

MODERNÍ BABICTVÍ 20

***ODBORNÝ ČASOPIS
PRO PORODNICTVÍ A GYNEKOLOGII***





Endometrióza

Nová cesta z bolesti⁵

- Vysoce účinná úleva od bolesti^{1, 2, 3, 4, 5}
- Významná redukce endometriotických lézí^{1, 5}
- Příznivý profil bezpečnosti a snášenlivosti pro dlouhodobou léčbu^{*, 4, 5}

Zkrácený souhrn údajů o přípravku Visanne® 2 mg tablety. Složení: 1 tableta obsahuje 2 mg dienogestum. **Indikace:** Léčba endometriózy. **Dávkování a způsob podávání:** Užívá se jedna tableta denně bez přestávek. Tablety se musí užívat nepřetržitě bez ohledu na vaginální krvácení. Po využití jednoho balení se bez přerušení začíná s dalším balením. S dlouhodobou léčbou (více než 15 měsíců) pacientek s endometriózou přípravkem Visanne® nejsou zkušenosti. Léčbu je možné zahájit v kterýkoli den menstruačního cyklu. Před zahájením užívání Visanne® je nutno ukončit užívání hormonální antikoncepce. Bezpečnost a účinnost přípravku Visanne® u mladistvých do 18 let nebyla dosud stanovena. **Kontraindikace:** aktivní venózní tromboembolické onemocnění, arteriální a kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus postižením cév, závažné onemocnění jater, nádory jater, malignity závislé na pohlavních hormonech, nediodagnostikované vaginální krvácení, hypersenzitivita na léčivou nebo pomocné látky. **Zvláštní upozornění:** Přínos zisku a rizika z podávání přípravku je třeba individuálně zvážit s ohledem na přítomnost některých stavů nebo rizikových faktorů. Děložní krvácení může být při užívání přípravku Visanne® zesíleno. **Interakce:** S léky, které indukují mikrosomální enzymy (fenytoin, barbituráty, primidon, karbamazepin, rifampicin, přípravky obsahující třezalku tečkovanou). S léky, které inhibují enzymy (azolová antimykotika, makrolidy, diltiazem, inhibitory proteázy) a grapefruitová šťáva. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Visanne® nesmí být podáván těhotným ženám, jelikož během těhotenství není nutnost léčit endometriózou. Léčba přípravkem Visanne® se během kojení nedoporučuje. **Fertilita:** Z dostupných údajů je zřejmé, že ovulace je během léčby přípravkem Visanne® u většiny pacientek potlačena. Přípravek Visanne® však není

kontraseptivum. Jako kontracepce se musí zvolit některá z nehormonálních metod. **Účinky na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje:** Nebyly pozorovány žádné účinky na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Výskyt nežádoucích účinků je častější během prvních měsíců po zahájení léčby přípravkem Visanne® a klesá s pokračující léčbou. Případné nežádoucí účinky jsou např.: změny děložního krvácení (špinění, nepravidelné krvácení, amenorea), bolest hlavy, diskomfort prsou, depresivní nálada, akné, nauzea, zvýšení tělesné hmotnosti, poruchy spánku, nervozita. **Předávkování:** Studie akutní toxicity prováděné s dienogestem nenaznačují žádné riziko akutních nepříznivých účinků v případě nechtěného příjmu vícenásobné denní terapeutické dávky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v původním obalu, chránit před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Blistr, PVC a hliníková fólie. Velikost balení: 28 a 84 tablet. Držitel rozhodnutí o registraci: Bayer Schering Pharma AG, D-13342, Berlin, Německo. **Registrační číslo:** 56/196/10-C. **Datum poslední revize textu:** 3. 3. 2010. *Přípravek je vázán na lékařský předpis a je, s preskripčním a indikačním omezením, převážně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku nebo získáte na adrese: Bayer s. r. o., Siemensova 2717/4, Praha 5, 155 80. * léčba po dobu maximálně 15 měsíců*

Reference: 1. Köhler G. et al, Int.J. Gynaecol Obstet 2010; 108:21–25. 2. Strowitzki T. et al, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; 151, 193–198. 3. Strowitzki T. et al, Hum Reprod 2010; 25:633–641. 4. Seitz C et al, Fertil Steril 2009; 92: S107 (abstract). 5. Souhrn údajů o přípravku Visanne®.

MODERNÍ BABICTVÍ 20

***ODBORNÝ ČASOPIS
PRO PORODNICTVÍ A GYNEKOLOGII***

LEVRET s.r.o.

PRAHA 2011

ISSN 1214-5572

MODERNÍ BABICTVÍ 20

ČERVEN 2011

OBSAH:

M. Mára, K. Kubínová, P. Horák, M. Novotná, D. Kužel: Myomy a gravidita	3
J. Záhumenský: Poševní infekce v těhotenství	9
M. Kovalčíková: Základní informace o problematice osvojení a procesu převzetí dítěte do náhradní rodinné péče	16
A. Samková: Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky	24
R. Peschout: Vakuumextrakce	30
B. Žáková, P. Halada: Onkologická prevence ambulanci gynekologa	36
K. Oralová: Plánované rodičovství u pacientek s roztroušenou sklerózou	43
P. Čepický: Antikoncepce po čtyřicítce	45
Doporučený postup v perinatologii: Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství (druhá revize, verze 6; 29. 1. 2010)	50

DĚLOŽNÍ MYOMY A GRAVIDITA

M. Mára, K. Kubínová, P. Horák, M. Novotná, D. Kužel

*Centrum pro komplexní diagnostiku a léčbu děložních myomů, Gyn.-por. klinika
1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18, Praha 2.*

1 Pozadí problematiky

Děložní myomy sice od nepaměti patří k nejčastějším gynekologickým onemocněním a k vůbec nejčastějším ženským nádorům, ale ještě do nedávna neznamenal tak zásadní lékařský problém jako dnes. Až na výjimky se totiž případy, nutné k operačnímu řešení, týkaly převážně žen premenopauzálních, resp. žen, které již neplánovaly těhotenství. To umožňovalo delší čas pacientky pouze sledovat (palpační vaginální vyšetření, případně ultrazvuk, optimálně kombinace vaginální a abdominální sondy), případně léčit pouze symptomaticky (hemostyptika, anti-anemika, analgetika, gestageny, hormonální kontraceptiva) a byly-li možnosti konzervativní léčby vyčerpány a/nebo nález příliš velký, byla navržena a obvykle i provedena abdominální hysterektomie.

Přestože se přijatelnost hysterektomie pro ženy podstatně zvýšila postupným stále častějším prováděním této operace některým z mini-invazivních přístupů, tj. vaginálně, laparoskopicky či nejčastěji jejich kombinací jako tzv. LAVH („patients friendly surgery“), vyhledává dnes čím dál větší množství takto postižených žen možnosti léčby zachovávající dělohu. Motivace jsou převážně reprodukční - nejen u žen dosud bezdětných či léčených pro sterilitu, ale i u žen starších s např. 2 dětmi a s cílem zachovat si ještě šanci na „pozdní“ těhotenství. Avšak řada žen touží po méně radikálním řešení i z různých jiných (někdy iracionálních) důvodů jako jsou stres z operace, obavy z chybění anatomických, hormonálních či sexuálních funkcí dělohy, strach z močové inkontinence či z jiných příčin, někdy nazývaných jako motivy „psychosociální“. Dělohu zachovávající léčba myomů je však většinou obtížnější než léčba radikální a to nejen pro některá technická úskalí jednotlivých operací a výkonů u pokročilejších nálezů, ale i pro nejistotu trvalejšího efektu a četnost recidiv. Proto platí, že tyto zákroky jsou správně indikovány především u žen s jasným a reálným cílem otěhotnět.

2 Výskyt myomů u graviditu plánujících žen

Často kladenou otázkou posledních let, jak v laickém tak v odborném prostředí, je zda a proč se myomy objevují stále častěji u mladších, graviditu plánujících žen. Zdá se, že tento jev nelze vysvětlit pouze lepšími diagnostickými možnostmi, jako

jsou vaginální ultrasonografie a hysteroskopie s laparoskopií, ale že hrají nemalou roli vlivy společenské. Jestliže dříve byly těhotné ženy po 35. roku věku spíše výjimkou, dnes je to jevem běžným, téměř módním a věk dosud bezdětných, přitom na graviditu nerezignujících žen, se stále častěji posunuje ke čtyřicítce i dále. Že jsou naděje těchto žen na úspěšné těhotenství často malé (zhoršené funkce vaječníků neboli tzv. nízká ovariální rezerva, vyšší riziko časných abortů z genetických příčin, vyšší riziko vrozených vad plodů), tím spíše mají-li myomatózní dělohu, je věc jiná. Tento společenský fenomén má vzhledem k výskytu myomů dva aspekty. Jednak je dobře známá rostoucí incidence myomů s věkem - samozřejmě vzhledem k hormonální dependenci myomů pouze do menopauzy. Za druhé, gravidita (a nejvíce nejspíše gravidita donošená, završená porodem) zřejmě působí jako protektivní faktor, což je známo z některých epidemiologických dat.

Některí autoři, mezi něž se řadí i naše pracovní skupina, zabývající se především léčbou myomů zachovávající fertilitu, se domnívají, že fyziologická děložní retrakce během šestinedělí způsobuje ischemické změny dělohy, na něž je více než zdravá děložní svalovina citlivá tkáň leiomyomů. Výskyt myomů u žen v reprodukčním období a premenopauze obecně je každopádně obrovský a některé práce udávají incidenci přesahující 40%. Samozřejmě vyšší riziko přítomnosti myomu (podobně jako endometriózy) bude mít čtyřicetiletá, dosud bezdětná žena se silnějším či prodlouženým menstruačním krvácením a občasnými tlaky v podbřišku, než třicetiletá asymptomatická žena se dvěma dětmi. Na druhou stranu zdaleka ne všechny myomy, nehledě na jejich velikost, jsou doprovázeny příznaky (ty nejtypičtější, krvácivé obtíže se většinou pojí s myomy narušujícími děložní dutinu) a také je pravda, že se i s velkými myomy čas od času setkáváme i u velmi mladých dívek, mladších 25 či dokonce 20 let.

3 Indikace k léčbě myomu/ů u graviditu plánujících žen

V otázce, které myomy u žen s těhotenskými plány léčit a kterým ženám lze „povolit“ otěhotnět i s myomem, se lékaři stále neshodují, ba s rostoucím spektrem léčebných možností je situace snad ještě nepřehlednější a tím pádem i více kontroverzní. S jistou nadsázkou lze říci, že přijde-li žena s tímto problémem za pěti různými gynekology, dostane 5 různých doporučení. Příčin tohoto stavu je více, mj. fakt že myomy nejsou zhoubným onemocněním a tak si více lékařů i z terénní praxe více dovolí, zejména mají-li z vlastních zkušeností pocit, že dané problematice rozumí dostatečně, ne-li nejlépe. Nicméně myomy mohou být v některých případech fatálním problémem nikoli pro pacientku samotnou, ale pro její naděje na úspěšné těhotenství.

Problematika vlivu děložních myomů na reprodukční výsledky je složitá také proto, že je dosti obtížné sestavit homogenní soubor pacientek s obdobnými myomy a přitom srovnatelnými šancemi na otěhotnění (vliv řady jiných i zcela neanatomických faktorů jako věk, ovariální funkce, stav vejcovodů, endometrióza,

partnerův spermioqram, ale např. i motivace pacientky otěhotnět či partnerské rozeře apod.). Proto je řada studií zaměřených na tuto problematiku zatížena skutečnými či potenciálními nepřesnostmi a chybami. Nelze však zcela rezignovat a je třeba se pokoušet jednak postupovat individuálně na základě vlastních zkušeností (nejlépe pokud má lékař možnost srovnat více léčebných postupů a pokud má možnost a trpělivost se sledováním reprodukčních výsledků v dlouhém časovém horizontu), jednak se řídit doporučeními a závěry těch studií o léčbě myomů a následné fertilitě, které mají dobrý a důvěryhodný design.

Při indikaci k fertilitu šetřící léčbě myomů se řídíme následujícími parametry (dané pořadí není vždy přesným pořadím důležitosti): lokální nález na děloze, tzn. množství, velikost a lokalizace myomů - především jejich vztah k děložní dutině; věk a reprodukční plány pacientky a aktuálnost těchto plánů; symptomy (především silné a prolongované menses jako nejtypičtější ze symptomů a nepřímý marker narušení děložní dutiny myomem/y, což je u graviditu plánujících žen zásadní; bolesti podbříšku jsou mnohem méně specifické); habitus a interní i operační anamnéza pacientky (obezita či prodělané laparotomie jako rizikové faktory chirurgické léčby); názor či preference poučené pacientky, zejména tehdy, je-li těžké jednoznačně říci, která z uvažovaných možností léčby je lepší. Zjednodušeně řečeno lze shrnout, že aktivní postup, tzn. některou z níže zmíněných intervencí, volíme u žen s myomy nad 3-4 cm, zejména pokud narušují děložní dutinu a/nebo způsobují krvácení (většinou první podmiňuje druhé), nejlépe u žen s co nejaktuálnějšími plány na těhotenství (čím delší odklad koncepce od léčby, tím vyšší riziko recidivy). U žen sterilních, potrácejících či s opakovaným selháním mimotělního oplodnění se, především v případech, kdy myom/y výrazně deformují děložní dutinu, může jednat o výkon kauzální. U žen asymptomatických má léčba myomu před těhotenstvím charakter spíše preventivní, a když je prováděna pak především proto, že případné vynucené řešení myomů v graviditě či kolem porodu je výrazně obtížnější a rizikovější než u netěhotných.

Přes jisté pokroky farmakologické léčby myomů (agonisté a antagonisté gonadoliberinu, selektivní modulátory progesteronových receptorů, inhibitory aromatázy) zůstávají dominantou dělohy šetřící léčby myomů různé typy intervencí. Zlatým standardem této léčby je stále myomektomie, ať již laparoskopická (u méně pokročilých nálezů) nebo laparotomická, případně tzv. transcervikální resekcce myomu neboli myomektomie hysteroskopická (u myomů s většinou svého objemu v děložní dutině). Argumentem pro myomektomii jsou výrazně lepší reprodukční výsledky takto léčených žen oproti jiným léčebným postupům, při relativně nízkém procentu komplikací. Z nich nejobávanější je ruptura dělohy v následné graviditě (podobně jako např. po císařském řezu), ke které však u adekvátně ošetřených myomektomií (většinou nutná vícevrstevná sutura) dochází velmi vzácně ve frekvenci zřejmě nižší než 1%.

Z nových léčebných alternativ se nejvíce rozvíjejí techniky zaměřené na cévní zásobení myomu, resp. jeho okluzi, která lze provést buď radiologickou intervencí, pomocí speciálního katétru a mikročástic pod skioskopickou kontrolu (tzv. embo-

lizace děložních tepen) nebo chirurgicky, nejlépe laparoskopicky (laparoskopická okluze uterinních tepen). Pro někdy nespolehlivý vliv těchto metod na zmenšení myomů a jejich symptomů a možné závažné komplikace jsou tyto, tzv. okluzivní metody indikovány u graviditu plánujících žen jen tehdy, pokud je standardní myomektomie považována za příliš obtížnou a rizikovou (nevhodná lokalizace myomu, mnohočetné myomy, výrazná obezita, anamnéza opakovaných laparotomií, přání poučené pacientky vyhnout se laparotomii a/nebo krevní transfuzi, apod.). Podrobněji bylo o metodách léčby myomů pojednáno v textu, publikovaném v tomto časopise v roce 2008.

4 Gravidita s myomem a po myomektomií

Otěhotní-li žena s myomem, je gravidita považována za „rizikovou“, což je termín sice, zejména laiky, hojně používaný, ale mnoho neříkající. Přestože nárůst myomu o 50, 100 i více procent, zejména v průběhu I. trimestru, je téměř pravidlem a přestože se u žen s velkými myomy v průběhu gravidity často vyskytnou různé obtíže typu krvácení, bolesti či předčasných kontrakcí, jejichž kauzální spojitost s myomy je těžké prokázat i vyloučit, je prognóza většiny gravidit s myomem příznivá. Je zajímavé, že existují práce, které se snažili objektivizovat růst myomů v průběhu těhotenství a které neprokázaly výrazný nárůst u většiny myomů, naopak objevily, že některé myomy v těhotenství nevyrostly vůbec.

Na druhou stranu je třeba přiznat, že incidence samovolných i zamlklých potratů, předčasných a zejména operačních porodů, resp. porodů komplikovaných peripartálním či poporodním krvácením, je u těhotných žen s myomy jednoznačně vyšší než u srovnatelné skupiny žen s dělohou bez myomu. Nepochybně vyšší riziko těchto komplikací je u objemných myomů intramurálních a zejména submukózních, než u myomů, které příliš nenarušují ani dutinu, ani stěnu děložní. Na rozdíl od některých kolegů si nemyslíme, že těhotné ženy s myomy je nezbytné родit per sectionem Caesaream. Naopak, není-li myom hrdla děložního či dolního děložního segmentu (naštěstí poměrně vzácné lokalizace) porodní překážkou, může být vaginální porod elegantní možností jak se vyhnout někdy velmi komplikovanému a rizikovému císařskému řezu. Zda jsou myomy častou příčinou cerviko-korporální dystokie a tedy nepostupujícího porodu je sporné; určitě časté jsou jejich asociace s nepravidelnými polohami plodu, především s koncem pánevním.

Nepříjemnou a někdy obtížně řešitelnou komplikací porodů pacientek s myomy jsou vážné komplikace III. a IV. doby porodní, kdy obvyklé intervence (uterotomika, instrumentální revize dutiny děložní, laparotomická revize) mohou být výrazně obtížnější a výrazně méně efektivní. Peripartální laparotomická myomektomie při císařském řezu či pro krvácení těsně po porodu, jsou výkony u nás obávané a vzácné, v některých zemích však dnes již poměrně běžné (např. v kombinaci s oboustrannou ligací uterinních tepen) a kupodivu nezatížené vysokým procentem nutných hysterektomií. Jako dobrá alternativa chirurgických postupů v managementu

poporodního krvácení se obzvláště u pacientek s děložní myomatózou nabízí radiologická embolizace uterinních cév.

Těhotenství po myomektomii je doporučováno, alespoň našim pacientkám, 6 měsíců od operace, což je i v porovnání se zkušenostmi ze zahraničí doba více než dostatečná. Je vhodné, pokud se k nutné délce hojení před zátěží těhotenstvím vyjádří přímo operatér na základě své podrobné znalosti výkonu, zejména děložní sutury, případně na základě ev. komplikací při hojení, ultrazvukového nálezu po myomektomii a second-look laparoskopického nálezu dělohy. Podobně přínosné je doporučení operatéra k vedení porodu. Pacientky, u nichž byl myom lokalizovaný velmi povrchně či dokonce jednalo-li se o myom stopkatý, podobně jako ženy po hysteroskopické resekci převážně intrauterinního myomu, nechávajíme koncipovat již 3 měsíce od operace.

Sledování těhotných žen po myomektomii většinou není předmětem zájmu rizikových poraden perinatologických center a je to tak správné, alespoň v prvních 2 trimestrech gravidity. Každopádně je vhodné tuto těhotnou poučit o možných příznacích děložní ruptury a především v závěru gravidity apelovat na její pozornost a permanentní dostupnost urychleného transportu na porodní sál. Význam ultrazvukového sledování těchto gravidit („kolik milimetrů myometria v místě jizvy po myomektomii či po císařském řezu je ještě bezpečných?“) je sporný. Podobně kontroverzním tématem je způsob vedení porodu. Sami postupujeme velmi individuálně s ohledem na náročnost a lokalizaci myomektomie, názor a preference pacientky a samozřejmě na porodnické parametry jako jsou poloha a biometrie plodu, parita nebo vaginální nález v době termínu porodu. Pokud primárně plánujeme císařský řez, je obvykle časován mezi ukončený 38. a 40. týden gestace.

Práce byla podpořena grantem IGA MZČR č. NS 9798-4.

Literatura

1. Bajekal, N., Li, T.C.: Fibroids, infertility and pregnancy wastage. Hum. Reprod. Update. 6: 614, 2000.
2. Brown, D. et al.: Caesarean myomectomy - a safe procedure. A retrospective case controlled study. J. Obstet. Gynaecol. 19:139, 1999.
3. Exacoustos, C., Rosati P.: Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. Obstet. Gynecol. 82:97, 1993.
4. Holub, Z., Kliment, L.: Laparoscopic ultrasonic dissection of uterine vessels in women with benign uterine pathologies. Clin. Exp. Obstet. Gynecol., 29:54, 2002.
5. Holub, Z., Kužel, D.: Minimálně invazivní operace v gynekologii. Grada, Praha 2005, 232 s.
6. Kužel, D., et al. Kombinovaná léčba děložního myomu (embolizace uterinních artérií s následnou laparoskopickou myomektomií). Ceska Gynekol., 69:497, 2004.

7. Lev-Toaff, A.S., et al.: Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. *Radiology*. 164:375, 1987.
8. Mára, M., et al.: Děložní myom a poruchy plodnosti. *Mod. Gynek. Porod.* 11:614, 2002.
9. Mára, M., et al.: Porod po myomektomii a v přítomnosti děložního myomu. *Mod. Gynek. Porod.*, 2007.
10. Mára, M., et al.: Praktické poznámky k embolizaci děložních myomů. *Ceska Gynekol.*, 72:58, 2007.
11. Mára, M.: Současné možnosti léčby děložních myomů. *Moderní Babictví*, 2008.
12. Pelage, J.P., et al.: Selective arterial embolization of the uterine arteries in the management of intractable post-partum hemorrhage. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 78:698, 1999.

M. Mára
Apolinářská 18
128 00 Praha 2
Michal.mara@quick.cz

POŠEVNÍ INFEKCE V TĚHOTENSTVÍ

Doc. MUDr. Jozef Záhumenský, CSc.

Gynekologicko-porodnická klinika FN Na Bulovce, Praha

Úvod

Během těhotenství probíhají adaptační změny, které mají vliv na vnímavost ženy k různým infekcím. Některé vaginální infekce se vyskytují v těhotenství častěji, jiné méně často. Mohou mít odlišný průběh než mimo graviditu, také mohou mít přímý vliv na průběh a výsledek těhotenství.

1 Změny poševní stěny v těhotenství

V průběhu těhotenství se zvyšuje nejen prokrvení kůže vulvy a sliznice pochvy, ale i svalů pánevního dna. Dochází k proměknutí a zvláčení přilehlé pojivové tkáně. Zvýšená vaskularita pochvy vede k jejímu fialovému zbarvení, což se klasicky nazývá Chadwickův příznak. Pochva prochází změnami, které ji připravují k roztažení během porodu, zvětšuje se tloušťka její stěny, ztrácí se pojivová tkáň a hypertrofují buňky hladké svaloviny.

Zvýšený objem cervikálního sekretu vede ke zvýšenému množství poševního fluoru, který je tažný, bělavého zbarvení. Jeho pH je kyselé, kolísá mezi 3,5-6,0, tato acidita je důsledkem zvýšené sekrece kyseliny mléčné bakterií *Lactobacillus acidophilus*, která ve zvýšené míře zpracovává glykogen nahromaděný v poševních epiteliích.

Vaginální mikroflóra zdravých asymptomatických žen obsahuje široké spektrum anaerobních a aerobních bakteriálních kmenů s dominancí fakultativně mikroaerofilního, anaerobního kmene *Lactobacillus*. (23) Lactobacily jsou nejznámějším ukazatelem normání poševní flóry v těhotenství i mimo něj, tvoří až 70 % celkové bakteriální hmoty, u některých žen jsou výlučným poševním komenzálem.

Hlavním úkolem Lactobacilů je ochrana ženy před genitální infekcí a zachování zdravé rovnováhy poševní flóry. Tento úkol je velice důležitý právě během těhotenství, protože vaginální dysmikrobie může být důvodem předčasného porodu nebo pozdního potratu. Kromě produkce kyseliny mléčné chrání *Lactobacillus* ženu před infekcí i jinými mechanizmy: kompetitivně využívá živiny ostatním bakteriím a produkuje peroxid vodíku, který je toxický pro jiné druhy bakterií. (10) Nedostatek lactobacilů vede k rozvoji některých infekčních komplikací, bakteriální vaginóze a aerobní vaginitidě, deficit lactobacilů rovněž usnadňuje přenos sexuálně

přenosných onemocnění jako je kapavka, chlamýdie, syfilis, trichomoniáza, HIV a HPV.

U zdravých žen s laktobacillus-dominantní poševní mikroflórou je možno detekovat více typů laktobacilů: *L. crispatus*, *L. iners*, *L. gasseri*, *L. jensenii*, *L. gallinatum* a *L. vaginalis*. (24) Některé ženy mají zachovaný zdravý poševní ekosystém i při absenci kmenů laktobacilů. *Atopobium*, *Megasphaera* a *Leptotrichia* rovněž produkují kyselinu mléčnou, stejně jako laktobacily.

Složení vaginálního ekosystému není stabilní, je dynamické a mění se v čase vlivem exogenních a endogenních vlivů. (15) Jeho složení závisí na stadiu těhotenství, frekvenci pohlavních styků, střídání partnerů, výplachů pochvy, užívání některých léků a antibiotik.

Usui a spol. prospektivně analyzoval vaginální flóru u 1958 žen a vliv složení této flóry na výskyt předčasného porodu. Zjistil, že absence laktobacilů je přesnější indikátor rizika předčasného porodu než přítomnost jakékoliv jiné bakterie. (21)

2 Vaginální kandidóza

Simplexní vaginální mykóza postihne až 25 % těhotných žen. Projeví se typickým bělavým výtokem, pálením a svěděním vulvy a pochvy. U některých žen obvykle v průběhu těhotenství recidivuje. Důvodem zvýšeného výskytu mykózy v těhotenství jsou zvýšené hladiny estrogenů, které způsobí i zvýšené hromadění glykogenu v poševních epitelích, zvýšené množství glykogenu stimuluje candidu albicans k růstu a tvorbě invazivních hyfových forem. Některé studie dokazují i přímou stimulaci růstu candid pomocí estrogenů. (9) Podle dostupných studií vaginální mykóza nemá na průběh těhotenství podstatný vliv, nezvyšuje riziko předčasného porodu ani předčasného odtoku plodové vody. Některé kmeny candid mohou být potenciálně nebezpečné u předčasně narozených dětí, zvláště v nejnižších váhových kategoriích.

3 Bakteriální vaginóza

Bakteriální vaginóza je charakterizovaná změnou vaginální mikroflóry – poklesem počtu laktobacilů a přemnožením smíšené anaerobní bakteriální flóry. Nejčastějším příznakem u žen s bakteriální vaginózou je šedavý, řídký nehnisavý výtok s rybím zápachem, pochva je bez zarudnutí a příznaky jako svědění, pálení a dyspareunie nebývají přítomné. Bakteriální vaginóza je obvykle polymikrobní, nejčastěji je přítomná *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides sp.*, *Peptostreptococcus sp.*, *Fusobacterium sp.*, *Prevotella*. (20) Typickou vlastností bakteriální vaginózy je chybění zánětu, pokud jsou přítomny projevy zánětu, je nutné myslet na jinou diagnózu, například cervicitidu, trichomoniázu, kandidózu či aerobní vaginitidu. Při diagnostice jsou zlatým standardem čtyři Amselovy kritéria:

- přítomnost řídkého homogenního výtoku, který adhezuje na poševní stěny
- vaginální pH nad 4,5
- po alkalizácii výtoku roztokem KOH je přítomný typický rybí odér
- přítomnosti klíčových buněk v nátěru

Když jsou přítomna minimálně 3 kritéria, je možné stanovit diagnózu bakteriální vaginózy. (1) Samotnou *Gardnerellu vaginalis* je možno najít i u určitého procenta zdravých žen, proto její nálezy k diagnóze bakteriální vaginózy nestačí. (3)

Bakteriální vaginóza se vyskytuje u 20% těhotných žen a bývá asociována s předčasným porodem a pozdním potratem. Často spontánně vymizí i bez léčby a většina žen s diagnostikovanou vaginózou na začátku těhotenství nemá perzistující dysmikrobiu v pozdější graviditě. (12) Mechanismus, kterým bakteriální vaginóza způsobuje předčasný porod není zcela znám. Možným vysvětlením je, že ovlivňuje hostitelské obranné mechanismy a tím umožňuje ascenzi mikroorganismů a vznik intrauterinní infekce. Ženy s imunitní hyporeakcí nejsou schopné bránit se bakteriální náloži a jsou vnímavé k vzestupné infekci. (17) Na druhé straně ženy, které reagují na bakteriální stimuly vystupňovanou produkcí cytokinů, mohou mít rovněž zvýšené riziko předčasného porodu, právě kvůli nadměrné imunitní reakci a zvýšené produkci prostaglandinů.

Bakteriální vaginóza více než dvakrát zvyšuje riziko předčasného porodu u asymptomatických pacientek a zvyšuje rovněž riziko pozdního potratu. (13)

4 Mycoplasma a ureaplasma

Mycoplasma a ureaplasma jsou nejmenší organismy, které jsou schopné se samostatně rozmnožovat. Oba kmeny jsou schopny u člověka indukovat zánět. Ureaplazmata jsou schopná adheze na erytrocyty, neutrofilu, spermatozoa a uretrální epitelální buňky a přímo aktivovat komplement. Sekreční produkty metabolismu mykoplazmat a ureaplazmat mohou působit lokálně cytotoxičtější. Oba kmeny bakterií jsou často přítomny nejen u bakteriální vaginózy, ale i u smíšených genitálních infekcí a zánětů.

Mycoplasma hominis a *Ureaplasma* jsou asociována s některými stavy, které komplikují průběh těhotenství a vývoj plodu, jako je chorionamnionitida, předčasný porod, postpartální myometritida, růstová restrikce plodu, spontánní potrat, porod mrtvého plodu a neonatální pneumonie. Intrauterinní infekce plodu vede k produkci cytokinů, které stimulují deciduu a myometrium k produkci prostaglandinů a ke kontrakcím a předčasnému porodu. Ureaplazmata jsou nejčastěji izolované mikroorganismy z amniové tekutiny u žen s předčasným porodem. (4) Tyto bakterie mohou být izolovány z amniové tekutiny již v 16. týdnu gravidity a mohou vést k chronické klinicky němé infekci, která vede k předčasnému porodu za několik týdnů. (22)

5 Aerobní vaginitida

Jedná se o poměrně novou nozologickou jednotku, v minulosti byla pravděpodobně diagnostikována jako bakteriální vaginóza, od které se odlišuje hlavně mikroskopickým nálezem:

- vaginální sekret obsahuje větší množství leukocytů
- v sekretu jsou přítomny parabazální epitaliální bunky
- z bakterií jsou přítomny malé tyčky a hlavně koky

Přítomnost parabazálních buněk je příznakem zánětu, proto bývá aerobní vaginitida označována jako deskvamativní inflamatorní vaginitida. (18) Hlavním rozdílem mezi bakteriální vaginózou a aerobní vaginitidou je leukocytární odpověď a produkce proinflamačních cytokinů. Zatímco bakteriální vaginóza je dysmikrobie bez zánětlivé složky, aerobní vaginitida je typický poševní zánět. U aerobní vaginitidy jsou výrazně vyšší hodnoty interleukinů v poševním sekretu oproti bakteriální vaginóze. (7) Existuje jasná korelace mezi aerobní vaginitidou a streptokokem skupiny B, zlatým stafylokokem a *Escherichia coli*. Důležitou roli hraje právě streptokok skupiny B, který in vitro dokáže potlačovat růst laktobacilů. (11)

Příznaky aerobní vaginitidy je žlutavý hnisavý výtok, zarudnutí poševní stěny a dyspareunia. U aerobní vaginitidy se produkuje vysoké množství vaginálních prozánětlivých cytokinů, které jsou potenciálně zodpovědné za provokaci předčasných kontrakcí, chorionamnionitidy a předčasného odtoku plodové vody. Riziko předčasného porodu a pozdního potratu je u aerobní vaginitidy zvýšené až trojnásobně, zvláště při převaze gram pozitivních koků ve vaginálním sekretu. (6)

6 *Trichomonas vaginalis*

Trichomoníáza je nejčastější neviróvá sexuálně přenosná infekce v USA, s výskytem 7,4 milionu nových případů ročně. (19) *Trichomonas vaginalis* se nachází v pochvě přibližně u 3 % žen v reprodukčním věku, u těhotných byla zjištěna ve 13 %. (5,16)

Trichomoníáza může probíhat bezpříznakově, zvláště ve chronickém stadiu. Typickým projevem bývá zpěněný výtok, pálení pochvy, dyspareunie, nebo chronické bolesti v podbříšku. Přítomnost *Trichomonas vaginalis* v pochvě zvyšuje riziko vzniku cervicitidy, metritidy a pelvic inflammatory disease, zvyšuje rovněž riziko akvizice některých pohlavně přenosných virových nákaz, například HIV a HPV.

Trichomonády produkují adhezni proteiny, cysteinové proteázy a lipofosfoglykan, které aktivují mateřskou zánětlivou odpověď a stimulují produkci cytokinů. (8) Stimulace lokální vaginální ale i systémové imunitní odpovědi je spojena s nepříznivým výsledkem těhotenství, jako je předčasný porod, předčasný odtok plodové vody a nízká porodní hmotnost. (2) Byl prokázán i vyšší výskyt mentální

retardace u novorozenců žen s trichomoniázou v graviditě, tato asociace byla nezávislá od počtu přechasných porodů. Možnou příčinou je postižení vývoje mozku novorozence chronickou zánětlivou odpovědí matky. (14)

7 Herpes genitalis

Herpes genitalis je nejčastější pohlavně přenosné onemocnění v USA. Je způsobené herpes virem typu 2, ale v poslední době je patrný nárůst počtu genitálních infekcí způsobených virem typu 1.

Dle imunitního stavu ženy a průběhu onemocnění můžeme infekci rozdělit následujícím způsobem na:

- primární infekce
- non primární infekce
- rekurentní infekce.

Primární infekce se vyskytuje u žen, které nemají protilátky proti žádnému typu herpetického viru, nepřekonalý tedy ani labiální formu onemocnění. Vzhledem k podobnosti obou typů viru, protilátky proti jednomu typu částečně brání rozvoji závažné infekce typem druhým. Primární infekce bývá často rozsáhlá, postihuje celou oblast vulvy, kromě typických herpetických lézí jsou přítomny exkoriace, zarudnutí, olupování epidermis a velká bolestivost genitálu. V závažných případech dochází i k retenci moči. Non primární infekce se vyskytuje u žen, které měly labiální formu herpesu a mají zkřížené protilátky. Projevy nejsou tak manifestní jako u primárních lézí. Rekurentní výsev je opakovaný projev onemocnění u žen s protilátkami proti danému viru, léze bývají lokalizované, menší a méně bolestivé.

Riziko přenosu na plod závisí na stadiu těhotenství a typu infekce. Při primární infekci v I. trimestru je riziko přenosu 2% ve III. trimestru až 50%.

Při výsevu infekce v anogenitální oblasti je virus vylučován poševní sliznicí, proto je vždy indikován císařský řez. U primární infekce ve III. trimestru je riziko vylučování tak vysoké, že je indikován císařský řez i po vyléčení lézí. Plod může být infikován in utero, pak jsou projevy analogické s TORCH syndromem (mikroftalmie, mikrocefalie, kalcifikace mozku), k 85 % infekcí plodu dochází během porodu. Neonatální herpes je potenciálně smrtelné onemocnění postihující kůži, parenchymatozní orgány a nervový systém plodu.

Literatura

1. Amsel, R., Totten, P.A., Spiegel, C.A., Chen, K.C., Eschenbach, D., Holmes, K.K.: Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am.J.Med. 74:14,1983.

2. Anderson, B.L., Cosentino, L.A., Simhan, H.N., Hillier, S.L.: Systemic immune response to *Trichomonas vaginalis* infection during pregnancy. *Sex Transm.Dis.* 34:392,2007.
3. Aroutcheva, A.A., Simoes, J.A., Behbakht, K., Faro, S.: *Gardnerella vaginalis* isolated from patients with bacterial vaginosis and from patients with healthy vaginal ecosystems. *Clin.Infect.Dis.* 33:1022,2001.
4. Cassell, G.H., Davis, R.O., Waites, K.B., Brown, M.B., Marriott, P.A., Stagno, S., Davis, J.K.: Isolation of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* from amniotic fluid at 16-20 weeks of gestation: potential effect on outcome of pregnancy. *Sex Transm.Dis.* 10:294,1983.
5. Cotch, M.F., Pastorek, J.G., Nugent, R.P., Hillier, S.L., Gibbs, R.S., Martin, D.H., Eschenbach, D.A., Edelman, R., Carey, J.C., Regan, J.A., Krohn, M.A., Klebanoff, M.A., Rao, A.V., Rhoads, G.G.: *Trichomonas vaginalis* associated with low birth weight and preterm delivery. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Sex Transm.Dis.* 24:353,1997.
6. Donders, G.G., Van, C.K., Bellen, G., Reybrouck, R., Van den Bosch, T., Riphagen, I., Van, L.S.: Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy. *BJOG.* 116:1315,2009.
7. Donders, G.G., Vereecken, A., Bosmans, E., Dekeersmaecker, A., Salembier, G., Spitz, B.: Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *BJOG.* 109:34,2002.
8. Fichorova, R.N., Trifonova, R.T., Gilbert, R.O., Costello, C.E., Hayes, G.R., Lucas, J.J., Singh, B.N.: *Trichomonas vaginalis* lipophosphoglycan triggers a selective upregulation of cytokines by human female reproductive tract epithelial cells. *Infect.Immun.* 74:5773,2006.
9. Fidel, P.L., Jr., Cutright, J., Steele, C.: Effects of reproductive hormones on experimental vaginal candidiasis. *Infect.Immun.* 68:651,2000.
10. Hawes, S.E., Hillier, S.L., Benedetti, J., Stevens, C.E., Koutsky, L.A., Wolner-Hanssen, P., Holmes, K.K.: Hydrogen peroxide-producing lactobacilli and acquisition of vaginal infections. *J.Infect.Dis.* 174:1058,1996.
11. Honig, E., Mouton, J.W., van der Meijden, W.I.: Can group B streptococci cause symptomatic vaginitis? *Infect.Dis.Obstet.Gynecol.* 7:206,1999.
12. Larsson, P.G., Platz-Christensen, J.J.: Enumeration of clue cells in rehydrated air-dried vaginal wet smears for the diagnosis of bacterial vaginosis. *Obstet.Gynecol.* 76:727,1990.
13. Leitich, H., Kiss, H.: Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. *Best.Pract.Res.Clin.Obstet.Gynaecol.* 21:375,2007.
14. Mann, J.R., McDermott, S., Barnes, T.L., Hardin, J., Bao, H., Zhou, L.: Trichomoniasis in pregnancy and mental retardation in children. *Ann.Epidemiol.* 19:891,2009.

15. Priestley, C.J., Jones, B.M., Dhar, J., Goodwin, L.: What is normal vaginal flora? *Genitourin.Med.* 73:23,1997.
16. Simhan, H.N., Anderson, B.L., Krohn, M.A., Heine, R.P., Martinez de, T.B., Landers, D.V., Hillier, S.L.: Host immune consequences of asymptomatic *Trichomonas vaginalis* infection in pregnancy. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 196:59,2007.
17. Simhan, H.N., Caritis, S.N., Krohn, M.A., Martinez de, T.B., Landers, D.V., Hillier, S.L.: Decreased cervical proinflammatory cytokines permit subsequent upper genital tract infection during pregnancy. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 189:560,2003.
18. Sobel, J.D.: Desquamative inflammatory vaginitis: a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 171:1215,1994.
19. Sobel, J.D.: What's new in bacterial vaginosis and trichomoniasis? *Infect. Dis.Clin.North Am.* 19:387,2005.
20. Spiegel, C.A.: Bacterial vaginosis. *Clin.Microbiol.Rev.* 4:485,1991.
21. Usui, R., Ohkuchi, A., Matsubara, S., Izumi, A., Watanabe, T., Suzuki, M., Minakami, H.: Vaginal lactobacilli and preterm birth. *J.Perinat.Med.* 30:458,2002.
22. Waites, K.B., Katz, B., Schelonka, R.L.: Mycoplasmas and ureaplasmas as neonatal pathogens. *Clin.Microbiol.Rev.* 18:757,2005.
23. Witkin, S.S., Linhares, I.M., Giraldo, P.: Bacterial flora of the female genital tract: function and immune regulation. *Best.Pract.Res.Clin.Obstet.Gynaecol.* 21:347,2007.
24. Zhou, X., Bent, S.J., Schneider, M.G., Davis, C.C., Islam, M.R., Forney, L.J.: Characterization of vaginal microbial communities in adult healthy women using cultivation-independent methods. *Microbiology* 150:2565,2004.

*J. Záhumenský
Budínova 2
180 00 Praha 8 - Libeň*

ZÁKLADNÍ INFORMACE O PROBLEMATICE OSVOJENÍ A PROCESU PŘEVZETÍ DÍTĚTE DO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE

PhDr. Monika Kovalčíková

Dětské centrum Domeček, p.o., Ostrava - Zábřeh

Problematika náhradní rodinné péče, zvláště pak osvojení je tématem, se kterým se porodní asistentky během výkonu své praxe setkávají. Domnívám se, že mnohé z nich mají o této oblasti spíše kusé základní informace, které jim bohatě postačují. Přesto se mohou najít takoví, kteří o tuto problematiku projeví větší zájem a budou si chtít rozšířit své znalosti o konkrétnější údaje vztahující se právě k osvojení, procesu podávání žádosti o náhradní rodinnou péči, posuzování žadatelů, převzetí dítěte z ústavního pobytového zařízení za účelem náhradní rodinné péče. Právě těmto zájemcům je určen tento příspěvek.

Na úvod několik obecnějších, definujících slov k danému tématu:

Náhradní rodinná péče je určena dětem, které z nějakého důvodu nemohou vyrůstat u vlastních (biologických) rodičů. Jejím cílem je zajistit těmto dětem přechodnou, dlouhodobou nebo trvalou péči v rodině náhradní. Zákon o rodině rozlišuje tyto formy náhradní rodinné péče: osvojení, pěstounskou péči, poručenství a svěření dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče.

Zaměřme se nyní více na problematiku osvojení: Osvojení, neboli adopce je jednoznačně dlouhodobě nejžádanější formou náhradní rodinné péče v České republice, což dokládají i statistiky Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. (Pro představu: Statistiky MPSV ČR uvádějí následující údaje: v roce 2006 bylo podáno celkem 912 žádostí o osvojení a 510 žádostí o pěstounskou péči. V roce 2007 byla situace velmi obdobná, bylo podáno celkem 909 žádostí o osvojení a 568 žádostí o pěstounskou péči. V roce 2008 pak bylo podáno 790 žádostí o osvojení a 612 žádostí o pěstounskou péči.)

Konkrétně osvojení je právně zakotveno v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů (blíže viz § 63 - 77) a v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně - právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (§ 19-27).

Osvojení je tedy velmi specifickou formou náhradní rodinné péče, o které může rozhodnout jedině opatrovnické oddělení soudu svým pravomocným rozsudkem. Nezbytnou podmínkou osvojení je přiměřený věkový rozdíl mezi osvojencem a osvojitelem, přičemž osvojit lze pouze dítě nezletilé. Osvojitelé musí být způsobilí k právním úkonům a může se jednat buď o manželskou dvojici, manžela/ku rodiče dítěte či osamělou osobu.

Při soudním jednání o osvojení, které zpravidla probíhá u okresního soudu dle místa trvalého bydliště dítěte, musí soudce poučit osvojitele o účelu, obsahu i důsledcích osvojení. Soud si dále musí vyžádat lékařská vyšetření zdravotního stavu osvojitelů i dítěte, prověřit správnost motivace osvojitelů, jejich dispozice pro péči a výchovu dítěte. Osvojitelé musí rovněž zaručovat svým způsobem života, že osvojení bude dítěti ku prospěchu.

Podstatnou skutečností je, že osvojením zanikají práva a povinnosti původní (biologické) rodiny dítěte a mezi osvojitelem a osvojencem vzniká takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi. Příbuzní osvojitelů se tak stávají příbuznými osvojeného dítěte. Dítě následně po nezrušitelném osvojení získává příjmení nových-náhradních rodičů, může mu být rovněž pozměněno křestní jméno, a poměrně nově i rodné číslo, respektive jako koncovka.

Nejdříve může k osvojení dojít po třech měsících pobytu dítěte v náhradní rodině, v tzv. předadopční péči nebo také preadopční či zatímní péči, která zahrnuje dobu, kdy je dítě předáno na základě rozhodnutí orgánu sociálně-právní ochrany dětí do péče budoucích osvojitelů, a trvá až do pravomocného rozsudku opatrovnického soudu o osvojení dítěte. Po tuto dobu dítě pobývá v rodině budoucích osvojitelů na jejich náklady. Minimální délka pobytu dítěte v této péči je tři měsíce. Maximální délka předadopční péče není nijak upravena.

Nezletilé dítě může být předáno do péče budoucích osvojitelů pokud:

- rodiče dítěte (v případě nezletilého rodiče také zákonní zástupci rodiče dítěte) udělili buď před soudem, nebo před příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí souhlas s osvojením (nejdříve 6 týdnů po porodu dítěte)
- soud potvrdil dvoutměsíční absolutní nezájem o dítě ze strany jeho zákonných zástupců
- soud potvrdil opravdový šestiměsíční nezájem o dítě ze strany jeho zákonných zástupců
- rodiče dítěte zemřeli nebo byli zbaveni či omezeni ve způsobilosti k právním úkonům
- rodiče dítěte byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti

Obecně můžeme hovořit o tom, že děti vhodné pro předání do osvojení jsou převážně co nejmenšího věku, minimálních zdravotních, výchovných a psychosociálních obtíží, s dobrou vývojovou prognózou. Existují však samozřejmě i výjimky. Někteří rodiče si vědomě osvojují děti s různými handicapem nebo děti nemocné.

Z mých zkušeností sociální pracovnice dětského centra vyplývá, že zájem o osvojení romského dítěte není tak ojedinělý, jako tomu bylo dříve. Častější je však osvojení poloromského dítěte.

Zákon o rodině rozlišuje dva typy osvojení:

- **Osvojení zrušitelné** (dříve označované jako osvojení prosté, obyčejné) někdy také nazývané jako osvojení prvního stupně, které má tyto základní znaky:
 - osvojitelé se nezapisují do matriky jako rodiče

- může být zrušeno z vážných důvodů na návrh osvojitelů či osvojence
 - může být soudem změněno na nezrušitelné
 - zrušitelně osvojeno může být dítě i mladší roku věku, které je minimálně tři měsíce v předadopční péči
- **Osvojení nezrušitelné**, jinými slovy osvojení druhého stupně, které se vyznačuje těmito hlavními znaky:
 - osvojitelé jsou zapsáni v matrice místo biologických rodičů
 - nelze jej zrušit
 - nezrušitelně osvojeno může být jen dítě starší jednoho roku věku, které je minimálně 3 měsíce v předadopční péči

Když zmiňuji druhy osvojení, pak je třeba také uvést fakt, že Česká republika ratifikovala v roce 2000 Úmluvu o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení (tzv. Haagskou úmluvu), čímž se stalo reálné tzv. mezinárodní osvojení, tedy osvojení českých dětí do ciziny a zároveň dětí cizinců do České republiky. Do roku 2008 spolupracovala Česká republika pouze s některými evropskými státy. Od dubna 2008 byla navázána spolupráce také s USA.

Jen pro doplnění – k osvojení dítěte do ciziny je nutná spolupráce a souhlas Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí se sídlem v Brně. U tohoto typu osvojení je podmínkou „neudatelnost“ konkrétního dítěte na celém území České republiky. Což jinými slovy znamená, že se v ČR nepodařilo nalézt takové náhradní rodiče, kteří by byli ochotní a schopní převzít si dané dítě do náhradní rodinné péče. Ze statistiky Úřadu pro mezinárodněprávní ochrany dětí v Brně vyplývá, že v roce 2008 bylo osvojeno do ciziny 24 dětí, v roce 2009 celkem 28 dětí (9 dětí osvojeno do Itálie, 7 do Dánska, 6 do Švédska, 5 do Německa a jedno do Francie).

V úvodu příspěvku bylo slíbeno, že se čtenáři dozvědí také něco málo o procesu a dění, které by je nemělo minout v případě, že se rozhodnout převzít si dítě do náhradní rodinné péče. Pro upřesnění- nemusí se jednak pouze o převzetí si dítěte za účelem osvojení, ale také za účelem pěstounské péče, či péče poručenské. Tak tedy: V prvé řadě je třeba zdůraznit, že tyto manželské páry či jednotlivci mají před sebou poměrně dlouhé a pro mnohé i těžké období, které je často zkouškou jejich trpělivosti, odvahy i motivace. V ideálním případě pak jejich „cesta za dítětem“ končí převzetím nezletilého dítěte do péče a právním dořešením situace v jejich prospěch, i prospěch dítěte. Stává se však, že někteří žadatelé cestu „vzdají“, a stává se i to, že někteří během „čekání“ na dítě pozmění své původní představy a své požadavky korigují. Má pátnáctileté zkušenosti s problematikou náhradní rodinné péče ukazují, že naprostá většina žadatelů chce získat do své péče dítě co nejmenšího věku, ženského pohlaví, neromského etnika, nezávažných zdravotních obtíží, co nejméně problémových biologických rodičů. Bohužel, právě takových dětí je poměrně málo, a proto není divu, že „čekací lhůty na dítě“ jsou v České republice zpravidla několikaleté.

Obecně lze rozdělit „cestu za dítětem“ na několik fází: období přípravy, období posuzování, období očekávání a období převzetí dítěte. Blíže k jednotlivým údobím:

1. Období přípravy:

Počáteční fázi můžeme nazvat obdobím přípravy. Zde zahrnujeme jednak první kontakt žadatelů (přesněji tedy budoucích osvojitelů, pěstounů či poručníků) s pracovníkem úřadu (dle místa jejich trvalého bydliště), konkrétně sociální pracovníci - zaměstnankyní odboru sociálních věcí, oddělení sociálně-právní ochrany dětí na úseku náhradní rodinné péče.

Dále zde patří dodání potřebných dokladů na zmiňovaný úřad. Což znamená doložit: vyplněnou žádost o náhradní rodinnou péči s uvedením konkrétní formy, o kterou mají žadatelé zájem (= v žádosti musí být přesně uvedeno, zda žadatelé budou usilovat o osvojení, nebo pěstounskou péči či poručenství), doklad o státním občanství, zprávu o zdravotním stavu žadatelů, údaje o ekonomické situaci v rodině.

Poté přichází na řadu návštěva sociální pracovníce úřadu v domácím prostředí žadatelů, následné zkompletování jejich spisové dokumentace (přičemž je dokumentace doplněna o zprávu o sociálních poměrech, opisy z evidence Rejstříku trestů žadatelů, písemný souhlas s účastí na přípravě fyzických osob k přijetí dítěte do rodiny a stanovisko úřadu k žádosti). Celá spisová dokumentace je posléze podstoupena příslušnému pracovišti krajského úřadu daného kraje, odboru sociálních věcí.

2. Období posuzování:

Na období přípravy navazuje fáze posuzování budoucích rodičů. To probíhá v několika úrovních a je realizováno multidisciplinárním týmem odborníků z praxe. Příprav by se měl v každém případě účastnit jednak sociální pracovník, který se bude také vyjadřovat k vhodnosti či nevhodnosti žadatelů pro zařazení do evidence, a jednak také psycholog, který bude žadatele vyšetřovat. Součástí přípravy by měla být i práce s širší žadatelovou rodinou (např. účast vlastních dětí na víkendovém pobytu). Odborné posuzování provádí příslušný krajský úřad, případně ministerstvo práce a sociálních věcí.

Posuzování a odborná příprava zahrnují několik párových (individuálních) a skupinových setkání. Jsou realizovány především formou besed, přednášek, seminářů, ale také vychází z rozhovorů a zážitkových technik, které mají zapojit žadatelé do interakce. Ministerstvo práce a sociálních věcí doporučuje realizovat jeden běh příprav pro maximální počet 20 účastníků (10 párů žadatelů) v rozsahu 48 hodin. Příprava profesionálních pěstounů (tedy pěstounů poskytujících dle novely zákona o rodině platné od 1.7.2006 tzv. pěstounskou péči na přechodnou dobu) by měla být obsáhlejší (měla by zahrnovat alespoň 70 hodin).

Samotné posuzování začíná prostudováním příslušné spisové dokumentace, a pokračuje psychologickým vyšetřením žadatelů zahrnujícím individuální a párový rozhovor, strukturované dotazníky, a užití dalších diagnostických technik.

Konkrétně by tato část posuzování měla přinést odpovědi na 2 základní otázky:

- do jaké míry jsou žadatelé způsobilí pro danou formu náhradní rodinné péče. Což vede ke zkoumání a zjišťování charakteristik osobnosti žadatelů, jejich psychického stavu, výchovných zkušeností, stability manželského či partnerského soužití a kvality rodinného prostředí.
- jak jsou žadatelé aktuálně připraveni pro převzetí dítěte do péče. Tedy: jaké mají představy o dítěti, požadavky, nároky na něj, zda jsou schopni tolerance, jakou odlišnost jsou schopni připustit, jaká je motivace jejich žádosti, jaké jsou jejich materiální podmínky a jaký je jejich aktuální zdravotní stav.

Do přípravy by měly být zařazovány jak pasivnější, tak i dynamické bloky, které předpokládají větší aktivitu všech aktérů, aby bylo možné seznámit se s jejich zkušenostmi, názory. Je možné zapojit také zážitkové prvky, jako např. modelové situace či psychologické hry podporující rozvoj rodičovských kompetencí. Vhodné je rovněž zařazení relaxačních technik.

Rozlišujeme přípravu teoretickou (zahrnující blok přednášek, besed, seminářů s odborníky) a praktickou (víkendový pobyt žadatelů za přítomnosti přizvaných již existujících náhradních rodin s dětmi, a také společná návštěva žadatelů (formou exkurze) některého ústavního zařízení pro děti. Asi 50 % obsahové náplně přípravných kurzů by se mělo věnovat otázkám psychologickým a výchovným (zde patří: charakteristika dětí v náhradní rodinné péči, specifika péče o tyto děti, psychologie dětí v náhradní rodinné péči, péče o děti se specifickými potřebami, prožívání dětí, role náhradního rodiče v životě dítěte, biologická rodina dítěte a její význam pro dítě, řešení krizových situací, vlastní děti a širší rodina žadatelů, práce s historií dítěte, péče o dítě jiného etnika, péče o sourozenecké skupiny, péče o dospívající dítě, možnosti poradenství a další spolupráce pro náhradní rodiny).

Asi 30 % se týká otázek medicínských (např.: vývoj dítěte, rodinná anamnéza, osobní anamnéza, péče o nemocné dítě, zátěž v biologické rodině) a přibližně 20 % otázek sociálně-právních (zprostředkování náhradní rodinné péče, soudní jednání, nárok na dávky státní sociální podpory, doklady dítěte).

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí hovoří také o specifické formě přípravy, která je alternativní formou v odůvodněných případech, např. u žadatelů, kteří si přejí zůstat v anonymitě, nebo kterým vážné důvody neumožňují účast na běžné formě přípravy. Důvody individuálně posuzuje úřad.

3. Období očekávání:

Fázi posuzování střídá období očekávání. Tady je třeba zmínit fakt, že každý region České republiky má různou „čekací dobu“. Záleží především na tom, jaké si uvedli žadatelé představy o dítěti, které si chtějí převzít.

Obecně lze říci, že na „zdravé“ miminko nerómského etnika se „čeká“ nejdéle, a to v průměru 3-5 let. Relativně krátce se „čeká“ na sourozenecké dvojice či trojice či na děti rómského etnika. Obecně také platí, že je vždy méně dětí právně volných pro osvojení, než pro předání do pěstounské péče.

Mezi odborníky na problematiku náhradní rodinné péče převažuje názor, že celkové čekání na dítě by od chvíle podání žádosti až po převzetí dítěte domů, mělo trvat minimálně devět měsíců, stejně tak, jako trvá fyziologické těhotenství ženy. Na rodičovství je totiž třeba se připravit nejen materiálně, ale i psychicky.

4. Převzetí dítěte

O výběru konkrétních žadatelů pro konkrétní dítě rozhoduje tzv. poradní sbor, který je zřizován hejtnanem kraje právě pro účely zprostředkování náhradní rodinné péče. Jeho členové jsou pověřeni zaměstnanci příslušného krajského úřadu, a také především odborníci na problematiku náhradní rodinné péče z řad pracovníků úřadů a pobytových zařízení pro děti. Výsledkem setkání členů poradního sboru by mělo být jejich doporučení týkající se výběru vhodných žadatelů pro vytipované dítě.

Samotnému aktu převzetí dítěte do náhradní rodinné péče předchází pozvání si vybraných žadatelů na příslušný krajský úřad a předání informací o konkrétním dítěti těmto žadatelům. Nezbytné je zajištění možnosti seznámení se a kontakt žadatelů s vybraným dítětem.

Období převzetí je obdobím již téměř konečným, ale ne posledním, protože nové rodiče čeká ještě řada administrativně-právních úkonů, které je třeba dořešit.

V této fázi je nutná spolupráce konkrétního zařízení pro děti (např. dětského domova, kojeneckého ústavu, dětského centra, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc) spolu s úřady dle místa trvalého bydliště dítěte, trvalého bydliště náhradních rodičů a příslušného krajského úřadu či ministerstva práce a sociálních věcí. Důležité, jak pro další osud dítěte, tak i pro náhradní rodiče, je podání vyčerpávajících informací ze strany personálu zařízení týkající se rodinné i osobní anamnézy dítěte, jeho vývoje, zdravotního i psychického stavu, intelektových schopností, chování, výchovně-vzdělávacích obtíží, případné prognózy, průběhu pobytu, důvodů umístění do zařízení, délky pobytu v zařízení, adaptačních potíží, osobnostních rysů, původu dítěte, a také případného kontaktu biologické rodiny a dalších osob s dítětem. Neméně zásadní je kontakt náhradních rodičů s dítětem ve formě tzv. zácviku v péči o toto konkrétní dítě a zvykání si na sebe navzájem. Zácvik řeší každé zařízení zcela individuálně, někdo preferuje opakované kontakty, jiný zase návštěvy dítěte v náhradní rodině, ... - vše by mělo souviset s věkem dítěte, jeho osobnostními rysy, adaptačními či intelektovými schopnostmi.

Vyvrcholením situace by pak mělo být právní dořešení situace, tedy konkrétně soudní jednání o osvojení, pěstounské péči, poručenství, vyřizování nových dokladů pro dítě, atd. V případě pěstounské péče a poručenství automaticky přetrvává

i nadále nutnost spolupráce náhradní rodiny se soudy a pracovníky oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Další spolupráce s „domovským“ pobytovým zařízením pro děti je již nepovinná, ale samozřejmě možná a vítaná. Náhradní rodiče by měli být opakovaně informováni o možnostech odborného poradenství, kterého mohou využívat v případě potřeby. Dnes je již možností pomoci náhradním rodinám hned několik. Zmíním tedy velmi stručně:

- Zpravidla žádné zařízení předávající dítě do náhradní rodinné péče se nebrání dalším kontaktům s náhradní rodinou. V případě potřeby je možné vyhledat konkrétního pracovníka zařízení (většinou sociální pracovníci, psycholog, lékař, vychovatele, speciálního pedagoga) a konzultovat s ním starosti související např. s výchovou a péčí o přijaté dítě. Při některých zařízeních dokonce existují Kluby náhradních rodičů, jejichž cílem je poradenství pro náhradní rodiny poskytované erudovanými pracovníky zařízení, předávání zkušeností mezi náhradními rodinami navzájem, ale také různé přednášky, setkávání a akce pořádané pro celé náhradní rodiny. Pro pracovníky zařízení je tak možná zpětná vazba a získávání informací o tom, jak se dítěti v nové rodině daří, jak prospívá a jaký vztah a atmosféra v nové rodině panují.
- náhradní rodiče se také mohou obrátit s žádostí o radu či konzultaci na pracovníky poraden pro náhradní rodinnou péči. Tyto mají v různých regionech různou podobu, zřizovatele i název. Většinou se jedná o ty organizace, které zajišťují či se jinak podílejí již na přípravě žadatelů o náhradní rodinnou péči.
- V ČR rovněž existuje celá řada neziskových organizací, sdružení, středisek, které v nabídce svých služeb uvádějí také problematiku náhradní rodinné péče.
- náhradní rodiče se však mohou obracet se svými starostmi objevujícími se v průběhu trvání náhradní rodinné péče na celou síť poraden pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, dále pak na Linky důvěry, pedagogicko-psychologické poradny, soukromé psychology, psychiatry, terapeuty.

Tolik tedy ve stručnosti k problematice osvojení a okrajově také k procesu, kterým procházejí žadatelé o náhradní rodinnou péči. Výše uváděné dokládá, že tato problematika je složitá, nicméně má svou metodiku, svá přesně daná pravidla a co je nejdůležitější je to, že mnohým dětem přináší možnost, jak prožít život s vědomím toho, že mají domov a rodiče, i když ne původně biologické.

Literatura:

1. Metodické doporučení MPSV č.7/2009 k odbornému posuzování žadatelů o zprostředkování náhradní rodinné péče. Praha: MPSV, 2009
2. Metodické doporučení MPSV č.8/2009 k postupu a cílům psychologického vyšetření žadatelů o osvojení nebo pěstounskou péči. Praha: MPSV, 2009

3. Novotná, V., Průšová, L. K vybraným otázkám osvojování dětí. Praha: Linde, 2004. ISBN 80-86131-56-4
4. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006. Praha: Fokus, 2007. ISBN 978-80-86878-54-6
5. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007. Praha: Fokus, 2008. ISBN 978-80-86878-83-6
6. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008. Praha: Fokus, 2009. ISBN 978-80-7421-004-4
7. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů
8. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů
9. Zpráva o činnosti Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí v roce 2009. Brno: 2010

*M. Kovalčíková
Jedličkova 5
700 44 Ostrava - Zábřeh*

AROMATERAPIE JAKO POMOCNÍK PORODNÍ ASISTENTKY

DiS. A. Samková

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

1 Co je aromaterapie?

Aromaterapie je přírodní léčebná metoda. Směsi éterických olejů působí jemně ale účinně na naše mozgová centra zodpovědná za vznik emocí a následně i na tvorbu a uvolňování různých hormonů.

Tato léčebná metoda není v historii lidstva žádnou novinkou. Staří Egypťané užívali éterické oleje k balzamování a mumifikování svých mrtvých. Zmínky o aromaterapii nalezneme i v Bibli. Izraelité využívali k pomazávání svých králů vonný olej, který byl složený z aromatických látek, které vyvolávaly euforii a potlačovaly úzkost.

Ve 20. století francouzský chemik René-Maurice Gattefossé jako první použil termín aromaterapie. Objevil účinnost levandulového oleje, když si ve své laboratoři popálil ruku. Ihned jí ošetřil esenciálním olejem z levandule a stěží uvěřil nebývalé rychlému hojení. Na práci Gattefossého navázal Dr. Jean Valnet, který využíval antiseptické vlastnosti některých olejů při ošetřování zraněných vojáků ve druhé světové válce. Valentova práce se stala pro mnoho jeho následovníků opravdovou biblí aromaterapie.

V dnešní době je možné využít aromaterapii v mnoha odvětvích medicíny. Formou masáže, inhalace, léčebných koupelích, či obkladech pomáhá tato léčebná metoda „zpříjemňovat“ probíhající onemocnění.

Éterické oleje vždy působí na dvou úrovních a to fyzické a zároveň i psychické. Pokud jde o fyzické působení, může nám být tato metoda nápomocna při zvládnání různých bolestí, při nevolnostech atd. Po psychické stránce nám oleje pomáhají při vyrovnávání se s těžkou situací, osvěžují nás, pomáhají při koncentraci atp.

Těhotenství samozřejmě není nemoc. Přináší s sebou kromě dítěte samotného i mnoho změn ať už psychických nebo fyzických, se kterými se žena musí vyrovnat. A právě zde může aromaterapie se svou nenásilnou pomocí velmi dobře uspět.

2 Využití aromaterapie během těhotenství

Na začátku těhotenství může aromaterapie velmi dobře pomoci při pocitech nevolnosti, nadýmání nebo např. při pocitu napětí prsou. V průběhu těhotenství nabízí aromaterapie pomoc při zácpě, pálení žáhy, bolestech zad, vysokém krevním tlaku. Napomáhá i při tvorbě strií či při křečích v dolních končetinách. Na konci těhotenství pomáhá aromaterapie při křečových žilách, hemeroidech, ale i při edémech, které většina těhotných zažije.

Pomocí inhalace nebo masáže si může těhotná pomoci sama proti všem možným neduhům, které jiný stav přináší. Aromaterapie je alternativní léčebná metoda, která pomáhá při různých obtížích, není to ovšem metoda, která zabrání vzniku gestační hypertenze, preeklampsie apod. Může být ale velmi dobře účinná při fyziologických změnách, které těhotenství ženě přináší. Nabízí nám tedy možnost jak se „vypořádat“ přirozenými prostředky s přirozeným stavem, kterým těhotenství v naprosté většině je.

3 Proč používat aromaterapii v porodnictví?

Jako porodní asistentka pracuji 5 let. Většinu času jsem strávila na porodním sále. Porodnictví je velmi zajímavý a překvapivý obor. Každý jsme jiný a každá žena, která přichází k porodu rodí nové dítě, novou osobnost. Už jen díky tomu nás porodnictví neustále v něčem překvapuje.

Co by porodní asistentka mám za úkol provést ženu a dítě bezpečně porodem, který je pro ně oba vlastně první zkouškou souznění. Porod by měl být pro ženu a dítě v pozitivním slova smyslu nezapomenutelným zážitkem. Ne vždy tomu tak opravdu je a porodní asistentky, by měly stále hledat možnosti a nové přístupy, které různým ženám mohou různě pomoci, aby byl tento okamžik v životě posilujícím okamžikem a ne naopak.

Bolesti, které během porodu žena prožije jsou svým charakterem naprosto odlišné od jiných bolesti, které v životě zažijeme. Porodní bolest je způsobená tlakem dítěte na porodní cesty, jejich postupným otvíráním a následně vypuzením dítěte z těla matky ven. Na konci tohoto bolestivého procesu dostane tedy žena tzv. odměnu za prožitá utrpení. Za jakoukoliv jinou bolest, kterou prožijeme většinou žádnou odměnu nedostaneme, maximálně nám lékaři uleví tím, že nám např. vytrhnou zub, sešijí řeznou ránu apod.

Většina žen chápe, že bolest k porodu patří, je potřebná a není možné se jí vyhnout. Přirozenost člověku ovšem velí, aby každé bolesti unikl, aby s ní nějakým způsobem bojoval. Úkolem porodní asistentky je pomoci ženě se během těchto bolesti uvolnit a nebojovat proti vlastnímu tělu, čili proti vlastnímu dítěti. Aromaterapie nám v tomto „boji“ nabízí mnoho prostředků, jak uvolnit nejen tělo, ale hlavně psychiku, která je většinou za průběh porodu nejvíce zodpovědná.

4 Jak a kdy využít aromaterapii během porodu?

Využití aromaterapie během porodu není žádnou novinkou. Mnoho porodních asistentek, které působí na porodních sálech používá tuto alternativní metodu. Většina využívá různé směsi éterických olejů, podle svých znalostí a možností. V ÚPMD si směsi mícháme sami podle našeho návodu a záleží na každé z nás, zda aromaterapii v průběhu porodu použijeme. Naše maminky vědí, že tuto metodu mohou využít a mnohdy si i samy přinesou vlastní směsi olejů, které poté během porodu používáme.

Když rodička přijde na porodní box, tak se jí porodní asistentka představí a proberou spolu pravděpodobný průběh porodu. Během tohoto seznámení by měla porodní asistentka podhalovat a zjišťovat, jaké představy a potřeby žena během porodu má a bude mít. Sledujeme jak rodička vnímá a prožívá porodní bolesti a hledáme a nabízíme jí možnosti, jak jí pomoci. Naší velkou nevýhodou je, že rodičku neznáme. Nevíme, jaké má sociální zázemí, můžeme se pouze dohadovat, jak je na porod připravená, jak po psychické, tak po fyzické stránce. Jedna z hlavních vlastností, kterou by každá dobrá porodní asistentka měla mít je empatie. Měly bychom být schopné pochopit i ty věci, které rodička neřekne nahlas. K tomu je leckdy potřeba více času, naštěstí není porod otázkou chvilky. Většinou jde o několikahodinový proces, během kterého musíme rodičce pomoci uvolnit tělo i mysl tak, aby „pustila“ své dítě na svět.

V podolské porodnici používáme různě směsi éterických olejů během I. , II. a III. doby porodní. Nejčastěji používáme tyto směsi formou masáže, leckdy i inhalace. Dříve než-li jakoukoliv směs použijeme, dáme rodičce přivonět. Je nutné, aby jí byla vůně příjemná a neodpuzovala jí.

Aromaterapeutická masáž

Oleje jsou vstřebávány pokožkou a současně působí prostřednictvím dýchacích orgánů. Ruce působí na energetické dráhy a uvolňují tak fyzické i duševní bloky. Během masáže máme dost času s rodičkou komunikovat a sledovat, jak prožívá porodní bolesti, díky tomu jí poté můžeme daleko účinněji pomoci k tomu, aby byl porod pro ní a pro její zatím nenarozené dítě pozitivní zkušeností a ne naopak.

Inhalace

Směs éterických olejů se dostává do průdušek, plicních sklípků a krevních kapilár až se následně dostane k jednotlivým orgánům. Aromalampy využít na porodním sále nemůžeme. Proto používáme buď rozprašovač, nebo kus látky, či nesterilního čtverce. Rodička si pak sama „přičichává“ podle své potřeby.

4.1 Aromaterapie v průběhu první doby porodní

Jak jsem již zmínila výše, v ÚPMD na porodním sále používáme speciální směsi éterických olejů během porodu. V první době porodní, kdy mají děložní stahy za úkol otevřít porodní cesty a správně nasměrovat dítě na průchod pánví, využíváme směsi které pomáhají při různých situacích.

Ve směsi „**na silné kontrakce**“ se objevuje levandule úzkolistá, heřmánek římský v jojobě a citron. Tato směs je snad nejvyužívanější ze všech. Většina žen je překvapena silou porodu, čili silou porodních bolestí. Masáž bederní a křížové oblastí touto směsí napomáhá k uvolnění, k úlevě od bolesti, napětí, stresu a v neposlední řadě pomáhá při úzkosti.

Při **nepostupujícím porodu, či při pomalém otvírání** používáme kombinaci růžového dřeva a růže v jojobě. Za pomalý průběh porodu je velmi často zodpovědný psychický blok, o kterém rodička buď nechce mluvit nebo o něm leckdy ani neví. Výše zmíněné éterické oleje mají antidepressivní a analgetické účinky. Povzbuzují psychiku, odstraňují duševní vyčerpání a jsou užitečné při úzkosti a sklíčenosti.

Úzkostlivá rodička je tím pravým „oříškem“ pro každou porodní asistentku. Pokud si žena nevěří, pak si logicky nevěří ani její dítě a mají před sebou často dlouhý a složitý porod. Úkolem porodní asistentky je podpořit ženu a pomoci jí nedůvěru v sama sebe přemoci. Aromaterapii využíváme v tomto případě často a rády. Kombinace Geránie a Neroli v jojobě podporuje uvolnění, eliminuje pocity zmatku a úzkosti. Povzbuzuje nervový systém, osvěžuje psychiku a pomáhá při depresích.

Slabé kontrakce během I. doby porodní jsou často úzce svázány s psychikou rodičící ženy. Pokud se žena necítí bezpečně, pokud nevěří sama sobě, či svému tělu, pak jsou kontrakce podvědomě tlumeny a jsou příliš slabé, než aby pomohly otevřít dítěti cestu ven. V těchto případech používáme směs jasmínu v jojobě a levandule úzkostlivé. Jasmín je děložní tonikum, dodává optimismus, sebedůvěru a obnovuje energii.

Vyčerpaná rodička na konci I. doby porodní je název naší další směsi. Tzv. předchodná fáze mezi I. a II. dobou porodní je pro mnoho žen tou „nejtěžší hodinkou“. Rodička má za sebou už několik hodin bolesti a k dokončení porodu už jí dochází sil. Tato směs ve které se objevuje heřmánek římský v jojobě, citron a rozmarýn pomáhá rodičku stimulovat. Má schopnost pročistit hlavu jak na úrovni fyzické, tak i mentální. Může dodat rodičce sílu a odhodlání k dokončení porodu.

Křížové bolesti nejsou ničím výjimečným během porodu. Někdy je žena pociťuje od začátku porodu, ale většinou se dostaví na konci I. doby porodní, kdy dítě pomalu sestupuje do pánve a svou váhou tlačí na křížovou oblast. Tyto bolesti jsou většinou žen popisovány jako nejhorší, proto směs rozmarýnu a levandule úzkostlivé má výrazné analgetické účinky, které můžeme znásobit přiložením teplého obkladu.

Mnohdy spolupracujeme s ženami, které mají za sebou, nebo před sebou **traumatický zážitek**. Jedná-li se o ženu, která rodí předčasně, má špatnou zkušenost z minulého porodu nebo rodí postižené či mrtvé dítě, pak se samozřejmě snažíme jí pomoci všemi dostupnými prostředky. V Podolí využíváme směs růže v jobobě, heřmánku v jobobě a kadidlovníku. Všechny tři oleje mají výrazné analgetické a antidepresivní účinky.

4.2 Aromaterapie v průběhu druhé doby porodní

Během přechodné fáze mezi I. a II. dobou porodní se kontrakce, které během první doby otevřely porodní cesty změní sílu a intenzitu, aby ve II. době porodní vypudily dítě, skrze pánev, z těla matky ven. Porodní cesty jsou otevřené a hlava dítěte se rotuje do správné polohy, aby mohl být porod dokončen. Stahy jsou tedy vypuzovací a nutí matku, aby pomohla vlastní silou vytlačit dítě ven. Je pravdou, že aromaterapii ve II. době porodní nepoužíváme tak často jako v I. době porodní.

Mnohdy se stane, že se porod pozastaví. Někdy si dítě potřebuje odpočinout před vstupem do pánve, někdy si potřebuje odpočinout i žena. Často je za slabnoucimi kontrakcemi ve II. době porodní zodpovědná únava, vyčerpanost ale často i strach z velkého tlaku, který žena pociťuje.

Směs na **podporu kontrakcí ve II. době porodní** obsahuje jasmín v jobobě a šalvěj muškátovou. Právě šalvěj je děložní tonikum, které má i antispazmické účinky, napomáhá vnitřní vyrovnanosti a vnitřní síle.

Další éterické oleje, které se nabízejí ve II. době porodní používáme pouze ve formě inhalace. Na **osvěžení a úlevu od napětí** je výborný citron. Při **stresu** používáme neroli a k **dotčení energie** může pomoci kombinace geranie a rozmarýnu.

4.3 Aromaterapie v průběhu třetí doby porodní

Během III. doby porodní rodí žena placentu. V ÚPMD vedeme tak jako ve většině jiných porodnicích III. dobu aktivně. I přesto se po aplikaci ergomatinu ne vždy podaří placentu porodit. V tomto případě nejdříve zkusíme přiložit dítě a pokusíme se přirozeně pomoci děloze k odloučení placenty. Než přistoupíme k cévkování, neřku-li k LMP a RCUI, vyzkoušíme většinou i směs éterických olejů na odloučení placenty. Mnohokrát se nám již osvědčila a „zachránila“ ženu od výkonu v celkové narkóze. V této směsi se objevuje jasmín, šalvěj muškátová a heřmánek římský. Je nutno masáž podbřišku doplnit přiložením teplého obkladu.

Pár slov na závěr...

Komfortní pomoc při nadýmání a dětských kolikách

již pro novorozence



Praktické dávkování



Spolehlivost



Bezpečnost

- bez parabenů
- bez alkoholu



Lefax suspenze. Účinná látka simethiconum.
Balení 50 ml.

Zkrácená informace o přípravku Lefax (perorální suspenze)

Název přípravku: LEFAX. **Složení:** Léčivá látka: Simethiconum. Lefax suspenze: 1 ml suspenze (2 stříky pumpou) obsahuje 41,2 mg Simethiconum. Seznam pomocných látek se nachází v úplném SPC. **Indikace:** Přípravek je určený pro symptomatickou léčbu: gastrointestinálních obtíží spojených s nadměrnou tvorbou plynů (meteorismus), tj. pocit nadýmání, tlak v epigastriu, případně postoperační tvorba plynů; funkční dyspepsie s potíženími: tj. pocit sytosti, tlak/bolest v epigastriu, nadýmání v epigastriu, nauzea, předčasný pocit sytosti, zvracení; symptomatická léčba dětské koliky; intoxikace detergenty. Používá se před vyšetřením ultrazvukem a RTG v oblasti břicha k redukci rušivých stínů plynů. **Dávkování a způsob podání:** Při gastrointestinálních potížích způsobených nadměrnou tvorbou plynů a při funkční dyspepsii. **Děti:** Doporučené dávkování pro novorozence a kojenice do 1 roku jsou 1–2 stlačení (odpovídá 0,5–1 ml suspenze). Pro děti ve věku od 1 do 6 let je doporučená dávka 2 stlačení (odpovídá 1 ml suspenze) 3–5krát denně. Pro děti od 7 do 14 let, adolescenty a dospělé je doporučená dávka 2–4 stlačení (odpovídá 1–2 ml suspenze) 3–5krát denně. Při intoxikaci detergenty: Doporučená dávka pro děti je 2,5–10 ml (5–20 stlačení), **Dospělí:** Jako přípravek užívávaný před diagnostickým vyšetřením. Lefax suspenze: (dospělí a mladiství) 3krát denně 4–6 stlačení den před plánovaným vyšetřením a 4–6 stlačení ráno v den vyšetření. Při intoxikaci detergenty: Doporučená dávka pro dospělé 10–20 ml (20–40 stlačení). **Způsob podání:** Pro perorální podání. Lefax suspenze musí být před použitím protřepána. Lefax by měl být užíván během jídla nebo po jídle, v případě potřeby před spaním. Pro kojenice se suspenze může přidat do lahvi s mlékem. Kojení matky mohou lék kojencům podávat před kojením po lžičkách. **Interakce:** Nejsou známy. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na simetikon nebo na jinou složku přípravku. **Nežádoucí účinky:** Lefax suspenze obsahuje kyselinu sorbovou, která může v některých případech způsobit kožní podráždění. **Těhotenství a kojení:** Lefax může být užíván během těhotenství a kojení. **Zvláštní upozornění:** Pacienti s perzistujícími abdominálními obtížemi by měli navštívit lékaře, aby se zjistila příčina obtíží, které by mohly signalizovat nějakou zásadní poruchu vyžadující léčbu. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** Uchovávat při teplotě do 25 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer s.r.o., Praha, ČR. **Registrační číslo:** 49/317/97-C. **Datum revize textu:** 16. 11. 2005. **Přípravek je volně prodejný a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.**

1-rázová komfortní aplikace

Canesten® GYN 1 den

Nejvíce užívaný přípravek z řady Canesten® GYN.

- * Jen 1 aplikace večer před spaním pomocí aplikátoru.
- * Clotrimazolium působí v pochvě až po dobu 4 dní.
- * Obsahuje také kyselinu mléčnou.

Canesten® GYN Combi Pack

Kombinovaná léčba.

- * Jedna vaginální tableta určena pro ženu.
- * Krém je vhodný i pro léčbu partnera. Předchází se tak opakované infekci. Léčba partnera je důležitá.

**1 RÁZOVÁ
APLIKACE**



1x

Balení obsahuje: 1 vaginální tabletu s aplikátorem.



**Vhodné i v těhotenství,
tableta se zavádí bez aplikátoru.**



1x

Balení obsahuje: 1 vaginální tabletu s aplikátorem k vaginálnímu podání a 20 g krému ke kožnímu podání.



3-denní léčba

Canesten® GYN 3 dny

Vhodné pro pacientky, kterým nevyhovuje tableta.



3x

Balení obsahuje: 20 g krému v tubě a 3 aplikátory.



6-denní léčba

Canesten® GYN 6 dní

Varianta léčby pro častěji se opakující záněty.



6x

Balení obsahuje: 35 g krému v tubě a 6 aplikátorů.



Zkrácená informace o přípravcích:

Canesten® GYN 1 den (Reg. č. 54/200/72-A/C, DZ: 9. 3. 2011). Složení: Clotrimazolium 500 mg v 1 vaginální tabletě. Dávkování: 1 vaginální tableta se zavádí jednorázově večer co nehlouběji do pochvy. **Canesten® GYN 3 dny** (Reg. č. 54/604/00-C, DZ: 9. 3. 2011). Složení: Clotrimazolium 20 mg (2 % v 1 g vaginálního krému). Dávkování: obsah 1 aplikátoru se zavádí každý večer po dobu 3 po sobě následujících dnů. Kandidová vulvitida/balanitida: krém se tenče nanese na postižené oblasti 2–3krát denně a vetře se. Obvyklá doba léčby je 1–2 týdny. **Canesten® GYN 6 dní** (Reg. č. 54/605/00-C, DZ: 9. 3. 2011). Složení: Clotrimazolium 10 mg (1 % v 1 g vaginálního krému). Dávkování: obsah 1 aplikátoru se zavádí každý večer po dobu 6 po sobě následujících dnů. Kandidová vulvitida/balanitida: krém se tenče nanese na postižené oblasti 2–3krát denně a vetře se. Obvyklá doba léčby je 1–2 týdny. **Canesten® GYN Combi Pack** (Reg. č. 54/033/98-C, DZ: 13. 4. 2011). Složení: Clotrimazolium 500 mg v 1 vaginální tabletě. Clotrimazolium 10 mg (1 %) v 1 g krému k zevnímu použití. Dávkování: 1 vaginální tableta se zavádí jednorázově večer co nehlouběji do pochvy. Krém se aplikuje 2–3krát denně na zevní genitálie po dobu 2 týdnů po odeznění příznaků. **SPOLEČNÉ ÚDAJE K LÉČIVÝM PŘÍPRAVKŮM:** Indikace: léčby gynekologických zánětů vyvolaných mikroby citlivými na clotrimazol, zejm. vaginální kandidóza, trichomoniáza. Také smíšené bakteriální (G+, G-) mykotické infekce. Kandidová balanitis. **Kontraindikace:** přecitlivělost na složky přípravku, bez doporučení lékaře používat od 12 let věku, zvýšená pozornost v 1. trimestru, v těhotenství zavádět bez aplikátoru, vhodnější forma – vag. tbl. **Nežádoucí účinky:** ojediněle projev hypersenzitivní reakce – svědění, hypotenze, nauzea. Ojediněle lokální reakce – pálení, zarudnutí sliznice. Interakce: nejsou známy. **Upozornění:** sexuální partner by měl také podstoupit místní léčbu Canesten GYN krémem. Canesten GYN přípravky mohou snižovat účinnost a bezpečnost latexových antikoncepčních výrobků. **Skladování:** při teplotě do 25 °C. **Držitel rozhodnutí:** Bayer s.r.o., Praha, ČR. **Přípravky Canesten GYN jsou volně prodejné léky. Přípravky Canesten® GYN 1 den, Canesten® GYN 3 dny a Canesten® GYN Combi Pack nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Canesten® GYN 6 dní je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravcích.**



Bepanthen®

MAST 







Velikostí balení 30 g, 100 g

Bepanthen® – Prevence opruzenin

Pokožka novorozence je velmi tenká a tak náchylná k poškození. **Bepanthen® Mast** je ideální prostředek pro **každodenní prevenci a léčbu opruzenin** dětského zadečku. Chrání před vznikem opruzenin a také léčí již vzniklé opruzeniny. Používejte ji při každém přebalení – pouze na čistou a suchou pokožku.

Bepanthen® Mast:

-  má klinicky prověřený účinek
-  udržuje pokožku v optimální hladině vlhkosti
-  neobsahuje zinek, který vysušuje pokožku
-  neobsahuje parfemaci ani konzervační látky

Zkrácený souhrn údajů o přípravku Bepanthen® Mast:

NÁZEV: BEPANTHEN® Mast. **SLOŽENÍ:** 1g krému obsahuje: dexpanthenolium 50mg.

INDIKACE: Prevence a léčba kožních erozí, ragád a fisur. Suchost kůže. Pravidelné ošetřování prsů u kojících matek a léčba poranění a ragád prsních bradavek. Péče o kojení: prevence a léčba tzv. plenkové dermatitidy (opruzenin). Podpora hojení a epitelizace malých poranění (drobná popálení a oděrky), iritace kůže (jako důsledek např. radioterapie, fototerapie nebo expozice UV záření), chronických a bércových vředů, análních fisur, kožních štěpů a cervikálních erozí. Následná léčba pro pacienty doléčené kortikosteroidními externy.

DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ: Terapie povrchních poranění všech druhů a prevence kožních erozí, ragád a fisur: aplikovat jednou až pětkrát denně dle potřeby. Péče o prsa u kojících matek: po každém kojení nanést mast na kousek sterilní gázy a potřít bradavku. Terapie slizničních defektů na děložním čípku: aplikovat jednou až pětkrát denně, dle závažnosti onemocnění. Ošetření kojenců: při každém přebalení nanést mast na předtím vodou dobře očištěnou pokožku zadečku a přirozeny. Pro použití na mokvající poranění, nechráněné kožní povrchy (např. obličej) a na ochlupenou kůži je doporučen krém, léková forma snáze vstřebatelná.

KONTRAINDIKACE: Bepanthen® Mast nesmějí používat osoby se známou hypersenzitivitou na některou z obsažených látek. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Nejsou nutná. **INTERAKCE:** Nejsou známy. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Neexistují zprávy svědčící, že použití přípravku Bepanthen během těhotenství nebo kojení představuje riziko pro plod či kojení. Možnost fetotoxicity je nepravděpodobná.

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY: Ve velmi vzácných případech může dojít k alergickým kožním reakcím. **DOBA POUŽITELNOSTI:** 3 roky. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 25°C. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Bayer s. r. o., Praha, Česká republika. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** 46/547/93-C.

DATUM REVIZE TEXTU: 20. 4. 2005. **Bepanthen® Mast je volně prodejný lék a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.**

www.bepanthen.cz





Mirena® LNG-IUS

Spolehlivá

a dlouhodobá

antikoncepce⁶

plus

- ▼ Intenzita krvácení^{1,2}
- ▼ Délka menstruace^{1,2}
- ▼ Dysmenorea^{2,3}
- ▼ Premenstruační syndrom³
- ▼ PID*⁴
- ▼ Mimoděložní těhotenství^{2,4,6}
- ▼ Hysterektomie^{1,5}
- + Idiopatická menoragie⁶
- + Ochrana endometria během HRT**⁶



 **Mirena**[®]
důvěra která trvá

1. Pakarinen P., Luukkainen T. Treatment of menorrhagia with an LNG-IUS. *Contraception* 2007; 75:S118-S122. **2.** Chi-I-C, Farr G. The non-contraceptive effects of levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Advances in Contraception* 1994; 10: 271-285. **3.** Barrington J.W., Bowen-Simkins P. The levonorgestrel intrauterine system in the management of menorrhagia. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1997; 104: 614-616. **4.** Andersson K., Od lind V., Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: A randomised comparative trial. *Contraception* 1994; 49: 56-72. **5.** Lähteenmäki P., Haukkamaa M., Puolakka J. et al. Open randomised study of use of levonorgestrel-releasing intrauterine system as alternative to hysterectomy. *BMJ* 1998; 316: 1122-6. **6.** SPC Mirena, 17. 2. 2011

* Pánevní infekční onemocnění ** Hormonální substituční terapie

Zastoupení: BAYER s.r.o. Bayer HealthCare, Siemsova 2717/4, 155 80 Praha 5, e-mail info@bayerscheringpharma.cz

MIRENA[®] Zkrácený souhrn údajů o přípravku

Farmakoterapeutická skupina (ATC): Nitroděložní tělísko s progestinem. **Složení:** Levonorgestrelum 52 mg v 1 intrauterinním inzertu. **Indikace:** Kontracepce. Idiopatická menoragie. Ochrana endometria před hyperplazií během hormonální substituční léčby estrogeny. **Dávkování a způsob podávání:** Mirena zavedená do děložní dutiny je účinná po dobu 5 let. **Kontraindikace:** Těhotenství nebo předpokládané těhotenství, současné nebo rekurentní infekce v oblasti pánve, záněty v oblasti genitálu, poporodní endometritida, infikovaný potrat během posledních 3 měsíců, cervicitida, cervikální dysplazie, zhubné bujení dělohy nebo děložního hrdla, prokázané nebo suspektní progestagen-dependentní tumory, diagnosticky neobjasněné abnormální děložní krvácení, vrozené nebo získané anomálie dělohy včetně fibroidů, pokud deformují děložní dutinu, stavy vedoucí ke zvýšené vnímavosti k infekci, akutní onemocnění jater nebo tumory jater, přecitlivělost na některou složku přípravku. **Zvláštní upozornění:** Přínos zisku a rizika z podávání přípravku je třeba individuálně zvážit s ohledem na přítomnost některých stavů nebo rizikových faktorů. **Interakce:** Metabolismus progestagenu může být zvýšen současným užíváním léků, o kterých je známo, že indukují enzymy metabolizující léky, zvláště enzymy cytochromu P450-např. antikonvulziva (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin), rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz. **Těhotenství a kojení:** Mirena nemá být použita v těhotenství nebo při podezření na ně. Mirenu lze zavést během kojení 6 týdnů po porodu. **Nežádoucí účinky:** oligomenorea, amenorea, nervozita, bolest hlavy, nevolnost, bolest v zádech, vaginální výtok, vulvovaginitida, napětí v prsou a jiné. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Druh obalu a velikost balení:** Systém spolu s doplňky je zataven ve sterilním blistru TYVEK/APET, který je uložen v krabičce. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer OY, Pansiotie 47, 20210 Turku, Finsko. **Registrační číslo:** 17/372/97-C. **Datum poslední revize textu:** 17. 2. 2011. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku nebo získáte na adrese: Bayer s.r.o., Siemsova 2717/4, Praha5,155 00.

Většina těhotenství probíhá fyziologicky. Stejně tak i většina porodů začíná a probíhá fyziologicky. Pokud porod začne fyziologicky a přirozeně, proběhne bez lékařské intervence, pak na jeho konci je spokojená a zdravá matka, která je hrdá na samu sebe a to je pocit, který jí bude provázet už celý život. Dítě, které se narodí spontánně a přirozeně je jistější a rodí se v pocitu bezpečí, který je velmi potřebný pro jeho další vývoj. K tomu, aby porod proběhl přirozeně, by měla každá porodní asistentka použít všech znalostí a možností, které se jí nabízejí a tedy i aromaterapii, coby jemnou přírodní léčebnou metodu.

V dnešní době většina žen přichází k porodům a doufají, že jim léky pomůžeme od bolestí, které porod provázejí. Mnohdy si ale neuvědomují, že pomoci jim od bolesti můžeme pouze dočasně. I účinky epidurálu, coby nejúčinnější porodnické analgezie po určité době „vyrchají“ a potom se žena opět musí soustředit pouze sama na sebe a své dítě porodit. Netvrdím, že by se měla aromaterapie upřednostňovat před využitím různých typů porodnické analgezie, stejně jako netvrdím, že aromaterapie pomůže při závažných porodnických stavech jako je placenta adherens apod.

Chápu využití aromaterapie jako další z mnoha možností, jak pomoci ženám, aby své dítě porodily spontánně a bez větších jizev ať už na těle, nebo na duši. Proč jí tedy nevyužít?

*A. Samková
Podolská nábř. 157
147 00 Praha 4 – Podolí*

VAKUUMEXTRAKCE

MUDr. Roman Peschout

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Jihlava

Vakuumextrakce je definována jako extrakce plodu z porodních cest pelotou uchycenou za hlavičku plodu nebo hýždě plodu pomocí podtlaku.

Myšlenka využít podtlaku v medicíně je stará kolem 400 let. Již Hildanus (1632) popisuje využití podtlaku k léčbě depresních zlomenin lebky u dětí. Stejného postupu využil Ambroise Paré u dospělých o 20 let později. První, a bohužel neúspěšný, pokus využít podtlaku v porodnictví byl popsán Yongem roku 1705. Popis přístroje k vytvoření podtlaku a využití této metody je zaznamenán od Neila Arnotta. V roce 1848 navrhl podtlakový přístroj k extrakci hlavičky James Young Simpson z Edinburghu. Hlavním cílem bylo snížit závažná poranění pochvy, které byly vytvořeny při zavádění branží kleští. Později celá myšlenka a metoda upadly do zapomnění. Za otce renesance využití principu vakuumextrakce je považován švédský porodník Tage Malström. Tento po řadě experimentů popsal svůj typ vakuumextraktoru s kovovým zvonem. Malström si nechal nový typ zvonu patentovat v roce 1954. (1) Tato metoda se posléze stávala stále oblíbenější na porodních sálech po celém světě. Vzhledem k jednoduššímu použití ve srovnání s použitím porodnických kleští a s ohledem na nižší morbiditu matky při využití vakuumextrakce byl akcelerován výzkum nových materiálů využívaných ve výrobě vakuumextraktoru. V dnešní podobě přenosných jednoduchých nástrojů v některých porodnicích výrazně vakuumextraktor potlačil využití porodnických kleští. Při znalosti indikací je to velmi dobrý pomocník na porodním sále. Renesance ve využití vakuumextraktoru probíhá v současnosti i na našich porodních sálech.

Každý vakuumextraktor je složen ze sacího zvonu, pod kterým se vytváří podtlak. Sací zvon u složitějších přístrojů je v několika průměrech, nejpoužívanější jsou v průměru 6 až 7 cm, u přenosných přístrojů mají sací zvony jednotný průměr. Sací zvon může být z pevného materiálu, jako je například kov, nebo z materiálu poddajného- pryž, kde ovšem musí být pevný lem, aby nedocházelo k deformacím při vytváření podtlaku. Sací zvon je spojen se zařízením, které vytváří podtlak. U starších přístrojů to mohou být klasické vývěvy, u novějších zařízení je to přenosný mechanismus uzpůsobený na práci jedné ruky. Důležitý je manometr- ukazatel velikosti podtlaku, u moderních přístrojů i s barevnou škálou, která označuje bezpečné pásmo síly podtlaku. Podtlak je nutno vytvářet pozvolna, aby se vytvořil mírný porodní nádor, který poté vyplní celý obvod zvonu a umožňuje dobré přilnutí zvonu na hlavičku nebo hýždě plodu.

Indikace k extrakci plodu vakuumextrakcí jsou velmi podobné jako u klešťových porodů. Obecně můžeme rozdělit indikace k operativnímu ukončení porodu rozdělit na indikace ze strany plodu, indikace ze strany matky nebo sdružené indikace, kdy je problém na straně matky i plodu. Z hlediska potíží matky za porodu se jedná o febrilní stavy u matky, krvácení z varixů, předčasné odloučení lůžka, těžší forma gestózy nebo některá celková onemocnění matky (oční vada, onemocnění s vlivem na využití břišního lisu), protrahovaná druhá doba porodní (zde se hovoří o 2-3 hod., dnes jsme více rigorózní a hovoříme o 60-90 min. při pečlivém monitoringu plodu pomocí ctg příp. ST analýzou nebo pulsní oxymetrie). Dále je indikováno ukončení porodu extrakcí při nedostatečnosti porodních sil, stahů děložních nebo břišního lisu. Mezi indikace patří i dopomoc při porodu mrtvého plodu nebo dopomoc u žen, které mají jizvu na děloze například po předchozím porodu císařským řezem. U těchto žen je obzvláště vhodné vystříhat se Kristellerovy exprese. Jako další indikace je uváděna nespolupracující rodička, i když zde se spíše jedná při praktickém provedení o tom, jak tato žena bude spolupracovat při pozvolném vytváření podtlaku a jak bude tento výkon tedy technicky proveditelný. Někdy je nesmírně obtížné u nespolupracující matky provést porod vaginálně bez použití nástroje a ještě těžší s nástrojem. Velmi vhodné je tyto matky sledovat po celou první dobu porodní a snažit se ovlivnit jejich chování jak pomocí lékaře porodního sálu, tak pomocí porodní asistentky. Je velmi vhodné zvážit u nespolupracující matky způsob ukončení porodu, protože za použití nástroje hrozí daleko více riziko nežádoucích komplikací vyplývajících z podstaty této operace.

Z hlediska plodu se jedná o ukončení vakuumextrakcí při hrozící hypoxii plodu (nejvíce poslechově), ale lze v této indikaci využít vakuumextrakci spíše při prvních příznacích nastávající hypoxie. Při pokročilé hypoxii je potřeba velmi pečlivě zvážit a srovnat přínos vakuumextrakce a porodu per forcipem.

V dnešních moderních učebnicích porodnictví nejsou indikace k porodu vakuumextrakcí tak rigorózní. Spíše jsou volnější a dávají i prostor k časnému řešení per sectionem cesaream, event. k jinému řešení. Pokud budeme hovořit o indikacích k ukončení porodu vakuumextrakcí ze strany matky, potom se jedná o nepostupující porod ve druhé době porodní (60-90 min. za monitoringu plodu - viz výše), fyzicky a psychicky vyčerpaná rodička nebo nespolupracující matka. Další indikací je nemožnost použití břišního lisu u rodičky např. z důvodu obezity, hernie, diastázy břišních svalů. Jedná se i o celková onemocnění matky, nejčastěji oční indikace, neurologická indikace. V tomto je potřeba úzce spolupracovat s lékaři s oborů, kde by se mohla indikace k vyloučení břišního lisu vyskytovat. Nadále zůstává v indikačním schématu horečka u rodičky za porodu více jak 38°C. Jako indikace zůstává i silné krvácení ve druhé době porodní, kdy je potřeba co nejrychleji ukončit porod a řešit situaci ohledně krvácení, kdy hlavička je již vstouplá v porodních cestách, opět zde při zvážení výhody či nevýhody v porovnání s ukončením porodu per forcipem, který je ve své podstatě rychlejší. Z hlediska plodu je indikací k ukončení porodu per forcipem počínající akutní hypoxie plodu ve druhé době porodní. (2) Největší umění je odhadnout správnou dobu k aplikaci porodnického vakuumex-

traktoru. Zvláštní pozornost si zaslouží fenomén pérující hlavičky. Tento fenomén vypadá tak, že hlavička za kontrakce vstupuje dále do porodních cest, mimo kontrakci ale vystupuje nahoru. Může se jednat o možný nepoměr, ale nejčastěji se za tímto fenoménem skrývá pupečník omotaný kolem krčku nebo raménka či ramének plodu. Rozhodnutí o způsobu ukončení porodu bývá velmi obtížné a závisí velmi na vyšetřovacím umu porodníka a odhadu kliniky situace. Indikace shrnuje níže uvedená **tab.1**.

Tab. 1
Indikace vakuumextrakce

matka	plod
nepostupující porod ve II. době porodní	počínající akutní hypoxie ve II. době porodní
fyzicky a psychicky vyčerpaná matka	
nepolupracující matka	
nemožnost použít břišní lis	
horečka za porodu	
silné krvácení ve II. době porodní	

Důležité je přesně znát stavy, u kterých vakuumextrakci použít nelze. Mezi hlavní kontraindikace patří kefalopelvický nepoměr, naléhání plodu čelně nebo obličejem. U plodů, které naléhají na vchod koncem pánevním, se jedná o naléhání nožkami nebo kolínkem. U naléhání koncem pánevním řitním lze nasadit zvon na přední hýždí, ale je nutné počítat s následnou extrakcí plodu. Což v dnešní erudici porodníků (většina porodů koncem pánevním dnes je indikována k ukončení císařským řezem) znamená právě volbu ukončení těhotenství nebo porodu císařským řezem. Vakuumextrakce je kontraindikována u předčasných porodů nebo u plodů pod 2500gr. U mrtvorozených plodu nelze využít vakuumextrakci u macerovaných plodů, kde nelze technicky vytvořit podtlak. Vakuumextrakce je kontraindikována u matek s anamnézou zvýšené krvácivosti nebo trombocytopenie. U těchto matek je obava o vznik hemorrhagického inzultu u plodu. Jako relativní kontraindikace se udává v některých pramenech abnormální rotace. Ve srovnání s klešťovými porody je nutné si uvědomit rychlost provedení jednotlivých metod a následně velmi pečlivě hodnotit použití na porodním sále v určité indikaci.

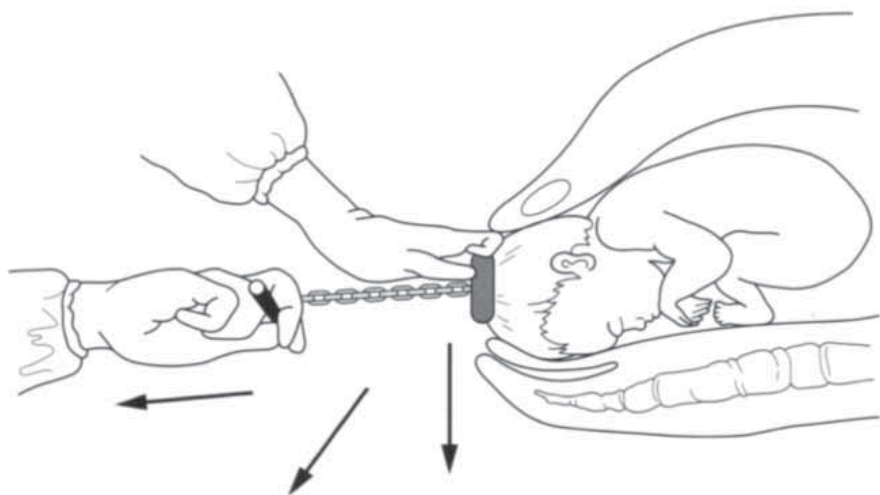
Pro úspěšné provedení extrakční operace pomocí vakuumextrakce je nutné **splnění podmínek** k operaci. Hlavička musí být vstouplá v porodních cestách, nejlépe v rovině pánevního východu, ale vakuumextrakci lze provést i z vyšších pánev-

ních rovin. Obecně platí úměra, že čím výše se nachází hlavička plodu v pánevních rovinách, tím vzrůstá riziko komplikací. Další podmínkou je zánik branky, i když někteří autoři připouští provedení vakuumextrakce i při lemu branky. Zde je nutné zabezpečit, aby se lem branky nedostal pod pelotu při vytváření podtlaku. Naprosto logickou podmínkou je odtok plodové vody, aby hlavička byla přístupná nasazení peloty. Pánev musí být prostorná, aby plod mohl porodními cestami projít. Hmotnost plodu by měla být nad 2500 gr. Pokud budeme hovořit v týdnech těhotenství, potom porod vakuumextrakcí lze provést u těhotenství nad 36. týden, někteří autoři připouští i 34. týden těhotenství. Před provedením operace musí být prázdný močový měchýř. Splnění podmínek musí být těsně před provedením operace zkontrolováno a následně musí být zaznamenáno v dokumentaci rodičky.

Pokud po vyšetření s ohledem na průběh porodu je indikováno provedení vakuumextrakce, je nutné řádně poučit rodičku event. i doprovod rodičky. Jedná se velmi často o stresovou situaci, kdy je vhodné mít připraveny jasně dané formulace, které mohou sloužit jednak k informacím pro rodičku a zároveň pomohou částečně uklidnit rodičku. Velmi důležitá je sešranost celého týmu, který se pohybuje na porodním sále a který při rozhodnutí o provedení vakuumextrakce začne ihned s přípravou k operačnímu ukončení porodu. Rodička se nachází při provedení vakuumextrakce v gynekologické poloze s dezinfikovanými zevními rodidly. Před zavedením peloty vakuumextraktoru je nutné rodičku vycévkovat. Mezi těmito úkony je vhodné, aby asistence vybalila část vakuumextraktoru a zkontrolovala jeho funkčnost. Následně je výhodné infiltrovat hráz anestetikem. Pokud lze a je erudovaný porodník, potom je možné provést pudendální blok. Velkou výhodou je provádění této operace v epidurální analgézii. Vakuumextrakční operaci lze provést i bez episiotomie, výhoda či nevýhoda profylaktického provádění episiotomie je stále diskutována bez jednoznačného závěru. Před zavedením ještě jednou důkladně vyšetříme rodičku a ujistíme se o anatomických poměrech v oblasti rodidel a vztahu vstupující hlavičky do porodních cest. Mnohdy je to obtížné s ohledem na porodní nádor. Zvonec je nutno nasadit kolmo. Velkou výhodou jsou dnes relativně flexibilní zvonce, se kterými lze lépe manipulovat při zavádění. Zcela zásadní je při nakládání zvonce pohlídat, aby se pod okraj nedostala část branky, pokud není úplně zašlá, nebo vaginální sliznice. Tím se minimalizuje riziko rozsáhlých, někdy i ztrátových, poranění. Zvon se zavádí po hraně za introitus, nechá se rozvinout a potom je nutné zvonec přiložit na hlavičku. Je doporučeno aplikovat pelotu do oblasti před velkou fontanelu v occiputu hlavičky. Zároveň je doporučeno snažit se nezavádět zvon na malou fontanelu. Když je operatér přesvědčen, že zvon je naložen dobře a bezpečně, může pozvolna vytvářet podtlak. Při podtlaku kolem 0,2 atmosféry je nutné ještě jednou zkontrolovat bezpečné uložení zvonce. Hlavně je potřebné se přesvědčit, zda se pod pelotu nedostala poševní sliznice nebo branka. Poté se postupně vytváří podtlak až do 0,7 až 0,8 atmosféry. Pokud je vytvořen dostatečný podtlak, potom se provede zkusmá trakce. Může dojít ke sklouznutí peloty, zejména při vytvoření porodního nádoru na hlavičce. Při dostatku času je možné se pokusit naložit pelotu znovu. Pokud pelota drží, potom

se provádí rovnoměrný tah ve směru pánevní osy a kontroluje se sestup hlavičky. Zejména z vyšších pánevních rovin platí, že pokud pelota s hlavičkou nesestupuje, je zcela zásadní přehodnotit indikaci k provedení vakuumextrakce a zvážit jiný způsob ukončení porodu. Asistence může tlačit na hlavičku nad sponou. Tah musí být v průběhu kontrakce stálý. Lze využít i drobné výkyvy do strany, i když některé prameny uvádějí tuto techniku jako kontroverzní. Při prořezávání hlavičky je hráz chráněna asistencí. Pokud nebyla provedena episiotomie, je vhodné kontrolovat napětí hráze. V případě potřeby se provede episiotomie. Po porodu hlavičky je zrušen podtlak a velmi opatrně je sejmuto zvon vakuumextraktoru (**obr. 1**).

Obr. 1
Porod per VEX



Jednoznačnou výhodou užití vakuumextrakce je její šetrnost vůči matce. Při srovnání s porody per forcipem je signifikantně menší množství porodnických traumat u vakuumextrakce. V současné době proběhlé nebo probíhající studie prokazují jednoznačně menší riziko poranění hráze i análního sfinkteru. Dalším zásadním faktorem je daleko snazší zavedení ve srovnání se zavedením kleští forceps. Pro edukaci je tato metoda jednodušší, i proto nyní zažívá takový boom na porodních sálech.

Komplikace lze rozdělit na komplikace vzniklé u matky, u plodu nebo komplikace u obou. U rodiček jsou nejzávažnější komplikace poranění. Od poranění hrdla děložního, přes ruptury pochvy až po ruptury hráze III. stupně. Vzácněji se může jednat o vznik vezikovaginálních či rektovaginálních píštělí. Závažnější poranění mohou být u plodu. Z méně závažných to mohou být lokální léze v oblasti křtice, vznik drobných hematomů nebo následně vyšší icterus novorozence. Mezi závaž-

nější komplikace, které mohou končit i fatálně patří krvácení, infekce - až vznik ulcerací, nebo fraktury lbi. Krvácení může být od méně závažného až po krvácení do různých částí mozku, které ohrožují život novorozence. Z dlouhodobého hlediska je u novorozenců popisována změna na EEG a pozdní změny neuropsychické. Některé práce hovoří i o větší pravděpodobnosti vzniku enuresy u dětí v pozdějším věku. Často se diskutuje i o školním vývoji dětí a poruchách intelektu, které jsou spojené se školním prospěchem. Stejně jako u porodu per forcipem platí, že čím vyšší pánevní rovina, tím vyšší riziko všech komplikací. U trakcí plodu z pánevní šíře se ukazuje jako výhodnější užití trakce per forcipem. Další komplikací je sklouznutí peloty z hlavičky plodu. Pokud dojde k jednomu sklouznutí, je doporučeno naložit pelotu znovu. Pokud dojde k dalšímu sklouznutí, je potřeba znovu pacientku vyšetřit a rozhodnout se o dalším vedení porodu. V podstatě přichází v úvahu tři možnosti. Buď znovu naložit pelotu, což je postup velmi kontroverzní. Jako další možnost se jeví dokončení porodu per forcipem. Je možné uvažovat i o změně indikace k extrakční operaci a porod dokončit císařským řezem. Pokud je rozhodnuto o provedení císařského řezu, je někdy nutné pomocí asistence vytlačit hlavičku z porodních cest do operační rány.

V České republice zůstává vakuumextrakce za císařským řezem a porody per forcipem. Srovnání počtu porodů per forcipem a per vakuumextrakce se liší porodnice od porodnice, lékař od lékaře. Souvisí s erudicí lékařů a jejich porodnickým vzděláním. Se zaváděním vakuumextraktorů na jedno použití a při zvážení výhod, které byly uvedeny výše, se i v našich porodnicích stále častěji prosazuje vakuumextrakce jako metoda ukončení porodu. Všeobecně lze uvést, že extrakční operace jsou v našem porodnictví na ústupu. Klesá počet erudovaných porodníků na porodních sálech, kteří jsou schopni edukovat lékaře v přípravě. Další hledisko je forenzní. Dá se říci, že si nikdo nestěžuje na provedení císařského řezu, ale řeší se jakákoliv komplikace vaginální extrakční operace. Císařský řez je vnímán jako maximum možného vykonaného pro rodičku, ovšem extrakční operace je brána jako selhání za porodu. (3) Proto je budoucnost dalšího rozvoje extrakčních operací přinejmenším mlhavá.

Literatura:

1. Doležal, A. et al. Technika porodnických operací. Praha : Grada Publishing, 1998. str. 155.
2. Hájek, Z. Forceps a vakuumextrakce. Moderní gynekologie a porodnictví. 2007, Sv. 16, 1, str. 58.
3. Roztočil, Aleš. Budoucnost vaginálních extrakčních operací. Moderní gynekologie a porodnictví. 2009, Sv. 18, 3, str. 352.

ONKOLOGICKÁ PREVENCE V AMBULANCI GYNEKOLOGA

MUDr. Barbora Žáková, MUDr. Petr Halada

*Porodnická a gynekologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové*

Každý občan České republiky má nárok na preventivní onkologická vyšetření hrazená ze zdravotního pojištění, která slouží k včasnému zachytu nádorových onemocnění.

V ambulanci gynekologa by měla být ženám od patnácti let věku prováděna každý rok tzv. gynekologická prevence, jejíž součástí je vyšetření prsů pohmatem včetně vyšetření regionálních mízních uzlin. Dále vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, odběr materiálu z děložního hrdla k cytologickému vyšetření, palpační bimanuální vyšetření. Součástí preventivních prohlídek by měla být onkologická prevence kůže zevního genitálu(1).

U žen nad 45 let věku je hrazeno jednou za 2 roky preventivní mamografické vyšetření mléčné žlázy.

Cílem komplexní onkologické prevence v ambulanci gynekologa je tedy nejen odhalit karcinom hrdla děložního a karcinom prsu. Gynekolog by se měl také podílet na onkologické prevenci kolorektálního karcinomu a maligních nádorů kůže.

1 Prevence karcinomu děložního hrdla

Milníkem v hledání účinné prevence karcinomu děložního hrdla bylo zavedení kolposkopického vyšetřování v roce 1925 Hinselmannem, rozvoj cytologických technik Papanicolauem a Trautem, kteří výsledky své práce zveřejňují poprvé v roce 1941(2). Zájem standardizovat výsledky cytologického screeningu vedl v roce 1989 ke vzniku platné terminologie Bethesda system(3). Až v roce 1983 zur Hausen, Gissman a jejich spolupracovníci identifikovali HPV 16 v prekancerózách děložního hrdla a v roce 1985 prokázali HPV DNA v buňkách cervikálního karcinomu 4,5).

Význam boje proti cervikálnímu karcinomu podtrhuje skutečnost, že se onemocnění vyskytuje nejčastěji u žen v produktivním věku 35-50 let. Celosvětově každoročně zaznamenáme 500 000 nových případů karcinomů děložního hrdla, 270 000 žen pak na tuto diagnózu ve světě umírá (6, 7). V Evropě jde o 34 000 nových případů ročně, umírá více než 16 000 žen. V ČR se jedná o 990 nových případů ročně, což je vyjádřeno hrubou incidencí 18,69/100 000 (8). Mezi zeměmi EU

existují velké rozdíly. V Německu je incidence na 100 000 žen 14,7; ve Švýcarsku 10,9; v Holandsku 9,4 a ve Finsku pouze 6,2. Tato čísla zpochybňují náš stávající model screeningu založeného na ročních preventivních vyšetřeních, vezmeme-li v úvahu, že evropské země s nejnižšími čísly incidence poskytují ženám preventivní vyšetření v intervalech delších, a to 3 až 5 let. Podle neoficiálních údajů se v České republice zúčastňuje screeningu pouze 53 % žen.

V patogenezi onemocnění hraje stěžejní roli sexuálně přenosný agens - lidský papillomavirus (HPV). HPV typu 16, 18, 31, 45 a 58 považujeme za vysoce rizikové. Tyto high risk (HR) genotypy HPV virů byly zařazeny mezi kancerogeny (9). HPV infekce je nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním. Inkubační doba je asi 3 měsíce. Celoživotní populační prevalence HPV infekce dosahuje až 80 %. To znamená, že až 80 % žen (ale i mužů) se s HPV infekcí v průběhu života setká. Většina infekcí má přechodný charakter. V důsledku působení přirozených imunitních mechanismů hostitele dochází ke spontánnímu očištění od infekce (clearance)(10). Proto prevalence HPV infekce u žen nad 30 let věku klesá na 3-5 %. U 10 % těchto žen se pak vyvíjejí dysplastické změny a u méně než 1 % vývoj pokračuje do stadia carcinoma in situ. U méně než 0,2 % se vyvine invazivní karcinom. Interval mezi akvizicí infekce a rozvojem maligního nádoru je minimálně 10 let. Kofaktory patogeneze jsou imunodeficience, imunosuprese, kouření, promiskuita, nízký věk koitarche, přítomnost dalších STD, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, pluriparta, špatné socioekonomické podmínky (10).

Průkaz prekanceróz děložního hrdla je možný pomocí prebiptických metod a cílené biopsie. Mezi prebiptické vyšetřovací metody patří kolposkopie, vyšetření cytologického stěru a HPV testování. Onkologická cytologie je základní prebiptickou metodou a zároveň je hlavní metodou screeningovou. Rozlišujeme konvenční cytologický odběr s nátěrem na sklo a cytologický odběr do tekutého média (liquid based cytology). V České republice je používána cytologická klasifikace Bethesda 2001, která hodnotí preparát komplexně. Hodnotí se kvalita nátěru, popis infekce a hormonálního stavu, ale především buněčné změny dlaždicového epitelu ektocervixu a buněčné změny žláзовého epitelu původem z endocervixu. Součástí hodnocení je i doporučení cytopatologa ohledně dalšího postupu. Onkologická cytologie je metoda vysoce specifická (97 %), ale při jednorázovém odběru relativně málo senzitivní (60 %). Citlivost narůstá až s opakováním vyšetření. Abnormalita výsledku cytologie je nejčastějším důvodem kolposkopického vyšetření (11). Hlavní význam kolposkopie je v diagnostice závažnosti léze, jejím plošném rozsahu a vztahu léze k endocervikálnímu kanálu. Nativní kolposkopii děložního hrdla provádíme po zastavení hrdla v zrcadlech a odstranění hlenu. Tzv. rozšířená kolposkopie využívá aplikaci 3% kyseliny octové, která zvýrazní patologické změny epitelu. Dalším krokem rozšířené kolposkopie je aplikace Lugolova roztoku, což pomáhá přesně ohraničit lézi, a to rozlišením epitelu obsahujícího glykogen (jod pozitivní) od epitelu bez glykogenu (jod negativní). Kolposkopie je vodítkem k diagnostické biopsii, tedy k získání reprezentativního kousku tkáně pro histopatologické vyšetření.

Co se týče HPV HR DNA testování, jsou používány dvě diagnostické metody průkazu HPV. Metody založené na přímé hybridizaci a metody založené na polymerázové řetězové reakci s obrácenou hybridizací. Význam HPV HR DNA testace spočívá v odhalení perzistující HPV infekce, která je přímo asociována s premaligními změnami na hrdle. Test by měl být proveden až u žen po 30. roku věku, u mladších žen se předpokládá vysoká clearance viru. Kombinace HPV HR DNA testace spolu s onkologickou cytologií zvyšuje spolehlivost záchytu premaligních změn nad 97 %.

V posledních letech došlo k vývoji a výrobě dvou vakcín, které je dnes možné k prevenci vzniku karcinomu děložního hrdla použít. Cílem profylaktické vakcinace je navodit vysokou a trvalou hladinu sérových neutralizačních protilátek a tak chránit proti HPV infekci (11,12,13). Byla zjištěna velmi silná korelace mezi hladinami protilátek v séru a protilátek v cervikovaginálním sekretu u žen ve věku 15-55 let (14). V současné době je na trhu dostupná bivalentní a kvadrivalentní vakcína. Obě jsou namířeny proti HPV typu 16 a 18, kvadrivalentní vakcína je navíc indikována pro prevenci lézí způsobených virem HPV 6 a 11, brání tedy vzniku akuminálních kondylomat. Nicméně bylo zjištěno, že bivalentní vakcína je schopna navodit větší protilátkovou odpověď a produkci vyššího množství paměťových buněk (15,16). Všechny dosud provedené studie podporují názor, že by se především měly očkovat ženy před zahájením pohlavního života. Aktuálně je očkování dle ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) doporučováno dívkám a ženám ve věku 11-26 let (17).

2 Prevence karcinomu prsu

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem žen. Celosvětově je ročně diagnostikováno okolo 800 000 nových případů, což představuje více než 30 % všech nádorů u žen (18). V ČR v roce 2005 byla incidence karcinomu prsu 105,4/100 000 (19). Incidence narůstá po 40. roce věku ženy (20). Karcinom prsu patří mezi tzv. hormonálně závislé nádory. Negativní účinky na mléčnou žlázu jsou připisovány především estrogenům. Mezi rizikové faktory patří především délka expozice estrogenům, tedy časná menarche, pozdní menopauza a nulliparita. Mezi další rizikové faktory můžeme uvést účinky ionizujícího záření, obezitu, zvýšený příjem tuků a nedostatek fyzické aktivity. U 10-15 % vzniká karcinom na podkladě dědičných genetických faktorů (mutace genu BRCA-1 a BRCA-2) (18).

Samotná prevence tohoto onemocnění v pravém slova smyslu není, a proto je zatím jediným účinným prostředkem včasného odhalení choroby je samovyšetřování prsů. Vyšetřování by si měla provádět žena sama, a to pravidelně každý měsíc. Nejlepší období pro samovyšetřování je 2. nebo 3. den po menstruaci, tedy během folikulární části cyklu. V rámci každoroční preventivní prohlídky by měl gynekolog provádět klinické vyšetření prsů pohledem a pohmatem. Pohledem lze hodnotit symetrii prsů, vzhled bradavek, přítomnost sekrece z bradavky, vzhled kůže, její barvu, retrakci kůže. Pohmatem systematicky vyšetřujeme všechny kva-

dranty prsu, centrální oblast prsu a regionální lymfatické uzliny v axile a při klíční kosti. Vždy pátráme po hmatné rezistenci, orientačně lze zhodnotit strukturu prsu.

Gynekolog a praktický lékař doporučují ženu na screeningové mamografické vyšetření, které je hrazené ze zdravotního pojištění. V případě, že se jedná o asymptomatickou ženu ve věku nad 45 let, pak se vyšetřuje v intervalu 2 let. U žen symptomatických, to jest u žen s hmatným tumorem či rezistencí, může gynekolog či praktický lékař indikovat tzv. diagnostickou mamografii, a to nezávisle na věku (21). U mladých symptomatických žen do 30 let věku a žen těhotných a kojících se spíše upřednostňuje UZ vyšetření prsu. U mladých žen je mamografie relativně kontraindikovaná vzhledem k radiační zátěži, malé výtěžnosti a také velmi malé incidenci karcinomu prsu. UZ vyšetření je také užitečné doplňující vyšetření nejasných mamografických nálezů.

3 Prevence kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom je civilizační onemocnění. Jeho celosvětová incidence je rozdílná v závislosti na vyspělosti dané země a z dosavadních studií jednoznačně vyplývá výrazně vyšší výskyt tohoto onemocnění ve vyspělých státech. Incidence ve vyspělých zemích dosahuje u žen 22-33/100 000, u mužů 31-47/100 000 ročně. Ve srovnání s těmito čísly je výskyt nových případů kolorektálního karcinomu v České republice alarmující. U žen se udává průměrně 31,5/100 000 a u mužů 60,3/100 000. Dle statistik WHO zaujímá Česká republika spolu s Maďarskem a Novým Zélandem první místo v úmrtnosti na toto onemocnění (22).

Cílem screeningu kolorektálního karcinomu je časná diagnóza, tedy odhalení adenomových polypů nebo nižších stádií onemocnění. Diagnóza kolorektálního karcinomu u asymptomatického jedince je spojena s téměř 90 % pravděpodobností pětiletého přežití. Prekancerózy a časná stadia nádoru lze vyhledávat různými screeningovými metodami, nejčastěji testem na okultní krvácení ve stolici, případně flexibilní sigmoidoskopií, kombinací obou předchozích metod, kolposkopií, či virtuální kolonografií (22).

Preventivní prohlídka u gynekologa může u žen nad 50 let věku také zahrnovat vyšetření na přítomnost krve ve stolici, a to tzv. test na okultní krvácení ve stolici (TOKS), který využívá skutečnosti, že u jinak asymptomatických jedinců s kolorektálním karcinomem nebo polypy tlustého střeva dochází k intermitentnímu krvácení do stolice. Toto vyšetření se neprovádí, pokud ho již pro ženu zajistil její praktický lékař a výsledky jsou k dispozici. Stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem se týká žen od 50 do 54 let věku jednou ročně, od 55 let pak ve dvouletých intervalech. Od roku 2009 si žena starší 55 let může zvolit screeningovou kolonoskopii, doporučení dostane od svého gynekologa nebo praktického lékaře jednou za 10 let. K TOKS vyšetření je od roku 1977 používán Hemocult II, test ve formě „psaníček“. Novější testy detekující okultní krvácení ve stolici jsou založené na imunologickém principu.

4 Prevence nádorů kůže zevního genitálu

Prevence zhoubných kožních nádorů je povinností zejména všeobecných praktických lékařů. Oblast zevního genitálu ženy je ale vyšetřována především gynekology, proto v tomto sdělení uvádíme i nádory kůže zevního genitálu. Zhoubné nádory vulvy tvoří 3-4 % gynekologických malignit (23), v roce 2007 byla jejich incidence 1.6 na 100 000 žen (8). Nejčastějšími maligními nádory kůže jsou karcinomy, tj. nádory vycházející z epitelových buněk (bazocelulární karcinom neboli bazaliom vychází z bazálních buněk epidermis, spinocelulární karcinom čili spinaliom vychází z rohovějících keratinocytů). Nejčastějším zhoubným nádorem vulvy je spinocelulární karcinom, na jehož vzniku se mohou podílet onkogenní lidské papillomaviry HPV (stejně jako u karcinomu děložního hrdla). Každá žena po 50. roce věku, která na kůži genitálu zpozoruje svědící vyvýšení či změnu barvy epitelu, by měla navštívit svého gynekologa. Diagnóza je stanovena až na základě histopatologického vyšetření podezřelého okrsku či útvaru na kůži, je tedy nutné vždy odebrat biopsii z postiženého ložiska. Nejzhoubnějším kožním nádorem vůbec je maligní melanom (melanoblastom), jehož incidence stále narůstá (v roce 2007 byla hrubá incidence v ČR 14 na 100 000 obyvatel (8)) a tvoří 4-8 % všech zhoubných nádorů vulvy (23). Diagnózu opět potvrdí až histologické vyšetření. Protože je prokázána příčinná souvislost vzniku maligního melanomu s expozicí UV záření, a protože je trendem navštěvování solárií (kde je často UV záření vystavován celý povrch těla včetně genitálu), měla by být pacientka v rámci prevence poučena i o používání ochranných prostředků s dostatečným SPF (sun protective factor).

5 Otázka prevence karcinomu ovaria

Prognosticky nejhorší gynekologický nádor, karcinom ovaria, je pátým nejčastějším maligním onemocněním postihující ženy. V roce 2007 byla incidence v ČR 11,4 na 100 000 žen (8). Závažnost tohoto onemocnění spočívá v jeho relativně vysoké četnosti, ale především ve vysoké mortalitě, která je způsobena nedostatečnými možnostmi prevence onemocnění a nemožností detekce časných stadií nemoci (24). Dodnes nebyla nalezena jediná opravdu efektivní screeningová strategie, na čemž se podílí skutečnost, že není známa premaligní léze, která by byla přístupná morfologickým diagnostickým metodám (histologie a zobrazovací metody) (25). V současné době existují dvě strategie, tj. stanovení hladiny sérového markeru CA125 a transvaginální ultrasonografie. Nicméně ani u jednoho z těchto přístupů doposud nebylo prokázáno, že by snižoval mortalitu nebo morbiditu ovarialního karcinomu. Navíc mohou tyto techniky v časném stadiu onemocnění selhat (25). Screening ovarialního karcinomu představuje do budoucna velkou výzvu.

Literatura:

1. Vyhláška MZ č. 3/2010 Sb.
2. Papanicolaou, G.N., Traut, H.F. The diagnostic value of vaginal smear in carcinoma of the uterus, *Am J Obstet Gynecol*, 1941, 42:193-8
3. Ismail, S.M., Colclough, A.B., Dinnen, J.S., et al. Observer variation in histopathological diagnosis and fading of cervical intraepithelial neoplasia. *BMJ*, 1989, 298:707-10
4. Durst, M., Gismann, L., zur Hausen, H., et al. A papillomavirus DNA from a cervical carcinoma and its prevalence in cancer biopsy samples from different geographic regions. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1983, 80:3812-5
5. Swarz, E., Freese, U.K., Gismann, L., et al. Structure and transcription of human papillomavirus sequences in cervical carcinoma cells. *Nature*, 1985, 314:111-4
6. Arbyn, M., Anttila, A., Jordan, J., et al. European guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Editopn-Summary Document. *Annals of Oncology*, 2010, 21:448-458
7. Perkin, D.M., Bray, F., Ferdy, J., et al. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*, 2005, 55:75-108
8. <http://www.svod.cz>
9. Turyna, R., Sláma, J., Kolposkopie děložního hrdla. Praha: Galén, 2010, s.7-29
10. Cibula, D., Petruželka, L., Onkogynekologie. Praha: Grada Publishing, 2009, s.217-328
11. Stanley, M., et al. Prophylactic HPV vaccines: Underlying mechanisms. *Vaccine*, 2006, 24(supp 13):S106-S113
12. WHO, WER, 2009, 84:118-131
13. Villa, L.L., Vacunas contra infección y enfermedad causadas por papilomavirus. *Rev Chilena Infectol*, 2006, 23:157-163
14. Swarz, T.F., et al. Immunogenicity and tolerability of an HPV-16/18 ASO4-adjuvanted prophylactic cervical cancer vaccine in women aged 15-55 years. *Vaccine* 2009,27:581-587
15. Paavonen, J., et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 ASO4 adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *The Lancet*, 2009, 374:301-14
16. Berkhof, J., et al. The health and economic effect of HPV DNA screening in the Netherlands. *Int J Cancer*, 2010, 127:2147-2158
17. Petráš, M., Lesná, K., Manuál očkování 2010, 3. vydání, leden 2010, @Marek Petráš, s.377-406
18. Klener, P., a kolektiv, Klinická onkologie, Praha: Galén 2002, s.495-497
19. Dušek L., Mužík J., Kubásek M., Koptíková J., Žaloudík J., Vyzula R. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2005], [cit. 2011-1-02]. Dostupný z WWW: <http://www.svod.cz>.

20. Národní onkologický registr České republiky, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
21. Mamografický screening v České republice. [online], [cit. 2011-01-02], Dostupný z WWW: <http://www.mamo.cz>
22. Musil, D., Populační skríníng kolorektálního karcinomu, Interní medicína po promoci, 2003/3, s.126-130
23. Minář, L., Kümmel, J., Chovanec, J, Maligní nádory vulvy, Praktická gynekologie, 2009, 13, s. 148-152.
24. Whitehouse, C., Solomon, E. Current Status of the Molecular Characterization of the Ovarian Cancer Antigen CA125 and Implications for Its Use in Clinical Screening. Gynecol Oncol, 2003, 88: 152-157.
25. Modugno, F. Ovarian cancer and high-risk woman - implications for prevention, screening, and early detection. Gynecol Oncol, 2003, 91:15-31.

*B. Žáková
Sokolská 581
500 12 Hradec Králové*

PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ U PACIENTEK S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

Karolína Oralová

Neurologická klinika VFN, Praha

Přestože bylo do nedávné minulosti mateřství pro pacientky s roztroušenou sklerózou (dále jen RS) tabu a někteří lékaři jej stále nedoporučují, není dnes ničím neobvyklým.

O rs v kostce

Roztroušená skleróza patří mezi autoimunitní onemocnění. Cílem zánětu jsou části centrálního nervového systému (CNS), především obal nervových vláken, myelin. Ztráta myelinu vede k poruše vedení vzruchů. Místo vzniku zánětu rozhoduje o podobě klinických příznaků. Onemocnění často začne zánětem očního nervu (neuritis optica), poruchou hybnosti nebo citlivosti. Průběh onemocnění je pro každého pacienta individuální. S jistotou lze RS diagnostikovat pomocí magnetické rezonance a rozborem mozkomíšního moku, získaného při lumbální punkci.

Trochu statistiky

RS postihuje spíše ženy a bývá nejčastěji diagnostikována mezi 20.-40. rokem věku, tedy právě ve věku fertálním. V ČR je momentálně registrováno 11-15 tisíc pacientů. Z toho vyplývá, že není celkem ničím neobvyklým setkat se s touto diagnózou v gynekologické praxi. Co by tedy měla pacientka s RS zvážit, pokud plánuje graviditu?

Plánování gravidity

Dědičnost je poměrně nízká – 1 až 5%. Těhotenství by mělo být pečlivě plánováno, proto je vhodné se chránit před nechtěným otěhotněním vhodnou antikoncepční metodou (HAK, IUC). Vysazení by pacientka měla konzultovat a naplánovat společně se svým gynekologem a neurologem. Neurolog (specialista RS centra) doporučí graviditu pouze v době stabilizace onemocnění. Tím je rozuměno, že je pacientka již rok bez obtíží a výsledky MR se také v posledním roce nezhoršily.

Významné je i kvalitní rodinné zázemí. Často se zdravotní stav může zejména v období po porodu vlivem zvýšení hladiny Prolaktinu zhoršit.

Gravidita s rs

Pokud graviditu neurolog i gynekolog schválí je potřeba upravit dosavadní léčbu. Nejčastěji se jedná o léčbu imunomodulační či imunosupresivní.

Úprava léčby:

Imunomodulancia (Interferony – Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Copaxone, Ty-sabri)

- vysazujeme při potvrzení gravidity

Imunosupresiva (Imuran, Metotrexát)

- vysazujeme 3měsíce (lépe 6) před plánovaným početím
- je vhodné též genetické vyšetření z důvodu zvýšeného rizika vývojových vad

Porod

Preferujeme spontánní vedení porodu. Sekci jen v případě nevyhnutelné porodnické indikace nebo z důvodu neurologického postižení pacientky. Epidurální anestézie není při RS kontraindikována a je šetrnějším a vhodnějším typem narkózy pro pacientky s RS.

Šestinedělí

Pokládáme za rizikovější období stran RS než vlastní těhotenství. Na vině jsou hormonální změny a sekrece hormonu Prolaktin, který udržuje laktaci. Vhodnou prevencí zhoršení je podání IVIG (intravenózní imunoglobuliny), nejčastěji Kiovig v prvních 24 hodinách po porodu. Je též vhodné zkrátit kojení na dobu 3měsíců.

Výsledky průzkumu z našeho RS centra

18 pacientek, které rodily v posledních 2 letech odpovídalo na tyto otázky:

- V kolika letech vám byla diagnostikována RS?
odpovědi: v průměru v 26,7 letech
- Prodělala jste v těhotenství ataku?
NE odpovědělo 15
ANO odpověděly 3
- Musela jste ukončit kojení dříve než ve 3měsících věku vašeho miminka z důvodu zhoršení RS?
NE odpovědělo 14
ANO odpověděly 2
2 pacientky byly ještě v šestinedělí

Závěr je tedy vcelku optimistický. Pokroky v léčbě RS jasně ukazují, že již dnes umožňují mnoha našim pacientkám radovat se z mateřství a zvýšit celkovou kvalitu jejich života.

ANTIKONCEPCE PO ČTYŘICÍTCE

MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.

LEVRET s.r.o., Praha

1 Proč antikoncepce

I když plodnost ženy zhruba od 35. roku věku klesá, není těhotenství vyloučeno a nastane-li v pozdním věku, bývá často závažným sociálním a etickým problémem. Dá se i poměrně snadno přehlédnout, když vynechání menstruace je přičítáno přechodu. Obecné doporučení praví, že žena se má chránit před otěhotněním ještě po dobu perimenopauzy, tj. ještě rok po poslední menstruaci.

Nejde jen o prevenci těhotenství – zde by bylo možno namítnout, že při nízké přirozené plodnosti jsou postačující méně spolehlivé metody antikoncepce nevyžadující lékařskou asistenci (kondom, spermicidy, coitus interruptus). Ve věku kolem 40 let nabývají na významu i některé příznivé vedlejší účinky antikoncepce.

Kombinovaná hormonální antikoncepce je prevencí endometriálního a ovariálního (a rovněž kolorektálního karcinomu). Při nejmenším u karcinomu endometria totéž jistě platí i pro LNG-IUS a gestagenní metody.

Kombinovaná hormonální antikoncepce je prevencí osteopenie a osteoporózy, jejíž počátky nacházíme často právě v tomto věku.

Kombinovaná hormonální antikoncepce je rovněž prevencí a terapií vegetativních symptomů, které se mohou objevit už v perimenopauze.

Především však hormonální antikoncepce představuje účinnou prevenci a elegantní terapii menstruačních problémů spjatých s hormonálními změnami v perimenopauze.

2 Poruchy cyklu v perimenopauze a hormonální antikoncepce jako terapie

První fázi perimenopauzy můžeme označit jako fázi hyperestrinní. Hyperestrismus je hyperestrismem relativním – hladina estrogenů zůstává stejná, ale hladina progesteronu klesá (zdá se nicméně, že v počátcích perimenopauzy lze zaznamenat i skutečný mírný vzestup hladiny estrogenů). Objevují se stále častější anovulační cykly. Klinickým projevem je nepravidelné krvácení, většinou ve smyslu nepravidelné polymenorey (či jen zkracování cyklu)

Ve druhé fázi perimenopauzy je hladina progesteronu už jen mizivá, hladina estrogenů klesá (hypoestrinní fáze). Klinicky se to projevuje rovněž nepravidelným krvácením, ale ve smyslu oligomenorey (či prodlužování cyklu). Kromě toho se mohou začít objevovat příznaky vegetativního syndromu.

Typickou a značně nepříjemnou poruchou cyklu v perimenopauze je dysfunkční krvácení. Jde o anovulační cyklus s dlouho přetrvávající relativně vysokou hladinou estrogenů. Endometrium prolifерuje, posléze hyperproliferuje. Když pak dojde k poklesu či zakolísání hladiny estrogenů, nastane nepravidelné odlučování endometria, což je provázáno silným a protrahovaným krvácením. Důsledkem opakovaných dysfunkčních krvácení je jednak sociální a sexuální dyskomfort, jednak anemie, jednak opakované kyretáže.

V perimenopauze není vzácný ani korporální endometriální polyp. Klinické příznaky jsou malé (špinění, nepravidelné krvácení) až žádné. Při náhodném nálezu při ultrazvukovém vyšetření nám ovšem nezbyvá než vyloučit karcinom, s čímž souvisí nutnost hysteroskopie.

Kombinovaná hormonální antikoncepce efektivně předchází těmto poruchám – a nastaly-li už, představuje jejich elegantní léčbu. Menstruační krevní ztrátu významně snižuje zejména přípravek s estradiol valerátem (Qlaira). V případech tohoto přípravku dochází k snížení krevní ztráty až o 88 %.

Využit lze i nitroděložní systém s levonorgestrellem (LNG-IUS). Ten sice výrazněji neovlivňuje hormonální hladiny v krvi, ale gestagenní intrauterinní efekt brání normální reakci endometria na změny hladin estrogenů. LNG-IUS sice nemění frekvenci krvácení (případně tedy i nepravidelného), ale výrazně (v průměru o 95 %) snižuje množství krevní ztráty a tak i dyskomfort pacientky a nutnost invazivních terapeutických výkonů.

Gestagenní antikoncepce je vhodná především u žen, které ji, z jakéhokoliv důvodu, už užívají a jsou s ní spokojeny. Zahájení gestagenní antikoncepce při perimenopauzálních poruchách cyklu je problematictější, protože samy často způsobují nepravidelné krvácení. To žena chápe jako selhání terapie.

Lze shrnout, že chceme-li vůbec nějak léčit perimenopauzální poruchy cyklu (což bychom měli), je některá forma hormonální antikoncepce nejjednodušší a nejelegantnější metodou, zatíženou nejmenším množstvím vedlejších účinků (ve srovnání např. s norethisteronem). Ochrana před otěhotněním pak může být příjemným vedlejším účinkem.

3 Výběr antikoncepce v perimenopauze

Zcela obecně lze říci, že perimenopauzální žena může volit jak kombinovanou hormonální antikoncepci, tak gestagenní antikoncepci, může volit nitroděložní tělísko, a to jak hormonální LNG-IUS (Mirena), tak nehormonální IUD s mědí (eventuálně s jiným kovem).

3.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Budou ji patrně volit především ženy, které ji už užívaly v minulosti, ženy, které si přejí pravidelný „normální“ menstruační cyklus, konečně pak ženy, které nikdy nerodily, případně nikdy nerodily pochvou – zde může být zavedení tělíska obtížnější a bolestivější.

Ženám starším 35 let se doporučují především přípravky s tzv. velmi nízkým dávkováním, tj. 20 µg, event. 15 µg etinylestradiolu nebo přípravek s estradiol valerátem (Qlaira). S výhodou můžeme doporučit přípravky obsahující drospirenon (Yasminelle, YAZ). Tento progestin odvozený od spironolaktonu si od své původní látky zachoval antihypertenzivní účinek. Pokles zvýšeného krevního tlaku je zdánlivě málo významný (zhruba o 10-15/5-10 torr), i to však významně snižuje riziko arteriálních cévních příhod.

Hlavní výhodou kombinované hormonální antikoncepce je vytvoření pravidelného menstruačního cyklu a prevence vegetativního syndromu. Nevýhodou je nutnost každodenního užívání (tuto nevýhodu lze odstranit volbou parenterálních přípravků, trandermálního – Evra nebo intravaginálního – NuvaRing).

Zdravotní kontraindikace se u žen starších 35 let neliší od žen mladších, s jedinou výjimkou, kterou je kouření. Uvádí se zvýšené riziko arteriálních cévních příhod u starších kuřaček užívajících kombinovanou hormonální antikoncepci a kouření se pokládá za kontraindikaci této metody u žen nad 35 let (do 15 cigaret denně za relativní kontraindikaci, nad 15 cigaret denně za absolutní kontraindikaci).

Z ostatních kontraindikací je u starších žen častější hypertenze. Krevní tlak 140/90 torr (při léčbě) se pokládá za kontraindikaci relativní, 160/100 (při léčbě) se uznává za kontraindikaci absolutní. Při relativní kontraindikaci je nutno zvážit případnou přítomnost dalších rizikových faktorů arteriálních příhod (obezita, hypercholesterolemie, rodinná anamnéza).

Naopak trochu do pozadí ustupují u mnohých žen obavy z tromboembolických příhod. Většina žen buď užívala kombinovanou hormonální antikoncepci v minulosti nebo prodělala těhotenství – nedošlo-li k hluboké žilní trombóze dosud, je každým rokem užívání této antikoncepční metody a každým prodělaným těhotenstvím riziko menší (byť nikoli nulové).

3.2 Gestagenní antikoncepce

Je vhodná především pro ženy, které mají kontraindikaci kombinované hormonální antikoncepce a odmítají antikoncepci nitroděložní.

Hlavní výhodou je minimum kontraindikací, u parenterálních metod i jednoduchost užívání.

Hlavní a důležitou (byť pouze kosmetickou) nevýhodou je nepravidelné krvácení. Část žen nekrvácí vůbec. To je ideální situace (u minipilulek a podkožních implantátů asi třetina žen, u injekčních metod přestává po první injekci menstru-

vat asi 20 % žen, po roce se počet blíží 80 %), která však zdaleka nenastane vždy, častější jsou různé formy nepravidelného krvácení nebo špinění. Na to je nutno ženu upozornit předem, odhadnout, kterou ženu to postihne, nelze. Léčba nepravidelného krvácení či polymenorey injekční gestagenní antikoncepcí (Depo-Provera, Sayana) je riskantní. Lze se nadít úspěchů, které působí až zázračně (krvácení po první injekci vymizí jednou provždy), lze se však dočkat stejně zázračných neúspěchů, kdy poruchy cyklu se ještě zhorší – řešení je pak obtížné. (U injekční gestagenní antikoncepce je nutno ženu upozornit, že tato metoda má určitý „doběh“ účinku, který je individuálně velmi různý – může to být v extrémním případě až 18 měsíců od poslední injekce. Pokud žena změní plány a rozhodne se otěhotnět, může být situace neřešitelná, vzhledem k věku už navždy.)

3.3 IUD – nitroděložní tělísko

Jedinou výhodou u starších žen je láce. Krvácení spíše prodlužují a zesilují, nepravidelnost zůstává. Problém může být dál zhoršen přítomností malých děložních myomů. Když už, volíme spíše GyneFix, který je menší než ostatní tělíška a vliv na krvácení je rovněž menší.

Zdravotní indikací pro zavedení IUD je karcinom prsu. U těchto žen jsou hormonální metody víceméně problematické, i když někdy možné.

3.4 LNG-IUS (Mirena) – hormonální nitroděložní systém s levonorgestrelm

Teoreticky vzato pro ženu po 35. roce věku, která neplánuje další těhotenství, metoda ideální. Nemění sice rytmus menstruačního krvácení (případně i nepravidelného), ovšem intenzita krvácení je výrazně snížena (v průměru o 95 %, asi pětina žen nekrváčí vůbec), takže nepravidelnost příliš nevadí. LNG-IUS má příznivý preventivní účinek na vznik dysfunkčního krvácení, hyperplazie, atypické hyperplazie, karcinomu endometria.

Zdravotní kontraindikace postrádá metoda téměř zcela (s výjimkou karcinomu prsu – i zde je však někdy její použití možné), hodí se i pro ženy se závažnými interními nemocemi nebo se závažnými trombofilními stavy. Problém může nastat u žen, které nerodily pochvou, kde je zavedení někdy obtížnější a bolestivější, vzácně možné jen v narkóze (při kontraindikaci jiných metod stojí za úvahu i tento postup).

Mirena nechrání pochopitelně před vegetativním syndromem, ovšem objeví-li se jeho příznaky, je snadné přidat nízké dávky estradiolu (v jakékoli formě, velmi zajímavé je v tomto smyslu kombinace Mireny s estrogenním implantátem – Riselle).

Mirenu lze ponechat (případně dokonce po 5 letech znovu zavést) i u žen postmenopauzálních, jako svéráznou gestagenní složku hormonální substituce. Podá-

váme pak jen estrogény a k ženě se z hlediska hormonální terapie chováme stejně, jako by byla hysterektomována.

4 Do kdy užívat antikoncepci

Obecné doporučení „rok po menopauze“ lze bez problémů uplatnit jen u IUD (a u metod nevyžadujících lékařskou asistenci).

U kombinované hormonální antikoncepce lze v 50 letech vyšetřit hladinu FSH a estradiolu. Vyšetření je nutno provést sedmý den pauzy při užívání antikoncepce (takovou pauzu lze v tomto věku učinit i u přípravků obsahujících v jednom balení 24 tablet). Hladina FSH nad 40 IU/ml a hladina estradiolu pod 20 µg/l svědčí jednoznačně pro postmenopauzu. Fakticky stačí i hladiny „nad 30 a pod 30“. Zjistíme-li takový výsledek, je užívání antikoncepce jako antikoncepce zbytečné a lze ho ukončit nebo (snad lépe) přímo přejít na přípravky hormonální terapie postmenopauzy.

U gestagenní antikoncepce pravidla stanovena nejsou, v 50 letech je možno uvážit ukončení antikoncepce a vyčkat, objeví-li se spontánní menstruační cyklus.

U nitroděložního systému s levonorgestrellem (Mirena) je možno po 50. roce věku stanovit FSH a estradiol v „náhodný den“ cyklu. Je to však zbytečné. Pokud žena nemá příznaky vegetativního syndromu, je možno vyčkat. Pokud má, přidáme estrogény, jak uvedeno výše. Takto lze pokračovat nejméně dalších 10 let.

*P. Čepický
Terronská 61
160 00 Praha 6*

DOPORUČENÝ POSTUP V PERINATOLOGII

ZÁSADY DISPENZÁRNÍ PÉČE VE FYZIOLOGICKÉM TĚHOTENSTVÍ

DRUHÁ REVIZE, VERZE 6 (29.1. 2010)

V. Unzeitig, A. Měchurová, M. Procházka, P. Čepický

Oponenti:

výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP – schváleno 8. 1. 2010

výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Revize textu:

2007 (HIV, HBsAg)

Následující přehled vymezuje základní frekvenci kontrol a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím.

Při prvním vyšetření v těhotenské poradně rozhodne ošetřující lékař na základě získaných anamnestických údajů a aktuálního klinického nálezu o míře případného rizika a těhotnou zařadí do některé ze tří následujících skupin:

a) Těhotné s malým rizikem jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako fyziologické a dispenzární perinatální péče je poskytována:

- do 28. týdne gravidity včetně v intervalu 4 - 6 týdnů
- 29. – 36. týden gravidity včetně v intervalu 3 – 4 týdnů
- od 37. týdne gravidity do termínu porodu jedenkrát týdně

Těhotná může být předána do ambulantní péče pracoviště, které povede porod, již v 36. týdnu gravidity, nejpozději však v termínu porodu. Péče o potermínové těhotenství (viz doporučený postup Péče o potermínové těhotenství) v ambulanci registrujícího gynekologa je možná na základě jeho dohody s lůžkovým zařízením, kde bude žena родit.

b) Těhotné se středním rizikem mají svoji anamnézu zatíženu rizikovými faktory. Výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme jako rizikové. Frekvence návštěv je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy. Objeví-li se ve sledování rizikových těhotných laboratorní

výsledky mimo hranice fyziologie, musí být převedeny do třetí skupiny. O rozsahu a frekvenci laboratorních či konziliárních vyšetření rozhoduje ošetřující gynekolog podle charakteru a závažnosti rizikového faktoru.

c) Těhotné s vysokým rizikem mohou (ale nemusí) mít v anamnéze rizikové faktory. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Do této skupiny patří i ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Takové těhotenství označujeme jako patologické. Frekvence návštěv i rozsah laboratorních či konziliárních vyšetření jsou zcela individuální a rozhoduje o nich ošetřující gynekolog podle charakteru a závažnosti rizikového faktoru.

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatalní péče rozdělujeme na:

- **pravidelná** (provádějí se při každé návštěvě těhotenské poradny),
- **nepravidelná** (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství).

Komplexní prenatalní vyšetření musí být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i vystavení těhotenské průkazky s podrobnou (nejlépe písemnou) informací o průběhu prenatalní péče. Povinnými údaji zaznamenanými v těhotenské průkazce jsou přesná ultrazvuková datace gravidity a u vícečetné gravidity i stanovení chorionicity.

Pravidelná vyšetření:

- sběr anamnestických údajů a určení míry rizika
- zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku
- chemická analýza moči
- bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre (dle úvahy lékaře)
- detekce známek vitality plodu

Nepravidelná vyšetření (uváděno v dokončených týdnech těhotenství):

11. – 13. týden:

- stanovení krevní skupiny ABO + RhD
- screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu
- sérologické vyšetření HIV a HBsAg
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis
- glykémie na lačno
- kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening nejčastějších chromozomálních vad plodu (není-li dostupný, nahradí jej biochemický screening vrozených vývojových vad ve 2. trimestru)

16. týden:

- biochemický screening vrozených vývojových vad (pouze v případě, že nebyl proveden kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening v 1. trimestru)

18. – 22. týden:

- ultrazvukové vyšetření

24. – 28. týden:

- orální glukózo – toleranční test (oGTT)
(viz Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě)

28. týden:

- screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek u žen RhD negativních
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis

30. – 32. týden:

- ultrazvukové vyšetření

36. – 38. týden:

- detekce streptokoků skupiny B v pochvě

38., 39. a 40. týden:

- kardiokotografický non–stress test

Ostatní vyšetření zde nevedená překračují rámec dispenzární péče o fyziologické těhotenství.

<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>

Poznámky:

MODERNÍ BABICTVÍ 20

ODBORNÝ ČASOPIS PRO PORODNICTVÍ A GYNEKOLOGII

Odpovědný redaktor:

Zuzana Čepická Líbalová

Sazba, lito a tisk:

Typokabinet – grafický ateliér, SWL – ofsetová tiskárna

Vydal:

LEVRET s.r.o., Terronská 61, Praha 6

s finančním příspěvkem Bayer Schering Pharma, BAYER s.r.o.

Vychází 3x ročně

Registrační číslo titulu: MK ČR E 14962

Objednávky a předplatné:

SEND Předplatné s.r.o., Ve Žlábku 1800, 190 00 Praha 9

tel.: 225 985 225, fax: 225 341 425

e-mail: send@send.cz

PRAHA 2011

ISSN 1214-5572

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

QLAIRA, potahované tablety

Složení: Jedno balení obsahuje: 2 tmavě žluté tablety, jedna obsahuje 3 mg estradioli valeras, 5 středně červených tablet, jedna obsahuje 2 mg estradioli valeras a 2 mg dienogestum, 17 světle žlutých tablet, jedna obsahuje 2 mg estradioli valeras a 3 mg dienogestum, 2 tmavě červené tablety, jedna obsahuje 1 mg estradioli valeras, 2 bílé placebo tablety neobsahují léčivé látky. Indikace: Perorální kontracepce. Léčba silného menstruačního krvácení u žen bez organických patologických změn, které chtějí užívat perorální kontracepci. Dávkování a způsob podávání: Užívání je nepřetržité. Užívá se 1 tableta denně 28 po sobě následujících dní. Pediatrická populace: Nejsou dostupné údaje použití přípravku u dospívajících před 18. rokem věku. Kontraindikace: Trombotická/tromboembolická (venózní či arteriální) nebo cerebrovaskulární příhoda nebo prodromy trombózy současné nebo v anamnéze. Přítomnost závažných nebo mnohonásobných rizikových faktorů pro vznik trombózy: diabetes mellitus s postižením cév, závažná hypertenze a dyslipoproteinémie. Hereditární nebo získaná predispozice k venózní nebo arteriální trombóze. Těžké jaterní onemocnění, jaterní tumory nebo pankreatitis probíhající nebo v anamnéze, byla-li spojena s hypertriglyceridemií. Maligní nádory pohlavních orgánů nebo prsů ovlivnitelné steroidy či podezření na ně. Migréna s fokálními neurologickými symptomy v anamnéze. Vaginální krvácení nejasné příčiny. Přecitlivělost na některou složku přípravku. Zvláštní upozornění: Přírůstek zisku a rizika z podávání přípravku je třeba individuálně zvážit s ohledem na přítomnost některých stavů nebo rizikových faktorů. Interakce: Léky a látky ovlivňující jaterní mikrozomální enzymy. Těhotenství a kojení: Přípravek Qlaira se nesmí užívat během těhotenství a kojení.

Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Qlaira nemá žádný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Nežádoucí účinky: Případné nežádoucí účinky jsou např.: amenorea, dysmenorea, intracyklické krvácení, metroragie, bolesti hlavy a břicha. Uchovávání: Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní požadavky. Balení: 28 tablet, 3x28 tablet. Držitel rozhodnutí o registraci: Bayer Schering Pharma AG, D-13342 Berlín, Německo. Registrační číslo: 17/032/09-C Datum poslední revize textu: 8. 10. 2010. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku nebo získáte na adrese: Bayer s.r.o., Siemensova 2717/4, Praha 5, 155 80.



Zkrácený souhrn údajů o přípravku YAZ®

0,02 mg /3 mg potahované tablety

Farmakoterapeutická skupina (ATC): Gestageny a estrogeny, fixní kombinace.

Složení: 24 světle růžových potahovaných tablet, 1 tableta obsahuje drospirenonum 3,00 mg a ethinylestradiolum 0,02 mg a 4 bílé neúčinné potahované tablety (placebo).

Indikace: Orální kontracepce.

Dávkování a způsob podávání: Užívá se jedna tableta denně po dobu 28 dní po sobě jdoucích. Nové balení se užívá následující den po užití poslední tablety z předchozího.

Kontraindikace: Trombóza (venózní či arteriální), prodromy trombózy nebo cévní mozková příhoda (přítomné či v anamnéze). Přítomnost závažných nebo vícečetných rizikových faktorů pro vznik arteriální trombózy. Hereditární nebo získaná predispozice k trombóze. Těžké jaterní onemocnění, jaterní tumory nebo pankreatitis spojená s těžkou hypertriglyceridemií probíhající nebo v anamnéze. Závažná renální insuficience nebo akutní selhání. Maligní nádory pohlavních orgánů nebo prsu ovlivnitelné steroidy či podezření na ně. Migréna s fokálními neurologickými symptomy v anamnéze. Vaginální krvácení nejasné příčiny. Přecitlivělost na některou složku přípravku.

Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Epidemiologické studie prokázaly, že riziko VTE pro OC obsahující drospirenon je vyšší než pro OC obsahující levonorgestrel a může být podobné riziku pro OC obsahující desogestrel/gestoden. Přínos zisku a rizika z podávání přípravku je třeba individuálně zvážit s ohledem na přítomnost některých stavů nebo rizikových faktorů.

Interakce: Hydantoináty, barbituráty, primidon, karbamazepin, rifampicin, oxkarbazepin, topiramát, felbamát, ritonavir, griseofulvin, přípravky obsahující třezalku tečkovanou, některá antibiotika, přípravky indukující jaterní enzymy.

Těhotenství a kojení: Přípravek se nemá užívat během těhotenství a kojení.

Nežádoucí účinky: Případné nežádoucí účinky jsou např.: bolesti hlavy a prsou, metroragie, amenorea, nauzea a jiné.

Uchovávání: Žádné zvláštní podmínky.

Druh obalu a velikost balení: blistr PVC/AL v kartonovém obalu, 1x 28 tablet, 3x28 tablet.

Držitel registračního rozhodnutí: Bayer Schering Pharma AG, D-13342, Berlín, Německo.

Registrační číslo: 17/316/08–C

Datum poslední revize textu: 8.6.2011.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku nebo získáte na adrese: Bayer s.r.o., Siemensova 2717/4, Praha 5, 155 80.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Úplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku nebo získáte na adrese:

Bayer s.r.o., Siemensova 2717/4, Praha 5, 155 80




Bayer HealthCare

Kontinuální péče

v režimu

24/4^{1,2}
s drsp[®]

- ✓ **monofázická antikoncepce**
s nízkou dávkou estrogenu (20 µg EE)
a unikátním gestagenem (drospirenon)
s antiandrogenním
i antimineralokortikoidním účinkem¹
- ✓ **3 aktivní tablety navíc v režimu** 
snížují kolísání hladin hormonů^{1,2}



Literatura:

1. Souhrn údajů o přípravku YAZ, 11.6.2008

2. Klipping C, Duijkers I, Trummer D, Marr J. Suppression of ovarian activity with a drospirenone-containing oral contraceptive in a 24/4 regimen. Contraception 2008;78:16-25

EE (ethinylestradiol)

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Úplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku nebo získáte na adrese: Bayer s.r.o., Siemensova 2717/4, Praha 5, 155 80



Bayer HealthCare



Qlaira®

V harmonii s ženským tělem

Jiná než ostatní^{1,2} pilulka

- inovativní OC poskytující přirozený estrogen¹
- jediná OC schválená pro léčbu silného menstruačního krvácení (HMB)^{1,2}
- kombinace estradiol valerátu a dienogestu poskytující ženám nové benefity:¹
 - 88% redukce krevní ztráty během menstruace^{*.1}
 - unikátní dávkovací režim 26/2^{** .1,3}

OC: orální kontracepce (oral contraception); HMB: heavy menstrual bleeding;

* po 6 měsících léčby od nasazení; ** 26 tbl. s účinnou látkou/ 2 tbl. s placebem (dávkování – 1 tbl. denně)

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku Qlaira®, potahované tablety. 2. <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php> ze dne 8.2.2011. 3. Jensen JT : Evaluation of a new estradiol oral contraceptive: estradiol valerate and dienogest, Expert Opin.Pharmacother., 11(7), 2010.



Bayer HealthCare