorili sme dotazník pre ženy na Slovensku, ktorý nám mal pomôcť zistiť ich názor, postoj, informovanosť, predstavy a požiadavky na rôzne antikoncepčné metódy. Získali sme 360 odpovedí a vďaka tomu aj cenné informácie týkajúcej sa tejto problematiky. Jednou z najdôležitejších informácií získaných z nášho výskumu je, že ženy vo všeobecnosti považujú hormóny, ktoré antikoncepcia obsahuje za veľmi škodlivé ako pre nich, tak aj pre naše životné prostredie. Podarilo sa nám zistiť nie len príčiny zmien antikoncepčnej metódy ale aj dôvody pre nepokračovanie v jej užívaní. Náš dotazník nebol smerovaný len na užívateľky antikoncepcie, ale takisto aj neužívateľky mohli vyjadriť svoj názor, postoj, vedomosti a príčiny ich rozhodnutia neužívať antikoncepciu.

MEDICÍNSKE RIZIKÁ GRAVIDITY V ADOLESCENTNOM VEKU

Biskupská Bod'ová, K.

Gynekologicko-pôrodná klinika JLFUK a UNM, Martin, SR

Adolescentná tehotnosť predstavuje cca 11% všetkých tehotností vo svete. Vek pod 19 rokov je považovaný v tehotnosti za významný rizikový anamnestický údaj. Predstavuje problém medicínsky, sociálny, psychický, spoločenský a ekonomický. Väčšina gravidít adolescentiek je neplánovaná a má závažné individuálne dôsledky. Bolo vypracovaných množstvo štúdií analyzujúcich tento celosvetový problém z rôznych aspektov, s cieľom vytvoriť čo najlepší systém prevencie, zdravotnej, psychosociálnej a ekonomickej pomoci.

Cieľom práce je zhromaždenie publikovaných údajov k problematike tehotnosti v adolescencii, špecifikách a potrebách tehotnosti mladistvých dievčat, s načrtnutím možností poskytovania kvalitnej prenatálnej starostlivosti s cieľom dosiahnuť jej uspokojivý výsledok

NUTNOST AKUTNÍHO OŠETŘENÍ HYMENÁLNÍ ATREZIE U NOVOROZENCE

Regendová, A.¹, Ondrová, O.², Malá, K.³

¹ Ústav pro péči o matku a dítě, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha, Česko

² Ústav pro péči o matku a dítě, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha, Česko

³ Ústav pro péči o matku a dítě, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha, Česko

Úvod: Gynatrezie jsou vady průchodnosti pohlavních a porodních cest. Patří mezi nejčastější malformace rodidel. Podezření na ně by mělo být vysloveno již u novorozence, chybí ve vulvě hlen z děložního hrdla. Definitivní diagnóza a řešení jsou však většinou provedeny v době pohlavního dospívání, kdy se začne retence hlenu (mukokolpos) a retence menstruační krve (hematokolpos). Gynatrezie dělíme dle výše překážky, nejčastěji se právě jedná o hymenální atrezie s hematokolpos. Kazuistika: Naše kazuistika popisuje případ gynatrezie, kterou bylo nutno akutně ošetřit již v časném novorozeneckém věku. Holčička E.H. byla porozena vaginálně v 39. běžícím týdnu těhotenství. Porod byl indukován pro polyhydramnion. Již prenatálně byl v rámci ultrazvukových vyšetření přítomen cystický útvar v malé pánvi a dilatace kalicho-pánvičkového systému levé ledviny. V somatickém nálezu po porodu dominovala velká cystická rezistence malé pánve o velikosti 74x42x60 mm, která způsobovala obstrukci močových cest s hydronefrózou vlevo. Tento cystický útvar malé pánve prolaboval v oblasti pochvy. Při gynekologickém vyšetření bylo vysloveno podezření na diagnózu hymenální atrezie s mukokolpos a mukometrou. Následně byla provedena drobná incize rezistence v oblasti zevního genitálu, z které pod tlakem odtékl mléčně bělavý obsah o objemu 75 ml. V následujících dnech profylaktické ATB krytí pro hydronefrózu vlevo. Při dalších kontrolách incize volná, děloha drobná bez dilatace. V nefrologické dispenzarizaci po výkonu dochází k úpravě dilatace kalicho-pánvičkového systému levé ledviny k normálnímu obrazu.

Závěr: Definitivní diagnóza a řešení hymenální atrezie s mukokolpos či hematokolpos by mělo být ponecháno na období pohlavního dospívání. V případě obstrukce močových cest z důvodu mukokolpos a mukometry v novorozeneckém věku je nutné akutní řešení této vývojové vady rodidel, aby jsme předešli poškození uropoetického traktu, zejména poškození renálních funkcí.

MAYER - ROKITANSKY - KÜSTER - HAUSER SYNDROM KAZUISTIKA

Homolková, E., Koliba, P., Provazníková, A.

Fakultní Nemocnice Bulovka, Praha

Ageneze dělohy a pochvy je relativně častou vrozenou vadou s incidencí 1: 4 500 - 5 000 u plodů ženského pohlaví. Diagnostikována bývá nejčastěji v psychicky křehkém období puberty, kdy dívky navazují první partnerské vztahy. Nemožnost pohlavního styku může zapříčinit pocit méněcennosti, uzavření se do sebe.

Výběr správné cesty k umožnění pohlavního styku nemá jednoduché řešení a vždy záleží na individuálním rozhodnutí dívky. Při operačním řešení nejde jen o provedení výkonu, ale i o následné období, kdy je nutná podpora rodiny i ošetřujícího lékaře při dilatcích. Dívka si musí být vědoma, že pochvu je nutné dilatovat celoživotně.

Otázka reprodukce je samostatnou kapitolou. Jako možná nadstavba se ukazuje možnost genetického testování v rámci preimplantační diagnostiky u geneticky podmíněných variant MRKH syndromu s přidruženými vadami.

V letošním roce podstoupila na našem oddělení operaci 21- letá dívka s MRKH druhého typu. Provedli jsme neoplastiku dle Vecchiettiho. Samotná operace proběhla bez komplikací.

V následném období jsme opakovaně korigovali správnost dilatace.

PORUCHY SEXUÁLNEHO VÝVOJA - ÚLOHA GYNEKOLÓGA V DIAGNOSTIKE A LIEČBE

Trebuňová, Z., Sedliak, I.

Gynekologicko-pôrodné oddelenie UNLP Košice

Pohlavie človeka je určené chromozomálnym vybavením buniek, charakterom vnútorných pohlavných orgánov, vzhľadom vonkajších genitálií a psychosexuálnym cítením. Podľa toho rozlišujeme chromozomálne, gonadálne, genitálne, hormonálne a psychické pohlavie.

Disorders of sex development – DSD – je skupina vrodených ochorení, pri ktorých je nesúlad medzi jednotlivými typmi pohlavia. V roku 2007 bola na základe konsenzu Lawsonovej – Wilkinsonovej spoločnosti detskej endokrinológie a Európskej spoločnosti detskej gynekológie vypracovaná klasifikácia, v rámci ktorej boli DSD - Disorders of sex development - definované ako vrodené ochorenia spôsobené poruchou štruktúry pohlavných chromozómov alebo mutáciami génov a ich častí, choroby spôsobené mutáciami génov, ktoré sa podieľajú na hormonogéneze v gonádach a v nadobličkách alebo anatomické zmeny pohlavných orgánov pri génových mutáciách na autozómoch spojené s anatomickými poruchami na ďalších orgánových systémoch. Ide o široké spektrum ochorení s rôznymi prejavmi a odlišnou patofyziológiou. Prejavuje sa od novorodeneckého obdobia až po adolescenciu. Základom tejto klasifikácie je vyšetrenie karyotypu. Najčastejšie sa v rámci DSD vyskytuje kongenitálna adrenálna hyperplázia. Menej časté a etiologicky rôznorodé sú ostatné poruchy spojené s vývojom nejednoznačných genitálií s rôznym stupňom funkčnosti a zloženia pohlavných žliaz. Úlohou gynekologa je veľmi uvážlivo posudzovať vývoj vnútorných a vonkajších genitálií, onkologické riziká dysgenetických gonád, ako aj možnosti a načasovanie operačných zákrokov. Medzirodbová spolupráca vedie k upresneniu stavu a umožní zorientovať sa rodičov, podľa veku aj dieťa a jeho okolie v prístupe k jeho problémom. Stanovenie správnej diagnózy, naplánovanie adekvátnej liečby a dôsledné oboznámenie rodičov vytvára predpoklady na dobrú spoluprácu s prijateľnými výsledkami. Postihnuté dieťa sa tak v budúcnosti môže stať rovnocenným, suverénnym členom spoločnosti.

VVCH GONÁD, 2 KAZUISTKY. SPOLOČNÉ A ODLIŠNÉ ZNAKY, KTORÉ NETREBA PODCENIŤ

Sedliak, I., Trebuňová, Z.

Gynekologicko-pôrodné oddelenie UNLP Košice

Detekcia, správna diagnostika a včasná liečba vrodených vývojových chýb pohlavných žliaz, sú dôležitou súčasťou práce detského gynekológa a výzvou k zaujímavej interdisciplinárnej spolupráci. Doteraz známe poznatky naznačujú, že genitálne malformácie vznikajú v dôsledku multifaktoriálnych, polygenetických a dedičných mechanizmov. Etiológia väčšiny vrodených anomálií genitálu ostáva neobjasnená. Poznatky o genitourinálnej embryológii majú asi kľúčový význam pre pochopenie a správny prístup k diagnostike a liečbe dôsledkov VVCH gonád a malformovaného genitálu. O význame interdisciplinárnej spolupráce detského gynekológa, endokrinológa, genetika, urológa a chirurga dnes nielenže nikto nepochybuje, ale jej zanedbanie by bolo závažným pochybením. V prednáške je našou snahou prezentovať na 2 kazuistikách zaujímavé prípady agenézy a dysgenézy gonád, ktoré sme zachytili v našej praxi.

Agenéza gonád je pomerne zriedkavý typ VVCH gonád, ktorý vzniká pravdepodobne neprecestovaním prvotných pohlavných buniek do gonádovej lišty v 5 týždni intrauterinného vývoja, kde po kontakte s epitelovými bunkami coelomového epitelu vytvorí medulárne povrazce základ indiferentnej gonády. V dostupnej literatúre sme zachytili len ojedinelé prípady case reportov o bilaterálnej a unilaterálnej agenéze gonád u jedincov so ženským fenotypom a karyotypom 46 XX bez poruchy vývoja Mullerianskych duktov a unikátny case report o bilaterálnej agenéze gonád asociovanej s Rokitanského syndrómom (MRKH) zo Španielska. Naša kauzalistka popisuje 18 ročnú pacientku s karyotypom 46XX s bilaterálnou agenézou ovárií.

Gonadálna dysgenéza (GD) je termín používaný pre jedinečnú podskupinu porúch sexuálneho vývoja (DSD), ktorá je charakterizovaná neúplnou alebo chybnou tvorbou gonád (vaječníc alebo semeníkov). Dysgenetické gonády sa vyznačujú premenlivým stupňom nezrelosti a dysfunkcie. Dôležitým znakom je vysoké riziko malignizácie dysgenetickej gonády a vzniku gonadblastómu alebo dysgerminómu v prvej alebo druhej dekáde života (20-30%).

V našej kazuistike prezentujeme prípad (CGD) Swyerovho syndrómu s karyotypom 46 XY.

Incidenca Swyerovho syndrómu je 1/80 000 narodených detí, celková incidencia GD je 1/20000 narodených detí. Swyerov syndróm je charakterizovaný ženským fenotypom, oneskorenou pubertou, absenciou Turnerovských stigm, bez poruchy vývoja Mullerovských štruktúr. Psychosociálna orientácia je jednoznačne ženská.

Záver: Moderná diagnostika by mala zachytávať VVCH gonád čo najskôr v detskom veku, keď sú dobré predpoklady na úspešnú liečbu, dávajúcu šancu na budúcu fertilitu.

PREDČASNÁ PUBERTA – SPOLUPRÁCA DETSKÉHO ENDOKRINOLÓGA A GYNEKOLÓGA

Vitáriušová, E.¹, Pribilincová, Z.¹, Košťálová, Ľ.¹, Nižňanská, Z.²

¹ Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

² I. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB, Bratislava

Fyziologický proces puberty predstavuje komplex somatických a psychických zmien, počas ktorého dochádza k zreniu detského organizmu na jedinca schopného sexuálnej reprodukcie. Aktiváciou gonádoliberínov, následne gonadotropínov v CNS dochádza k prejavom centrálnej puberty, s konečnou produkciou sexuálnych steroidov v gonádach, gonadarché. Periférna puberta, adrenarché, čiže tvorba nadobličkových androgénov, je nezávislá od centrálnej regulácie a podmieňuje rozvoj pubického a axilárneho ochlpenia. Celý priebeh dozrievania je podmienený primeraným zdravím dieťaťa. Laboratórny obraz puberty je prítomný už o novorodenca, tzv. minipuberta sa končí medzi 6.-9. mesiacom života. Po kludovom infantilnom období dochádza k fyziologickému nástupu laboratórnych a telesných zmien v 7 – 8 rokoch života a trvá po dobu 2 až 5-tich rokov. Adrenarché je v časovej koordinácii s gonadarché.

Predčasná puberta je definovaná urýchlením ktoréhokoľvek prejavu o viac ako 2,5 SDS od strednej hodnoty populačnej normy, čo znamená u dievčat nástup prvých známk pred 8. a chlapcov pred 9. rokom života. Pri kompletnej predčasnej puberte sa rozvíjajú jej všetky príznaky súčasne, pri inkompletnej forme pozorujeme vývoj jej izolovaných prejavov. Najčastejšie sa v dennej praxi endokrinologickej ambulancie stretávame s izolovaným telarché. U novorodenca sa daný jav považuje za fyziologický, podmienený prirodzenou hormonálnou reakciou prsných žliaz na materské estrogény. Ak telarché pretrváva do 2. roku života u dievčat hovoríme o telarché variante, predpokladá sa možný vplyv exogénnych estrogénov a endokrinných disruptorov. Izolované telarché po 2. roku života by malo byť vyšetrené komplexne detským endokrinológom, ktorý zhodnotí iné prejavy zrenia, rastový špurt, kostný vek, laboratórny obraz a vylúči inú endokrinopatiu. Predčasné adrenarché, ako ďalší častý izolovaný prejav puberty, nemusí byť vždy benígnym javom. Patrí do spektra klinických príznakov nadobličkových ochorení s nadprodukciou androgénov. Preto je aj v tomto prípade nevyhnutné dieťa komplexne vyšetriť a odlíšiť stav od mylne patologicky interpretovanej benígnej hypertrichózy. Predčasná centrálna puberta s pomaly alebo rýchlo progredujúcimi klinickými znakmi vrátane rastového špurtu je nesporné patologickým stavom. V súčasnosti sa stretávame s frekventovaným výskytom nielen jednotlivých izolovaných foriem puberty ale aj s jej kompletne rozvinutej centrálnej podoby. Do predia sa tak dostáva nevyhnutná spolupráca všeobecného lekára pre deti a dorast, detského endokrinológa a detského gynekológa.

MCCUNE-ALBRIGHTOV SYNDRÓM A PREDČASNÁ PUBERTA

Vitáriušová, E.¹, Pribilincová, Z.¹, Košťálová, Ľ.¹, Hamidová, O.¹, Galisová, V.¹, Wallenfelsová, E.², Nižňanská, Z.³

¹ Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

² Detská diabetologická a endokrinologická ambulancia, Považská Bystrica

³ I. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB, Bratislava

McCune-Albrightov syndróm je genetické ochorenie spôsobené somatickými aktivačnými mutáciami GNAS systému. Tie vedú k autonómnym hyperfunkčným endokrinopatiám nezávislým od centrálnej regulácie. Najčastejšie manifestuje periférna, gonadotropín independentná, predčasná puberta. U dievčat pozorujeme vznik veľkých ováriálnych cýst, ktoré sú autonómnym zdrojom estrogénov, vyvíja sa predčasné telarché a menarché. U chlapcov dochádza k nadmernej produkcii testosterónu. U oboch pohlaví je evidentný rastový špurt, predčasný uzáver rastových štrbín, nízka finálna výška dieťaťa a všetky negatívne aspekty predčasnej puberty. Z ostatných endokrinopatií sa môže vyvinúť tyreotoxikóza, nadmerná produkcia hormónov adenohipofýzy, predovšetkým rastového hormónu. Ochorenie je tiež charakteristické vznikom rôzne veľkých kostných fibróznych dysplázií a veľkých unilaterálnych café au lait škvŕn na koži tela. Mutácie v GNAS1 géne môžu mať však charakter mozaiky a preto ich prítomnosť nemusíme dokázať v periférnej krvi, ale sú prítomné v postihnutom tkanive, diagnostika ochorenia je na základe klinických príznakov. Cieľom liečby periférnej predčasnej puberty je znížiť expozíciu pohlavných steroidov v periférnych tkanivách a zastaviť tak progresiu puberty a rastu. V tejto indikácii sa u oboch pohlaví používa 3. generačný inhibítor aromatázy - letrozol, ktoré blokuje konverziu estrogénov na periférii, u dievčat sólo, u chlapcov v kombinácii s blokátorom testosterónového receptora.

Prezentujeme prípad pacientky, u ktorej sa manifestovalo od tretieho roku života progredujúce telarché, vo veku takmer 5 rokov aj menarché. Stav bol laboratórne sprevádzaný opakovanými vysokými hladinami estradiolu, pri nízkych hladinách gonadotropínov, kostný vek bol urýchlený pred biologickým o viac ako 2 roky. Sonograficky boli prítomné folikuly na ováriách, neskôr mala predstavbu uteru ako pri dlhodobej estrogenizácii. Pre podozrenie na centrálnu predčasnú pubertu bola u nej zahájená centrálna blokáda, avšak s krátko trvajúcim efektom. Neskôr došlo opäť k progresii rastu, telarché a znovuoobjaveniu vaginálneho krvácania. Opäť mala extrémne vysoké hladiny estradiolu, v stimulačnom teste sme však nedokázali aktiváciu centrálnej regulácie puberty. S cieľom pátrania po zdroji estrogenizácii sme indikovali MRI malej panvy, kde sa zobrazil veľký folikul pravého ovária a dysplastické zmeny pravého proximálneho femuru. Klinicky sa teda potvrdil McCune-Albrightov syndróm, napriek tomu, že sme nedokázali mutáciu v periférnej

krvi. Dievča je na liečbe inhibítorom aromatázy, na ktorej sme vzápätí po jej zahájení pozorovali masívne ale krátko trvajúce krvácanie, sprevádzané kolapsom ovariálnych folikulov, poklesom hladín estradiolu. V súčasnosti je predčasná puberta klinicky aj laboratórne v kludovom štádiu. Nerozvinula sa u nej ďalšia endokrinopatia, avšak po úraze mala fraktúru v patologickom teréne cystických zmien dlhých kostí horných končatín preto sme zahájili antiresorbčnú liečbu bisfosfonátmi.

DIF. DG. BOLESTI BŘICHA U DĚTÍ A DOSPIVAJÍCÍCH

Koliba, P.¹, Semerádová, I.¹, Koliba, P.²

¹ Gynartis s.r.o. Ostrava

² Gyn.-por. klinika, FN Bulovka Praha

Bolesti břicha u dětí patří kromě zánětu zevních rodidel k nejčastějším důvodům vyšetření u dětského gynekologa. Bolest břicha je velmi nespecifický příznak, který může být vyvolán celou řadou onemocnění. Některá z nich mohou být závažná a vyžadují neodkladnou a důslednou léčbu. Proto je nutné takové bolesti věnovat pozornost a vždy ji důkladně diferenciatně diagnosticky vyšetřit, zvláště v dětském věku. Míra bolesti břicha u dětí rovněž nemusí přímo odpovídat závažnosti nemoci, která ji způsobuje. Vždy je nutné provést důkladnou anamnézu za přítomnosti rodiče, a to i u dospívajících pacientů. Je nutno odlišit lokalizaci bolestí, její charakter (tupá bolest, kolikovitá bolest), propagace bolesti, případně zvracení nebo průjem. Důležité je zhodnocení, zda jde o bolesti akutní, nebo chronické. Akutní bolest vzniká náhle, velmi často rychle progreduje. Může být příznakem náhlé příhody břišní (akutní apendicitida, torze adnex, zánět žlučníku, zánět slinivky, zánět peritonea, uskřínutá kýla apod.) Tyto stavy je nutné vždy řešit ve spolupráci s dětským chirurgem. Náhlá bolest břicha však může být u dětí způsobena i obyčejnou dietní chybou, kdy se objeví průjem nebo zvracení. Častou příčinou bývají infekční onemocnění např. záněty ledvin a dolních močových cest, které se také projevují jako bolest břicha. Některé příčiny bolestí nemusí být lokalizovány přímo v dutině břišní (například při vulvovaginitis). U menších dětí musíme vždy myslet také na vyšetření stolice na parazity.

Kromě pečlivě odebrané anamnézy musíme pacienta důkladně klinicky i laboratorně vyšetřit. Nezastupitelné místo má sonografické vyšetření, kdy preferujeme transabdominální přístup. Vnitřní rodidla nejlépe zobrazíme při dostatečné náplni močového měchýře. U dětí je často velmi obtížné správně rozlišit vlastní příčinu bolestí břicha. Pokud vyloučíme akutní příhodu břišní a není nalezena jednoznačná patologie v pánvi ani v dutině břišní, je na místě zvolit konzervativní observační postup. V naprosté většině případů odeznívají i bez léčby.

Závěr: Bolesti břicha u dětí ale i dospívajících patientek mohou být velmi závažný problém. Důležitou roli v jejich včasné diagnostice a následné léčbě představují rodiče, kteří včas rozpoznají závažnost onemocnění a nutnost vyhledat dětského lékaře. Není to úloha jednoduchá, protože často jsou bolesti břicha u dětí a dospívajících tzv. psychogenního původu, na který myslíme až po pečlivém vyloučení somatických příčin a náhlé příhody břišní.

OVARIÁLNÍ TUMOR – DYSGERMINOM – KAZUISTIKA

Neumannová, H.

Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

Nádory dětských rodidel představují 2-5% ze všech nádorů, které se vyskytují v tomto věku, 95% z nich jsou nádory ovaríí.

Dysgerminom patří mezi nádory ze zárodečných buněk, je nejčastějším neepiteliálním zhoubným nádorem a tvoří 20-25% malignit u dětí. Vyskytuje se nejvíce po pubertě, v čisté variantě není hormonálně aktivní a má velmi dobrou prognózu. Část jich vzniká ve spojení s geneticky abnormálními gonádami, oboustranné postižení nacházíme v 8-20%. Z onkomarkerů je zvýšené LDH, méně často HCG, nádor je chemosenzitivní i radiosenzitivní.

Na naši kliniku byla přijata 16-ti letá dívka Marie – tři týdny pozorovala zvětšování břicha, přitom ale výrazné bolesti neměla. Hned po příjmu proběhla všechna vyšetření – ultrazvuk i CT vyšetření zobrazuje solidní tumor a nelze vyloučit postižení uzlin. V provedených laboratorních vyšetřeních je v onkomarkerech elevace LDH, HCG, hraniční Ca125, v krevním obraze neutropenie. Druhý den po příjmu provedena adnexektomie a cílená lymfadenektomie. Pooperační průběh klidný, hojí se per primam. Histologie potvrzuje Dysgerminom ovaria vpravo s průkazem jednotlivých nádorových buněk ve splavech lymfatických, které netvoří solidní ložisko metastázy. Marie podstoupila PET/CT, kde nebyly nalezeny viabilní neoplasie, a následně podstoupila 4 cykly chemoterapie – BEP – Bleomycin, Etoposid, Platina. Dívka je dále dispenzarizovaná na klinice dětské onkologie.

Zhoubné nádory u dětí a dospívajících jsou poměrně vzácné, včasná a správná diagnostika je často životně důležitá, protože řada z těchto nádorů má agresivní biologické chování. Cílem léčby je nejen vyléčení, ale i zachování fertility.

Alpha D₃[®] 1 µg

alfakalcidol

Slnko na každý deň.



- optimalizuje hladinu aktívneho D-hormónu v organizme^{3,4}
- zvyšuje absorpciu vápnika a fosfátov z čreva^{3,4}
- podporuje mineralizáciu kostí⁴
- redukuje osteoklastickú resorpciu kostí^{3,4}

Takmer 50% zdravých premenopauzálnych slovenských žien má nízku hladinu aktívneho D-hormónu¹

Nedostatočná hladina aktívneho D-hormónu

- znižuje absorpciu vápnika z tenkého čreva^{1,2}
- zvyšuje odbúravanie vápnika z kostí^{1,2}

Skrátená informácia o lieku

Názov lieku: ALPHA D3 0,25 µg / 0,5 µg / 1 µg. Kvalitatívne a kvantitatívne zloženie: Alfakalcidol, 0,25 µg / 0,5 µg / 1 µg. **Lieková forma:** Mäkké kapsuly. **Liekové indikácie:** Renálna osteodystrofia so zníženou absorpciou vápnika, osteomalácia, osteoporóza, najmä postmenopauzálna, senilná a osteoporóza spôsobená liečbou glukokortikoidmi, prídavná liečba pri hypoparatyreóze, hypofosfatemickú rachitídu/osteomaláciu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Počiatočná denná dávka pre dospelých a deti s telesnou hmotnosťou vyššou ako 20kg je 1 µg alfakalcidolu, pri dlhodobej liečbe sa má dávka znižovať v závislosti od zlepšovania klinického stavu. Pacienti so závažnými prejavmi kostného ochorenia potrebujú a tolerujú vyššie dávky: 1 - 3 µg alfakalcidolu denne. Jednorazová denná dávka sa podáva perorálne, je vhodná užiť večer. Ak je dávka rozdelená na dve čiastkové dávky, užíva sa ráno a večer. Kapsuly sa užívajú nerozhrýzené a zapljajú sa dostatočným množstvom tekutín. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivo alebo ktorúkoľvek z pomocných látok, manifestná intoxikácia vitamínom D, hyperkalcémia, hypermagneziémia, alergia na arašidy alebo sóju. U dialyzovaných pacientov sa musí vylúčiť možnosť prieniku vápnika z dialyzačného roztoku. U pacientov s obličkovými kameňmi a sarkoidózou v anamnéze je pri užívaní lieku vyššie riziko. **Osobitné upozornenia:** Počas terapie pravidelne monitorovať hladinu vápnika a fosfátov v krvi v týždenných alebo mesačných intervaloch. **Liekové a iné interakcie:** súbežne sa nemá podávať vitamín D a jeho deriváty. Zmena dávkovania ALPHA D3 je pri súbežnej liečbe barbiturátmi alebo antikonvulzivami indukujúcimi pečenevé enzýmy, difenylhydantoin môže celkom inhibovať účinok alfakalcidolu. Glukokortikoidy, tiež lieky, ktoré obsahujú cholestyramín, sukralfát alebo antacidá a estrogény môžu ovplyvňovať účinok alfakalcidolu. Pacienti užívajúci súčasne digitalis a ALPHA D3 majú byť pod zvýšeným dohľadom lekára. Pri súbežnej liečbe prípravkami obsahujúcimi vápnik alebo tiazidy je zvýšené riziko hyperkalcémie. **Gravidita a laktácia:** V období gravidity a laktácie používať liek len v nevyhnutných prípadoch. Nežiaduce účinky: Pri hyperkalcémii sa môže vyskytnúť únava, gastrointestinálne symptómy, smäd, svrbenie. Počas terapie alfakalcidolom sa len zriedka objavilo mierne a dočasné zvýšenie hladín fosfátov v krvi. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Theramex Ireland Limited, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, D01YE64, Írsko. **Dátum poslednej revízie textu:** Február 2019. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Prípravok je čiastočne hrađený z prostriedkov verejného poistenia. Pred predpisáním lieku sa zoznámte s úplnou informáciou o lieku, ktorá je k dispozícii v Súhrne charakteristických vlastností lieku na <http://www.sukl.sk>, alebo ju získate na adrese: THERAMEX Slovakia s.r.o., Vajnorská 142, 831 04 Bratislava, tel.: +421 911085330, <http://www.theramex.com>.

Literatúra:

1. Stecová A. a spol: Koncentrácie vitamínu D u premenopauzálnych žien na Slovensku. Laboratórna diagnostika 1-2/2009.
2. Reginster JY, Lecart MP, Richy J. Importance of Alfakalcidol in Clinical Conditions Characterized by High Rate of Bone Loss. J. Rheumatol 2005;32 Suppl 76:21-25.
3. Ringe JD, Schaht E. Prevention and Therapy of Osteoporosis: The Roles of Plain Vitamin D and Alfakalcidol. Rheumatol Int 2004; 24:189-197.
4. SPC Alpha D3 1 µg, ŠUKL, Február 2019



ALPHA_SK_PRNTAD_005779, Október 2021



drovelis

Estetrol 15 mg monohydrát
(ekvivalent 14,2 mg anhydrátu estetrolu)
+ drospirenón 3 mg
Kombinovaný režim perorálnej antikoncepcie 24/4

PRVÁ ANTIKONCEPCIA
TYPU NEST



Skrátené SmPC DROVELIS:

Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania.

Zloženie: Každá ružová aktívna tableta obsahuje 3 mg drospirenónu a 14,2 mg estetrolu. Každá biela tableta placebo neobsahuje účinné látky. **Indikácie:** Perorálna antikoncepcia. **Dávkovanie:** Užíva sa jedna tableta denne počas 28 po sebe nasledujúcich dní. Ďalšie balenie sa začína užívať deň po užití poslednej tablety z predchádzajúceho balenia. K dispozícii sú nálepky označené 7 dňami týždňa. Ak sa žena v užití ktorejkoľvek ružovej aktívnej tablety oneskóri o menej ako 24 hodín, antikoncepcná ochrana nie je znížená. Na oddialenie menštruácie má žena pokračovať v užívaní tabliet z ďalšieho blistrového balenia Drovelisu bez toho, aby užívala biele tablety placebo zo súčasného balenia. **Kontraindikácie:** Keďže doteraz nie sú k dispozícii žiadne epidemiologické údaje o CHC obsahujúcej estetrol, na užívanie Drovelisu sa majú aplikovať kontraindikácie pre CHC obsahujúce etinylestradiol. Pritomnosť alebo riziko venózneho alebo arteriálneho tromboembolizmu. Závažné ochorenie pečene. Závažná renálna insuficiencia. Malignity, na ktoré pôsobia pohlavné steroidy. Nediagnostikované vaginálne krvácanie. Precitlivosť na zložky prípravku. **Interakcie:** Môžu sa vyskytnúť interakcie s liekmi, ktoré indukujú mikrozomálne enzýmy, čo môže mať za následok zlyhanie antikoncepcie. Klinická relevantnosť potenciálnych interakcií s inhibítormi enzýmov zostáva neznáma. Súbežné podávanie silných inhibitorov CYP3A4 môže zvýšiť plazmatické koncentrácie estrogénov alebo gestagénov. **Gravidita a laktácia:** Drovelis nie je indikovaný počas gravidity. CHC môžu ovplyvniť dojčenie, preto sa užívanie CHC nemá odporúčať. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie hlásenými nežiaducimi reakciami na Drovelis sú metroragia (4,3 %), bolesť hlavy (3,2 %), akné (3,2 %), vaginálne krvácanie (2,7 %) a dysmenorea (2,4 %). **Klinická účinnosť a bezpečnosť:** Nasledovné Pearllove indexy u žien vo veku 18 – 35 rokov boli zistené v hlavnej štúdii v EÚ/Rusku: zlyhanie metódy: 0,26; zlyhanie metódy a používateľky: 0,44. V randomizovanej nezaslepanej štúdii sa u 97 % žien v skupine užívajúcej Drovelis preukázal návrat k ovulácii do konca cyklu po liečbe. V histológia endometria sa nevyskytli žiadne nezvyčajné výsledky.

Veľkosti balenia: 84 (3 x 28) filmom obalených tabliet. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21., 1103 Budapešť, Maďarsko. **Registračné čísla:** EU/1/21/1547/001-004.

Dátum revízie textu SmPC: máj 2022.
KEDP/DAEDN7.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek nie je uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia. Materiál je určený pre osoby oprávnené predpisovať lieky a osoby oprávnené vydávať lieky.

Podrobnú informáciu o prípravku získate na adrese:

Gedeon Richter Slovakia, s. r. o., Karadžičova 10, 821 08 Bratislava,
tel.: 02/50 20 58 13, e-mail: richtergedeon.sk@richterg.sk, www.richterg.sk



GEDEON RICHTER