

52. konference gynekologie dětí a dospívajících



SEKCE GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH
Česká gynekologická a perinatologická společnost ČSOP



14.–16. 10. 2021
Lázně Bělohrad

program
abstrakta

www.detskagynekologie.amca.cz





PRVNÍ ANTIKONCEPCE TYPU NEST

drovelis

14,2 mg estetrolu + 3 mg drospirenonu
Režim 24/4

Antikoncepce bez kompromisů

JE ČAS DOSÁHNOUT NOVÝCH VÝŠIN V PERORÁLNÍ ANTIKONCEPCI



12[®] YEARS

GEDEON RICHTER

ZKRÁCENÉ SPC LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU DROVELIS ▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. **Složení:** Aktivní tableta obsahuje drospirenon 3 mg a estetrol 14,2 mg. **Indikace:** Perorální antikoncepce. **Dávkování:** Užívá se jedna tableta denně po dobu 28 po sobě následujících dní. Každé následující balení se začíná užívat hned následující den. **Kontraindikace:** Protože nejsou dosud k dispozici žádné epidemiologické údaje o CHC s obsahem estetrolu, kontraindikace CHC s obsahem ethinylestradiolu jsou považovány za platné i pro použití přípravku Drovelis. **Interakce:** CHC může interagovat s induktory/ inhibitory jaterních enzymů. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Drovelis není indikován během těhotenství ani kojení. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky patří metroragie (4,3 %), bolest hlavy (3,2 %), akné (3,2 %), vaginální krvácení (2,7 %) a dysmenorea (2,4 %). **Velikosti balení:** 84 (3×28). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21, 1103 Budapešť, Maďarsko. **Registrační čísla:** EU/1/21/1547/001-004. **Datum revize textu SPC:** 19. 5. 2021. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Úvodní slovo

Vážené kolegyně, vážení kolegové, přátelé dětské gynekologie,

dovolujeme si Vás přivítat na opakovaně odložené 52. konferenci gynekologie dětí a dospívajících v Lázních Bělohrad v malebném podhůří Krkonoš.

Konferenci organizuje Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP ve spolupráci se Sekcí gynekologie dětí a dospívajících ČGPS a také s naší partnerskou slovenskou organizací – Sekcí gynekologie dětí a dospívajících SGPS. Organizaci zajišťuje, jako již tradičně, firma AMCA.

Součástí konference je i workshop s tématem „Forenzní aspekty v denní praxi“, do kterého jsme jako přednášející pozvali odborníky zabývající se touto problematikou z pohledu různých specializací.

I když o důležitosti oboru GDD není pochyb, náš obor se bohužel potýká v pravidelných obdobích se zneuznáním a musíme bojovat za svou existenci. I přes tuto nepřízeň se náš obor významně posunul dopředu a GDD se opět stala součástí subspecializačních oborů gynekologie a porodnictví.

Mezi významné úspěchy patří vydání knihy Dětská gynekologie. Snažíme se náš obor medializovat prostřednictvím různých aktivit jako jsou přednášky a odborné publikace. Za dobu od poslední konference odatestovali noví mladí dětské gynekologové. Pokračujeme v navázané spolupráci s Evropskou asociací gynekologie dětí a dospívajících (EURAPAG) a společně pracujeme na vytvoření evropských vzdělávacích programů. Není tedy pochyb, že dětská gynekologie má své pevné místo a tradici v české medicínské obci a že je velmi živou a aktivní komunitou. Proto je velmi důležité, že se všichni příznivci oboru GDD pravidelně schází na našich odborných aktivitách – konferencích GDD.

Naše konference nejsou jen místem k prezentaci odborných sdělení, ale jsou určeny i k setkání s přáteli, k relaxaci, odreagování a pobavení se, třeba při společenském programu, který je pro Vás připraven i letos. Zvolená lokalita skýtá všechny předpoklady pro splnění jmenovaných atributů.

Za všechny organizátory konference Vám přejeme hezké chvíle v Lázních Bělohrad.

MUDr. Dana Ondrová, Ph.D., MBA, IFEPAG

prezidentka konference

předsdkyně České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

MUDr. Jana Alešová

viceprezidentka konference

předsdkyně Sekce gynekologie a dospívajících ČGPS ČLS JEP

MUDr. Zuzana Nižňanská, PhD., IFEPAG

předsdkyně Sekce gynekologie dětí a dospívajících SGPS SLS

Všeobecné informace

Datum a místo konání

14.–16. října 2021
Hotel Tree of Life
Lázeňská 531
507 81 Lázně Bělohrad

Pořadatelé

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

Organizační a programový výbor

MUDr. Dana Ondrová, Ph.D., MBA, IFEPAG

prezidentka konference

předsedkyně České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

MUDr. Jana Alešová

viceprezidentka konference

předsedkyně Sekce gynekologie a dospívajících ČGPS ČLS JEP

Ostatní členové výboru

MUDr. Tibor Feldmár

MUDr. Nataša Feráková

MUDr. Martin Mužík

MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IFEPAG

MUDr. Helena Neumannová, IFEPAG

MUDr. Zuzana Nižňanská, Ph.D., IFEPAG

MUDr. Jana Skřenková

MUDr. Dagmar Smetanová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Špaček, Ph.D., IFEPAG

MUDr. Leoš Teslík, IFEPAG

MUDr. Igor Sedliak

Ohodnocení

Vzdělávací akce je akreditována Českou lékařskou komorou a pořádána dle stavovského předpisu ČLK číslo 16.

ID akce: 103558

Pasivní účast: max. 18 kreditů

Hlavní autor přednášky: 7 kreditů

Spoluautor přednášky: 5 kreditů

Certifikáty

Kredity získané za aktivní i pasivní účast na konferenci budou členům ČLK připsány automaticky.

Počet kreditů získaných za účast na všech vzdělávacích akcích lze zjistit po přihlášení do Vzdělávacího portálu ČLK.

Stravování

Registrační poplatek vedle účasti na vědeckém programu a doprovodné výstavě a konferenčních materiálů zahrnuje i občerstvení během kávových přestávek a oběd v pátek 15. 10. Oběd na sobotu 16. 10. je možné zakoupit u registrace za 250 Kč.

Sekretariát konference

AMCA, spol. s r. o.

Academic and Medical Conference Agency

Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2

m: +420 731 496 060

e: amca@amca.cz

www.amca.cz



Stříbrní partneři



Pierre Fabre
Médicament

Bronzoví partneři



Vystavovatelé



Mediální partneři



15.00–18.45 WORKSHOP FORENZNÍ ASPEKTY V DENNÍ PRAXI

Předsedající: J. Alešová

- Spolupráce s OSPOD
Vladimíra Kvapilová, Sociálně-zdravotní oddělení, FNB a 1. LF UK, Praha
- Postup policie při ohlášení trestného činu pohlavního zneužití/znásilnění a výslech dětského svědka
kpt. Mgr. Jana Peršínová, Krajské ředitelství policie Středočeského kraje, Praha

16.40–16.55 Kávová přestávka

- Domácí násilí a sexuální trestné činy
JUDr. Lucie Hrdá, AK Hrdá, s.r.o., Praha
- Úskalí forenzního vyšetřování v dětské gynekologii
MUDr. Jana Alešová, NZZ Jana Alešová s.r.o., Havířov
- Jak jsme na tom v ČR s včasnou detekcí ohrožených dětí a co jsou největší překážky
Ing. Dana Lipová, ředitelka OPS Sirius, Praha

19.00 SCHŮZE VÝBORU ČSGDD ČLS JEP, SGDD ČGPS ČLS JEP A SGDD SLS

Pátek 15. 10.

9.00–9.10 Zahájení konference

MUDr. Dana Ondrová, Ph.D., MBA, IFEPAG

9.10–11.00 SEKCE I

Předsedající: D. Ondrová, D. Smetanová

1. Po stopách gynekologie dětí a dospívajících – výročí dětské gynekologie
Skřenková J., Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
2. Proč jsme vybojovali dětskou gynekologii
Alešová J., NZZ Jana Alešová s.r.o., Havířov

Saxenda® – Jediný analog GLP-1 schválený Evropskou
lékovou agenturou pro snížení tělesné hmotnosti¹

*Měla jsem sílu
a vůli sama rozjet
svůj byznys. Ale
abych zhubla
a hmotnost si
udržela, na to
potřebuji vaši
pomoc.*



Přípravek Saxenda® je nově schválen
i pro dospívající pacienty ve věku od 12 let.¹

Obezita je chronické metabolické onemocnění
vyžadující pomoc lékaře.²



Reference: 1. SPC přípravku Saxenda®. 2. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; on behalf of the World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18(7):715-723.

Zkrácená informace o léčivém přípravku Saxenda® 6 mg/ml injekční roztok v předplněném peru

Složení: 1 ml roztoku obsahuje liraglutidum 6 mg. Jedno předplněné pero obsahuje liraglutidum 18 mg ve 3 ml. **Indikace:** Dospělí: doplňková léčba k dietě se sníženým obsahem kalorií a zvýšené fyzické aktivitě za účelem úpravy hmotnosti u dospělých pacientů s počáteční hodnotou indexu tělesné hmotnosti BMI ≥ 30 kg/m² (obezita) nebo BMI ≥ 27 kg/m² až < 30 kg/m² (nadváha) za přítomnosti alespoň jedné komorbidity související s hmotností, např. s dysglykemií, hypertenzí, dyslipidemií nebo obstrukční spánkovou apnoí. Dospívající (≥ 12 let): doplňková léčba ke zdravé výživě a zvýšené fyzické aktivitě k úpravě tělesné hmotnosti u dospívajících pacientů ve věku od 12 let s obezitou (BMI odpovídající ≥ 30 kg/m² u dospělých podle mezinárodních hraničních hodnot) a tělesnou hmotností nad 60 kg. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí: počáteční dávka 0,6 mg jednou denně. Dávka má být zvýšena na 3,0 mg jednou denně v přírůstcích po 0,6 mg v nejméně jednodenních intervalech, aby se zlepšila gastrointestinální snášenlivost. Pokud není navýšení na vyšší dávku během dvou po sobě jdoucích týdnů dobře snášeno, zvažte ukončení léčby. Denní dávky vyšší než 3,0 mg se nedoporučují. Dospívající (≥ 12 let až < 18 let): je třeba použít podobný postup navýšování dávky jako u dospělých. Dávka má být zvyšována až do dosažení 3,0 mg (udržovací dávka) nebo do dosažení maximální tolerované dávky. Denní dávky vyšší než 3,0 mg se nedoporučují. Zmeškané dávky: pokud dojde k vynechání dávky do 12 hod od obvyklé doby podání, má si ji pacient aplikovat co nejdříve. Pokud do další dávky zbývá méně než 12 hod, pacient si nemá vynechanou dávku aplikovat a musí pokračovat v režimu podávání jednou denně další obvyklou dávkou. Pacient si nesmí vzít dávku navíc ani dávku zvýšit, aby vynechanou dávku nahradil. Přípravek Saxenda® je určen pouze pro subkutánní podání. Nesmí být podán intravenózně nebo intramuskulárně. Podává se jedenkrát denně kdykoli v průběhu dne, nezávisle na jídle. Pokud dojde k vynechání dávky do 12 hodin od obvyklé doby podání, má si ji pacient aplikovat co nejdříve. Pokud do další dávky zbývá méně než 12 hodin, pacient si nemá vynechanou dávku aplikovat a musí pokračovat v režimu podávání jednou denně další obvyklou dávkou. Nesmí docházet k nahrazování vynechané dávky či k navýšování dávky za účelem úpravy vynechané dávky. Aplikuje se injekčně do břicha, stehna nebo horní části paže. Pacienti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu: Saxenda® se nemá používat v kombinaci s jinými agonisty GLP-1 receptoru. Při zahájení podávání přípravku Saxenda® zvažte snížení dávky souběžně podávaného inzulínu nebo sekretagogu inzulínu (např. sulfonylurey), aby se snížilo riziko hypoglykemie. K úpravě dávky inzulínu nebo sekretagogu inzulínu je nutné monitorování glykemie pacientem. **Zvláštní skupiny pacientů:** Starší pacienti (≥ 65 let): z důvodu věku není nutná žádná úprava dávkování. Zkušenosti s léčbou pacientů ve věku ≥ 75 let jsou omezené a použití u těchto pacientů se nedoporučuje. Porucha funkce ledvin: u pacientů s lehkou či středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu ≥ 30 ml/min) není nutná žádná úprava dávkování. Přípravek Saxenda® není doporučen pro použití u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu ≤ 30 ml/min) včetně pacientů v konečném stadiu selhání ledvin. Porucha funkce jater: u pacientů s lehkou nebo středně těžkou poruchou funkce jater není doporučena žádná úprava dávkování. Přípravek Saxenda® se nedoporučuje používat u pacientů s těžkou poruchou funkce jater a u pacientů s lehkou či středně těžkou poruchou funkce jater se musí používat s opatrností. Pediatrická populace: U dospívajících ve věku od 12 let není nutná žádná úprava dávky. Bezpečnost a účinnost přípravku Saxenda® u dětí mladších 12 let nebyla stanovena. V současnosti dostupné údaje jsou uvedeny v bodech 4.8, 5.1 a 5.2 viz SPC, na jejich základě však nelze učinit žádná doporučení ohledně dávkování. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na liraglutid nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** u pacientů s onemocněním diabetes mellitus se nesmí Saxenda® používat jako náhrada za inzulín. U pacientů se závislostí na podávání inzulínu byla po rychlém vysazení nebo snížení dávky inzulínu hlášena diabetická ketoacidóza (viz bod 4.2). U pacientů ve věku 75 let nebo výše, léčených dalšími přípravky k úpravě hmotnosti, se sekundárně obezitou při endokrinných onemocněních či při poruchách příjmu potravy nebo u pacientů léčených přípravky, které mohou způsobovat nárůst tělesné hmotnosti, s těžkou poruchou funkce ledvin, s těžkou poruchou funkce jater, s městnavým srdečním selháním třídy IV podle NYHA a se zánětlivým onemocněním střev a diabetickou gastroparézou se použití nedoporučuje. Pankreatitida, cholelitiáza a cholecystitida, onemocnění štítné žlázy, srdeční frekvence, dehydratace a hypoglykemie viz SPC. Pediatrická populace: U dospívajících (≥ 12 let) léčených liraglutidem byly hlášeny epizody klinicky významné hypoglykemie. Pacienti mají být informováni o charakteristických příznacích hypoglykemie a příslušných opatřeních. **Významné interakce:** malé zpoždění ve vyprazdňování žaludku při používání liraglutidu může ovlivnit absorpci současně podávaných perorálních léčivých přípravků. Saxenda® se nesmí mísit s jinými injekčními přípravky (např. inzulíny). Warfarin a další deriváty kumarinu, paracetamol, atorvastatin, griseofulvin, digoxin, lisinopril a perorální antikoncepční přípravky viz SPC. Studie interakcí byly provedeny pouze u dospělých. **Těhotenství a kojení:** liraglutid se nemá v těhotenství a během kojení užívat. Pokud si pacientka přeje otěhotnět nebo otěhotní, má být léčba liraglutidem přerušena. **Nežádoucí účinky:** nedoporučuje se pro použití u pediatrických pacientů. Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou gastrointestinální poruchy (velmi časté: nauzea, zvracení, průjem, zácpa; méně časté: pankreatitida, zpoždění vyprazdňování žaludku. Ostatní viz SPC. **Předávkování:** Hlášené příhody zahrnovaly těžkou nauzeu, těžké zvracení a těžkou hypoglykemie. **Balení:** zásobní vložka obsažená v jednorázovém předplněném vícedávkovém peru. Jedno pero obsahuje 3 ml roztoku a lze jej použít k aplikaci dávky 0,6 mg, 1,2 mg, 1,8 mg, 2,4 mg a 3,0 mg. Velikost balení 3 předplněná pera. **Doba použitelnosti:** 30 měsíců. Po prvním použití 1 měsíc. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Neuchovávejte v blízkosti mrazáčního oddílu. Po prvním použití uchovávejte při teplotě do 30 °C nebo v chladničce (2 °C – 8 °C). Ponechávejte uzavřené na peru, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Způsob výdeje:** výdej vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum schválení:** 23. března 2015. **Datum revize textu:** 04/2021. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Dánsko. **Reg. číslo:** EU/1/15/992/002. **Další informaci získáte z SPC, příbalové informace nebo na adrese firmy Novo Nordisk:** Novo Nordisk s.r.o., Evropská 33c, 160 00, Praha 6.

CZ21SX00048

3. Torze adnex v dětském věku
Nováčková M., GPK 2. LF UK a FNM, Praha
4. Adnexectomie v dětství a adolescentním věku
Neumannová H., Homolková E., Holá R., Provazníková A., GPK FN Bulovka a 1. LF UK, Praha
5. Forenzní důsledky torze adnex
Alešová J., NZZ Jana Alešová s.r.o., Havířov
6. Možnost zachování fertility u mladých patientek s diagnózou maligního onemocnění
Ondrová D., Řezáčová J., ÚPMD, Praha

11.00–11.30 Kávová přestávka a prohlídka výstavy

11.30–13.15 SEKCE II

Předsedající: J. Alešová, H. Neumannová

7. Syndrom polycystických ovarií
Pojarová M., GPK FN Bulovka a 1. LF UK, Praha
8. Endometrióza v dětském věku a adolescenci
Sadloňová J.¹, Neumannová H.², ¹ProFemine, Hradec Králové, ²GPK FN Bulovka a 1. LF UK, Praha
9. Náhlá příhoda břišní a následná peroperační diagnostika vrozené vývojové vady vnitřních rodidel – kazuistika
Smetanová D.¹, Skřenková J.², Teslík L.³, Neumannová H.⁴, ¹GENNET s.r.o., Praha, ²GPK 1. LF UK a VFN, Praha, ³Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Hořovice, ⁴GPK FN Bulovka a 1. LF UK, Praha
10. Cizí těleso v pochvě – kazuistika
Pojarová M., Homolková E., GPK FN Bulovka a 1. LF UK, Praha
11. Antikoncepce – dobrá volba pro dospívající dívky
(přednáška ve spolupráci se společností Exeltis)
Čadílek H., Nemocnice Šumperk
12. Estetrol a možnosti jeho klinického využití
(přednáška ve spolupráci se společností Gedeon Richter)
Křepelka P., Praha

13. Tardyferon a jeho využití v léčbě juvenilní metrorrhagie
(přednáška ve spolupráci se společností Pierre Fabre Laboratories)
Müllerová M., GPK FN Bulovka a 1. LF UK, Praha

13.15–14.30 Oběd

14.30–16.55 SEKCE III

Předsedající: H. Kosová, M. Mužík

14. Sexualita dětí a dospívajících, transgender
Šteflová E., Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.
15. Hyperandrogenismus a současně nadměrný vzrůst v dospívání, diferenciální diagnostika.
Semerádová I., Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a. s.
16. Transgender problematika v ČR plus neutrální pohlaví
Neumann D., LF UK a FN Hradec Králové
17. Sexuální inkongruence v dětství a adolescenci. Existuje fluidita a plasticita sexuální identity?
Pastor Z.^{1,2}, Chmel R.¹, ¹GPK 2. LF UK a FN Motol, Praha, ²Laboratoř evoluční sexuologie a psychopatologie, NÚDZ, Klecany

15.40–16.00 Kávová přestávka a prohlídka výstavy

18. Psychologické aspekty žen se syndromem MRKH a holistický přístup k jejich léčbě
Chmel R.¹, Pastor Z.^{1,2}, ¹GPK 2. LF UK a FN Motol, Praha, ²Laboratoř evoluční sexuologie a psychopatologie, NÚDZ, Klecany
19. Možnosti menstruační hygieny se zaměřením na pomůcky pro mladé dívky
Bittnerová I., Má Luna s.r.o., Jablonec nad Nisou
20. Systémová enzymoterapie v gynekologii dětí a dospívajících
(přednáška ve spolupráci se společností MUCOS Pharma CZ, s.r.o.)
Kosová H., Gynekologie Studentský dům s.r.o., Praha
21. Nové možnosti redukce váhy u obézních dospívajících a dospělých
(přednáška ve spolupráci se společností Novo Nordisk s.r.o.)
Ondrová D., ÚPMO, Praha

20.00 Konferenční večeře

Sobota 16. 10.

9.00–10.15 SEKCE IV

Předsedající: N. Feráková, Z. Nižňanská

22. Organizační záležitosti GDD v ČR a SR
Alešová J.¹, Nižňanská Z.², ¹NZZ Jana Alešová s.r.o., Havířov, ²UNB a LF UK, Bratislava
23. Hormonální léčba v dětské gynekologii
Nižňanská Z., UNB a LF UK, Bratislava
24. Hematometra v rudimentárním rohu dělohy
Haladová B.¹, Dvořák O.^{1,2}, Špaček J.^{1,2}, ¹Porodnická a gynekologická klinika FNHK, ²LF UK, Hradec Králové
25. Hydro-muco-urocolpos
Olajcová L., Koreň R., Molčan J., DFN B. Bystrica

10.15–10.45 Kávová přestávka a prohlídka výstavy

10.45–12.15 SEKCE V

Předsedající: D. Ondrová, J. Skřenková

26. Nutnost akutního ošetření hymenální atrezie u novorozence
Dudová A., Malá K., Ondrová D., ÚPMD, Praha
27. Řešení ovariálních cyst v dětském věku – kazuistiky
Pojarová M., Neumannová H., Homolková E., FN Bulovka a 1. LF UK, Praha
28. Je matka vždy istá?
Stanko P., Gynekologická ambulancia GYNGAAL, Pezinok
29. Mutace genu tp63 a její spojitost s vývojem rodidel
Poncová R.¹, Skřenková J.¹, Sedláček J.², Šípek J.³, ¹GPK 1. LF UK a VFN, ²Urologická klinika 1. LF UK a VFN, ³Ústav biologie a lékařské genetiky 1. LF UK a VFN, Praha
30. Kazuistika – recidivující perianální kondylomata u 5leté dívky
Hrdonková E., Bednářová B., Kaprálová H., GPK FN a LF UK, Plzeň

31. Význam laparoskopie v GDD
Sedliak I., UNLP, Košice
32. Symptotermální metoda jako významný způsob monitorování funkce vaječníků
Lázničková L., Gyn. ambulance Centrum naděje a pomoci, Brno

12.15 Zakončení konference

Abstrakta

Abstrakta neprošla jazykovou ani autorskou korekturou.

PROČ JSME VYBOJOVALI DĚTSKOU GYNEKOLOGII

J. Alešová

NZZ Jana Alešová s.r.o, Havířov

Autorka – předsedkyně Sekce gynekologie dětí a dospívajících ČGPS ČLS JEP shrnuje ve sdělení stav vzdělávání, resp. nevzdělávání v nastavbovém oboru gynekologie dětí a dospívajících do roku 2020, informuje o celé problematice související s oborem.

Seznamuje s aktuálním stavem, který se podařilo nastolit v rámci nastavbového oboru gynekologie dětí a dospívajících, informuje o spolupráci s mezinárodními složkami zabývajícími se dětskou gynekologií.

Zároveň upozorňuje na negativa a nešvary, které se v rámci provozování praxí v oboru GDD vyskytly.

FORENZNÍ DŮSLEDKY TORZE ADNEX

J. Alešová

NZZ Jana Alešová s.r.o, Havířov

Autorka publikuje dvě kasuistiky, které popisuje z pohledu soudního znalce v oboru dětské gynekologie.

První kasuistika se zabývá případem pubertální dívky, která byla opakovaně vyšetřována chirurgem a gynekologem v časovém období od března až do července pro bolesti břicha, kdy nakonec operována pod obrazem náhlé příhody břišní.

Došlo ke stížnosti ze strany matky na ošetřující lékaře pro podezření na postup non lege artis, resp. zanedbání péče, neboť při řešení NPB bylo nutno odstranit pravá adnexa.

Matka žádala finanční odškodnění pro dceru.

Druhá kasuistika popisuje případ rovněž pubertální dívky, která pro bolesti břicha byla hospitalizována v malé nemocnici. Následkem alergické reakce u pacientky se diagnostický postup nasměroval mimo původní problém – bolesti břicha a z tohoto omylu pak rezultoval celý další vývoj v diagnosticko léčebném postupu. I tato dívka skončila akutní operací v situaci NPB a vzhledem k aktuálnímu stavu vnitřních rodidel následkem protrahované vývoje obtíží k jednostranné ztrátě adnex.

I tento případ měl právní dohru.

NUTNOST AKUTNÍHO OŠETŘENÍ HYMENÁLNÍ ATREZIE U NOVOROZENCE

A. Dudová, K. Malá, D. Ondrová

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

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

HEMATOMETRA V RUDIMENTÁRNÍM ROHU DĚLOHY

B. Haladová¹, O. Dvořák^{1,2}, J. Špaček^{1,2}

¹*Porodnická a gynekologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové*

²*Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Hradec Králové*

Prezentujeme kazuistiku třináctileté dívky s chronickými bolestmi břicha a dlouhodobou obstipací. V průběhu hospitalizace odhalilo vyšetření MRI nejprve agenezi levé ledviny a vrozenou vadu vnitřního genitálu. Radiodiagnostiky byla vada vnitřního genitálu nejdříve na NMR popsána jako uterus dydelphys s obstrukcí levé části. Na našem pracovišti bylo provedeno vyšetření v narkóze, při kterém provedena evakuace s drenáží a vada popsána jako syndrom inkompletního zdvojení vnitřního genitálu typu hemihematokolpos. Během pravidelných kontrol jsme pozorovali postupné plnění útvaru vlevo od dělohy a pochvy. Při kontrolním MRI vyšetření byla vada popsána jako nekomunikující uterus unikornis s rudimentárním rohem dělohy vlevo. Provedena diagnostická laparoskopie, při které je shledáno, že se jedná o hematometru v rudimentárním rohu děložním. Následoval adekvátní chirurgický výkon. Kazuistikou chceme poukázat na fakt, že určení typu vrozené vady vnitřního genitálu nemusí být vždy jednoduché, může docházet

k diskrepanci v klinických vyšetřeních i v interpretacích výsledků zobrazovacích metod. Přesné určení typu vady je *conditio sine qua non* odpovídající terapeutické strategie, v tomto případě chirurgického výkonu.

KAZUISTIKA – RECIDIVUJÍCÍ PERIANÁLNÍ KONDYLOMATA U 5LETÉ DÍVKY

E. Hrdonková, B. Bednářová, H. Kaprálová

GPK FN a LF UK, Plzeň

Sdělení se zabývá případem 5leté dívky s recidivujícími perianálními kondylomy, popisuje jednotlivé kroky našeho postupu – od pokusu o konzervativní léčbu imunomodulačním preparátem až po chirurgické ošetření laserem. Je příkladem multioborové spolupráce, obsahuje i obrazovou dokumentaci.

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ŽEN SE SYNDROMEM MRKH A HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K JEJICH LÉČBĚ

R. Chmel¹, Z. Pastor^{1,2}

¹*Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

²*Laboratoř evoluční sexuologie a psychopatologie, NÚDZ, Klecany*

Potvrzení syndromu MRKH představuje pro ženy v adolescenci významnou stresující událost s negativními emočními reakcemi vyplývající z citlivosti na svou odlišnost od zdravých žen s vlastní dělohou a pochvou, ale i z narušeného pocitu vnímání vlastní ženskosti následkem neplodnosti. Ženy postižené syndromem MRKH trpí zejména úzkostí, depresemi, poruchami příjmu potravy a nízkou sebeúctou. Riziko vzniku deprese může být až o 40 % vyšší a riziko vzniku anxiety o 12 % vyšší ve srovnání s běžnou populací. Nižší věk v době stanovení diagnózy je spojen s vyšším rizikem pocitu psychického strádání a nižší sebeúcty. Recentní publikace však prokazují i některá pozitivní psychologická zjištění, zejména zvýšení kvality života po vytvoření neovaginy. Diskrepanci mezi výsledky studií lze vysvětlit i tím, že psychologické reakce mohou být formovány jak individuálními osobnostními charakteristikami, tak i rozdílnou kvalitou psychologické pomoci zejména v době sdělení diagnózy. Mezi významné psychologické aspekty tohoto syndromu patří i kvalita vztahu dcera-matka. Problémem *sui generis* je otázka míry otevřenosti žen se syndromem MRKH vůči okolí. Psychologické poradenství přispívá k příznivějšímu vnímání vlastních pohlavních orgánů a k redukci obav pramenících z toho, zda jejich sexuální partneři neodhalí umělý původ jejich neovaginy.

SYSTÉMOVÁ ENZYMOTERAPIE V GYNEKOLOGII DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

H. Kosová

Gynekologie Studentský dům s.r.o., Praha

Systémová enzymoterapie je léčebná metoda založená na perorální aplikaci enzymových směsí ve formě acidoresistentních tablet. Po vstřebání v horní části tenkého střeva ve formě neporušených a plně funkčních makromolekul enzymy

ovlivňují v celém organismu řadu pochodů (systémové působení). Přípravky pro systémovou enzymoterapii (Wobenzym® a Phlogenzym®) jsou v ČR a SR registrovány jako volně prodejné léky. Hlavní účinné složky těchto léčivých přípravků tvoří enzymy živočišného a rostlinného původu doplněné flavonoidem rutinem. Jejich používání v gynekologii dospělých i dětí má dlouholetou tradici. Stejně jako v dalších medicínských oborech, je v gynekologii využíván příznivý vliv těchto přípravků na průběh zánětu, jejich protitokový efekt, vliv na urychlené vstřebávání hematomů a hojení, sekundární analgetický účinek a imunomodulační efekt. Při současném podávání s antimikrobiálními léky zlepšují jejich biodostupnost a tím také účinnost léčby. Proto se velmi dobře uplatňují jako součást komplexní léčby zánětů, zejména chronických a recidivujících (adnexitidy, vulvovaginální kandidózy, urogenitální chlamydiózy). Mohou také podpořit hojení po různých zákrocích a zkrátit dobu hojení.

SYMPTOTERMÁLNÍ METODA JAKO VÝZNAMNÝ ZPŮSOB MONITOROVÁNÍ FUNKCE VAJEČNÍKŮ

L. Lázníčková

Centrum naděje a pomoci, Brno

Ovariální cyklus je významnou známkou ženského zdraví. Změny, ke kterým dochází v průběhu ovariálního cyklu a v souvislosti s tím, kdy v těle ženy dochází k ovulaci, a jak je dlouhé období od ovulace, se projevují následnými změnami nejen na děloze jako menstruační cyklus, ale i dalšími cyklickými změnami ukazatelů, které jsou dobře sledovatelné a hodnotitelné.

Blížíci se ovulaci i potvrzení, že ovulace již proběhla, můžeme zhodnotit finančně nákladnými způsoby, jako je sledování hormonálních hladin v krvi, v moči, sledováním změn kvality buněk v poševní sliznici a vyhodnocování ultrazvukových změn na vaječnících a děložní sliznici.

Ovulaci se ale může každá žena v rámci selfmonitoringu naučit pozorovat sama na sobě s využitím sledování změn bazální tělesné teploty a změn kvality cervikálního hlenu, s pomocí symptotermální metody. Takto je možné získat informace o průběhu cyklu mnohem lacinější cestou a se stejnou výpovědní hodnotou.

Díky tomuto sledování může každá poučená žena, a to i dospívající dívka, velice přesně určit, zda a kdy u ní k ovulaci dochází. Je možné včas podchytit, pokud by se u ženy začaly patologicky opakovaně objevovat anovulační cykly nebo cykly s výrazně krátkou fází po ovulaci.

S využitím symptotermální metody při minimální zátěži gynekologické ambulance můžeme zkontrolovat dynamiku průběhu více cyklů za sebou.

Vzhledem k tomu, že každý cyklus má svůj individuální obraz, tak i případná terapie luteální insuficience je v každém cyklu nasazena individuálně, podle probíhajícího cyklu. Nemůže tak dojít k předčasnému nasazení gestagenů a následné

blokaci ovulace, stejně jako zbytečnému prodlužování období po ovulaci, pokud ta proběhla dříve, než se „kalendářně“ předpokládalo.

Toto je velice významné nejen při léčbě nechtěné neplodnosti, ale i u adolescentek při rozhodování se o nasazení gestagenní léčby, včetně prevence ovariálních cyst.

S využitím symptotermální metody můžeme mnohem lépe rozhodovat o potřebě léčby a o správném jejím nasazení.

ADNEXECTOMIE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENTNÍM VĚKU

H. Neumannová, E. Homolková, R. Holá, A. Provazníková

GPK Fakultní nemocnice Bulovka a 1. LF UK, Praha

Vaječníky jsou párový orgán s hormonální aktivitou a zásobou zárodečných buněk. Ve čtvrtém měsíci intrauterinního vývoje je maximální počet primordiálních folikulů 6–7 milionů, z nichž velká část podléhá atrezii a dívka se rodí s finálním počtem 1–2 miliony, které z velké části dále podléhají zániku. Celkem má žena za život kolem 400 ovulačních cyklů a v době menopauzy jí zbývá asi 1000 folikulů. Absence obou vaječníků se manifestuje poruchou sexuálního vývoje, primární amenoreou, neplodností a předčasnou menopauzou, pokud žena přijde o oba vaječníky v pozdějších fázích života. Na druhou stranu absence jednoho vaječníku nemá žádné klinické symptomy. Vrozená absence vaječníku je vzácná – příčinou může být porucha vývoje Mülleriánského vývodu a mesonefrického systému na jedné straně, nebo torze vaječníku ještě během prenatálního vývoje. Drtivou většinu však tvoří ženy, které podstoupily adnexectomii nebo oophorectomii z důvodu benigního nebo maligního nádoru, torze, zánětu, endometriózy nebo mimoděložního těhotenství. U žen s jedním vaječníkem nejsou dostupná data sledující jejich schopnost otěhotnět, animální studie ukázaly kompenzatorní hypertrofii a zachovanou ovulaci.

Jednostranná oophorectomie může nepříznivě ovlivnit plodnost zejména těch žen, které mají další rizikové faktory (kouření, deprese, rodinná anamnéza předčasné menopauzy). Z literárních údajů vyplývá, že ženy s jediným vaječníkem, ať už je to vpravo nebo vlevo, nemají obecně sníženou schopnost otěhotnět, přirozeně nebo pomocí léčby IVF. Nicméně nemají kompenzační mechanismus za ztrátu jednoho vaječníku. Pro nás, lékaře pečující o dětské pacientky, to znamená včas operovat dívky přicházející s typickými symptomy torze adnex (abdominální bolest bez iradiace, nevolnost a zvracení). Ve 46 % případů nenalezneme žádnou cystu nebo tumor a neexistují žádná klinická nebo zobrazovací kritéria vedoucí k potvrzení předoperační diagnózy torze adnex. Při laparoskopii v 50 % případů torzi nenalezneme, ale identifikujeme a léčíme alternativní gynekologické patologie.

TORZE ADNEX V DĚTSKÉM VĚKU

M. Nováčková

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

Torze adnex je náhlá příhoda břišní, ke které v dětském věku dochází buď při zvětšení ovaria, nejčastěji cystickým útvarem, anebo při nadměrné mobilitě zdravých adnex. Při absenci ovariálního tumoru, zejména u dívek před menarche, je diagnostika torze obtížnější. Až třikrát častěji dochází k opoždění diagnózy v porovnání s torzí ovaria s tumorem, pozdějšímu operačnímu řešení a častějšímu výskytu nekrózy ovaria. Typickým příznakem torze je náhle vzniklá bolest v podbřišku, často doprovázená nauzeou a zvracením. Na torzi je třeba diferenciatně diagnosticky pomýšlet u dětských pacientek každého věku s akutní bolestí břicha. Včasný operační zákrok je důležitým předpokladem zachování reprodukční a hormonální funkce vaječníku.

Prezentace souboru 110 pacientek ve věku 0–18 let s torzí adnex operovaných na Gynekologicko-porodnické klinice FN Motol v Praze se zhodnocením předoperačního klinického, ultrazvukového a laboratorního nálezu ve vztahu k nálezuoperačnímu. Popis řešení případů recidivujících torzí.

HYDRO-MUCO-UROCOLPOS

L. Olajcová, R. Koreň, J. Molčan

DFN, Banská Bystrica

Práce zameraná na kazuistiku predčasne narodeného dieťaťa, polystigmatizovaného, s VVCH genitálu. Poukazuje na možnosti diagnostiky, prezentuje výsledky vyšetrení. Porovnáva možné terapeutické postupy pri diagnostikovanej komunikácii medzi močovými cestami a pošvou.

MOŽNOST ZACHOVÁNÍ FERTILITY U MLADÝCH PACIENTEK S DIAGNÓZOU MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ

D. Ondrová, J. Řezáčová

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Úvod:

Celosvětově je přibližně 11 % všech zhoubných nádorů diagnostikováno u dětí a lidí ve fertilním věku, což představuje každoročně přes 200 000 nemocných. Léčba většinou vyžaduje kromě operace i chemoterapii a radioterapii nebo kombinaci obou metod, které mohou významně poškodit funkci reprodukčních orgánů. Proto by měli být všichni mladí onkologičtí pacienti a jejich rodiče informováni o současných možnostech reprodukční ochrany. Onkofertilita je medicínský směr zaměřený na možné způsoby zachování plodnosti onkologických pacientů ve fertilním věku.

Současné možnosti zachování fertility žen a dívek před radioterapií pánve: transpozice ovaríí, kryoprezervace ovariální tkáně, řízená ovariální stimulace a za-

mražení oocytů nebo embryí. Při kryoprezervaci ovariální tkáně je vždy nutné histologické vyšetření před zamražením a po rozmražení pro potenciální riziko reimplantace nádorových buněk při transplantaci.

Cíl:

Cílem je zachyt mladých onkologických patientek, informovat je i jejich rodiče o možných metodách zachování plodnosti ve fertilním věku.

Metodika:

Naše pacientka 19letá nulipara, nuligravida, byla s obrazem náhlé příhody břišní a nálezem nádorové masy v oblasti l. sin adnex operována v září 2018 v jiném zdravotnickém zařízení. U pacientky byla indikována laparotomická revize s nálezem solidního křehkého tumoru pravého ovaria. Dle peroperační freeze histologie nález hodnocen jako germinální nádor levého ovaria.

Vzhledem k uvedené histologii a věku pacientky byl proveden fertilitu zachovávající operační výkon – jednostranná adnexectomie, pánevní a paraaortální lymfadenektomie, appendektomie a omentektomie. V definitivní histologii byl popsán germinální nádor levého ovaria ze žlutkového váčku. Následně byla pacientka referována do dětského onkologického centra, kde podstoupila v období 11/2018–2/2019 systémovou chemoterapii. Po této léčbě byla nadále sledována v pravidelných intervalech v onkologickém centru. V lednu 2020 pacientka byla poprvé vyšetřena v ÚPMD.

Pacientka byla bez potíží, menses zcela nepravidelné, UZ děloha 6x4 cm nízké endometrium, l. dx. ovarium změněno v 2 komorovou cystickou resistenci se proužkem tkáně odpovídající echogenitě ovariální tkáni. AMH vykazoval minimální ovariální rezervu. Na základě konsilia bylo doporučeno odstranění cysticky změněných l. dx adnex s možností kryoprezervace zbytku ovariální tkáně.

Shrnutí:

Zatím neznáme univerzální léčebnou techniku reprodukční ochrany vhodnou pro každého pacienta. Proto je spolupráce onkologů s odborníky v reprodukční medicíně vysoce žádoucí až do doby, než onkologická léčba přestane být gonadotoxická. Všichni mladí onkologičtí pacienti a rodiče nemocných dětí by měli být informováni o současných možnostech reprodukční ochrany.

Klíčová slova: maligní nádory, dětský pacient, onkofrtilita, kryoprezervace ovariální tkáně

SEXUÁLNÍ INKONGRUENCE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI. EXISTUJE FLUIDITA A PLASTICITA SEXUÁLNÍ IDENTITY?

Z. Pastor^{1,2}, R. Chmel¹

¹*Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

²*Laboratoř evoluční sexuologie a psychopatologie, NÚDZ, Klecany*

Sexuální profil jedince lze stanovit podle jeho sexuální identifikace, orientace a preferencí, jež jsou modifikovány kognitivními a emočními osobnostními komponentami. Pohlavní identifikace se týká primárně vlastní tělesnosti, ale může také vystihovat subjektivní pocit sounáležitosti, ale i odporu k vlastnímu tělu a být v souladu či protikladu se sociální rolí. Přednáška se týká otázek vývojových sekvencí genderových stereotypů a formování pohlavní a genderové identity ve smyslu sociokulturně vytvořených rolí, spojených s příslušností k biologickému pohlaví. Kriticky se staví k paradigmatu genderu jako sociálnímu fluidnímu konstrukt, který se vzdaluje tradičním normám. Hodnotí hypotézy založené na principech reifikace (procesu zvěčnění), v nichž je spekulativně vykonstruovaným vzorům přisuzována reálná existence a vědecká (věcná) argumentace je nahrazena aktivistickými proklamacemi. Sdělení polemizuje s ideologicky podbarvenými závěry, jež jsou často výsledkem konfirmačního zkreslování (confirmation bias). Zmiňuje problematiku gender neutrální výchovy, při níž jsou nezralé děti zatěžovány konfúzní nevyjasněností vlastního pohlaví. Přednáška usiluje o podání objektivních informací o legislativní situaci, která se týká problematiky pohlavní identity, platné mezinárodní klasifikace těchto stavů a současných trendů, které existují v České republice.

SYNDROM POLYCYSTICKÝCH OVÁRIÍ

M. Pojarová, H. Neumannová

Fakultní nemocnice Bulovka a 1. LF UK, Praha

Syndrom polycystických ovárií je syndrom, jehož hlavním znakem je hyperandrogenismus, proto by měl být nazýván Hyperandrogením syndromem. Postihuje ženy ve fertilním věku a jeho incidence se dle různých zdrojů pohybuje mezi 5–20 %. Primární příčina není známá, roli hrají genetické faktory a faktory zevního prostředí. Charakteristický je laboratorní nález, klinické projevy a ultrazvukový nález. Samotný ultrazvukový nález polycystických ovárií u adolescentních dívek je s prevalencí 30–40 %, což nám diagnózu tohoto syndromu velice ztěžuje. Jelikož neznáme primární příčinu tohoto syndromu, tak základem léčby je léčba klinických projevů. Léčba je nutná, jelikož hyperandrogení syndrom má celou řadu pozdních, zejména metabolických, komplikací. U adolescentních dívek existuje několik výjimek oproti dospělému věku, proto se tomuto tématu budeme věnovat v naší přednášce.

ŘEŠENÍ OVARIÁLNÍCH CYST V DĚTSKÉM VĚKU – KAZUISTIKY

M. Pojarová, H. Neumannová, E. Homolková

GPK Fakultní nemocnice Bulovka a 1. LF UK, Praha

Cílem našeho sdělení je prezentovat kazuistiky dívek s ovariálním tumorem cystického charakteru. Jednalo se ve dvou případech o premenarcheální dívky, které přivedla k vyšetření bolest břicha.

Vždy se snažíme být co nejméně invazivní s ohledem na budoucí reprodukční potenciál dívek. Musíme brát v úvahu typ ovariálního tumoru dle zobrazovacích metod a klinický nálezn. Rozhodování není jednoduché zejména v případě nejasného klinického stavu. Každý se setkává s dívkami s bolestmi břicha a kdy v případě nálezu ovariální cysty a při podezření na ovariální torzi bychom měli být obezřetní, kdy v případě pozdě operované ovariální torze můžeme slečně výrazně ovlivnit její budoucí reprodukční plány.

My jsme se v posledním roce setkali se 13letou dívkou s velkým multicystickým tumorem a UZ známkami, které nevylučovaly maligní potenciál. Provedli jsme LPT adnexectomii, kde histologicky se jednalo o epiteliální nádor, netypický pro tento věk. V druhém případě jsme akutně operovali dívku pro podezření na torzi adnex, kde při laparoskopii jsme zjistili torzi hematosalpingu. Třetí případ 13leté dívky s akutní bolestí břicha a velkým cystickým tumorem, kde jsme laparoskopicky odstranili cystu a minimálně resekovali vaječník, ale v krátké době došlo k recidivě cysty.

V našem sdělení k několika případům dívek, u kterých jsme se rozhodli k operačnímu řešení, doplníme krátkým videozáznamem.

MUTACE GENU TP63 A JEJÍ SPOJITOST S VÝVOJEM RODIDEL

R. Poncová¹, J. Skřenková¹, J. Sedláček², A. Šípek³

¹*Gynekologicko – porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

²*Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

³*Ústav biologie a lékařské genetiky 1. LF UK a VFN, Praha*

V minulém roce byla na naší ambulanci referována šestiletá pacientka s opakovanými infekcemi močových cest, pro které byla vyšetřována na Urologické klinice. Pro suspektní vrozenou vývojovou vadu rodidel byla odeslána ke gynekologickému vyšetření. Pacientka je dlouhodobě sledována na stomatologii a ortodoncií pro hypodoncii.

Při ambulantním gynekologickém vyšetření nebylo možné určit, zda se jedná o vývojovou vadu pochvy či hymenu, proto bylo indikováno dovyšetření za hospitalizace v krátkodobé anestezii endoskopickou metodou zároveň s plánovanou cystoskopií.

Při genetickém vyšetření byla zjištěna mutace tumor proteinu p63, který detekujeme v jádře proliferujících buněk bazálních vrstev epitelu včetně např. cervi-

xu. Tumor protein p63 je transkripční faktor, který hraje důležitou roli při vývoji ektodermálních tkání. Je jedním z mnoha genů, které jsou spojovány se vznikem ektodermální dysplázie a zároveň s několika syndromy, které se mohou projevit mimo jiné i vrozenými vadami urogenitálního traktu.

ENDOMETRIÓZA V DĚTSKÉM VĚKU A ADOLESCENCI

J. Sadloňová¹, H. Neumannová²

¹*ProFemine, Hradec Králové*

²*GPK Fakultní nemocnice Bulovka a 1. LF UK, Praha*

Endometrióza byla velmi dlouho považována za nemoc dospělých žen. Až intenzivní výzkum posledních 20 let přináší postupně informace o tom, že s ní musíme počítat i u dětí, včetně pre-menarcheálních dívenek, i když v klidovém stádiu se vyskytuje spíše kazuisticky. Její příznaky, diagnostika i léčba je velmi podobná endometrióze dospělých, přesto je nutné počítat s odlišnostmi. Cílem přednášky je shrnutí současných poznatků o této nemoci u dětí a představení novějších teorií v patogenezi, či návrhů postupů směřujících k rychlejšímu stanovení diagnózy, aby se zkrátil stále velmi dlouhý interval mezi prvními symptomy, správnou diagnózou a adekvátní léčbou.

HYPERANDROGENISMUS A SOUČASNĚ NADMĚRNÝ VZRŮST V DOSPÍVÁNÍ, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

I. Semerádová

Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a. s., Ostrava

Úvod:

Hyperandrogenní syndrom (PCOSy) bývá nejčastější příčinou hyperandrogenismu u dospívajících dívek. Typickými klinickými známkami jsou hypertrichóza a hirsutismus, nepravidelnosti menstruačního cyklu ve smyslu oligomenorey, vzácněji primární amenorea. V dospívání je diagnostika obtížná pro vyšší výskat anovulačních cyklů i u zdravé populace, odlišnou morfologií ovárií v porovnání s dospělými ženami. Diferenciálně diagnosticky je nutné vyloučit jinou příčinu nadměrné tvorby androgenů. Optimální management je ve spolupráci s endokrinologem, v léčbě se uplatňují režimová opatření, kombinovaná kontraceptiva s antiandrogenním efektem, metformin případně spironolakton.

Kazuistika:

14letá dívka odeslána k vyšetření z endokrinologie pro hirsutismus, hypertrichózu a laboratorní elevaci androgenů a prolaktinu. Osobní anamnéza bez pozoruhodností, narozena spontánně v termínu, nebyla vážněji nemocná, léky neužívala, dosud nemenstruuje, pubarche kolem 10. roku věku. V rodinné anamnéze u maminky předčasné ovariační selhání, bez dalšího vyšetření příčiny. Z klinického vyšetření: Výška 178 cm (nad 97. centil), váha 74 kg (nad 97. centil), prsy s mírnou asymetrií odpovídají vývoji M3 dle Tannera, mužský typ pubického ochlupení, hypertrichóza na DKK, HKK, bříše, horním rtu. Zevní genitál ženský, clitoris při-

měření, hymen anulární. Děloha adultního typu, endometrium proliferační 5 mm, ovaria přiměřené velikosti, četné folikuly do 7 mm. Laboratorně elevace volného testosteronu, androstendionu, prolaktinu. Zobrazovacími metodami vyloučen tumor hypofýzy a nadledvin. Provedeno genetické vyšetření s normálním ženským karyotypem. Uzavřeno jako hyperandrogenní syndrom

PO STOPÁCH GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH (GDD)

J. Skřenková

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

Smyslem tohoto sdělení je představit kolegům pečujícím o gynekologicky nemocné děti události z 80leté historie oboru. Jeho cílem je dovést dívenku do fertilního věku, aby byla schopna plánovaně přirozenou cestou otěhotnět a přivést na svět na svět zdravého potomka. Historicky zakladatelem oboru na světě byl český lékař, jenž se svými spolupracovníky „vyučil“ kolegy z domova i ze světa. Gynekolog prof. MUDr. Rudolf Peter, DrSc., otevřel 12. září 1940 první samostatnou ambulanci GDD a zavedl klasifikaci anatomie a fyziologie dívčích rodidel. Prosazoval, aby dětskou gynekologii praktikoval výhradně speciálně vyškolený gynekolog se znalostí zvláštností dětského věku, který uplatňuje nezbytný specifický přístup k vyšetřovaným dívkám. Vyšetřovací, léčebné, vědecké a výzkumné metody a postupy jsou založeny na gynekologickém rozdělení dětského věku podle působení ženských pohlavních hormonů. Vývoj po II. světové válce je spjatý od roku 1953 především s FN Motol a její FDL (2. LF) UK. Postupně se formovala centra klinické, výzkumné a výukové činnosti a rozšiřovala se síť dětských ambulancí. Existence oboru byla uznána, potvrzena a byl zařazen do systému vzdělávání. Dalšími osobnostmi byli doc. MUDr. Karel Veselý, DrSc., a prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc. GDD má své logo od české autorky akademické malířky Vilmy Vrbové-Kotrbové. Od r. 1983 byla GDD ustanovena specializačním oborem s nástavbovou atestací na základní obor gynekologie a porodnictví. Organizačními články jsou odborná sekce GDD ČGPS a Česká společnost GDD ČLS JEP. ČR je členem mezinárodních organizací – světové FIGIJ a evropské EURAPAG. Každoročně jsou pořádány odborné konference. Gynekologická péče o dívky v ČR je na špičkové úrovni odpovídající Úmluvě o právech dítěte. Od roku 2009 jsou oboru ale opakovaně kladeny překážky a bojuje o přežití. Téměř každoročně jsou zástupci dětských gynekologů nuceni obhajovat specializační vzdělávání, a tím dodnes i existenci oboru. Praxi vykonává v současné době v omezeném rozsahu asi 130 ambulancí a 5 nemocničních lůžkových center. Snahou volených zástupců oboru je vychovávat nových mladých odborníků v gynekologické péči o děti a dorost tak, aby byl zachován standard a kontinuita dostupné komplexní péče o ženu v souladu s deklarovanou preventabilitou této integrální součásti oboru gynekologie a porodnictví.

JE MATKA VŽDY ISTÁ?

P. Stanko

Gynekologická ambulancia GYNGAAL, Pezinok, Slovenská republika

Do ambulancie mi prišla 26ročná pacientka s údajom 5 týždňov meškajúci meneses. Diagnostikoval som vitálnu intrauterínnu želanú graviditu. Vypísal som tehotensky preukaz, vykonal všetky potrebné odbery. Problém nastal pri zapisovaní krvnej skupiny 0 Rh pozit. Pacientka mi deklarovala, že má krvnú skupinu AB pozit., čo doložila aj prepúšťacou správou z neonatologického oddelenia, navyše to podložila preukazom darcu krvi svojej matky – AB pozitív.

Na potvrdenie, že neprišlo k zámene skúmaviek pri odberoch, sme urobili kontrolný odber, ktorý potvrdil KS 0+, následne som konzultoval prednostu katedry genetiky LFUK, či existuje, čo len teoretická možnosť, žeby matka AB mala dieťa 0. Túto možnosť úplne vylúčil.

Následne som volal do pôrodnice, kde sa pacientka narodila, a požiadal primára, aby mi v archíve zistil, či v inkriminovaný deň jej narodenia nebolo naraz viac pôrodov. Potvrdil, že v ten deň boli rozmedzí 8 minút 3 pôrody, narodili sa 2 dievčatká a 1 chlapec. Zámena detí v pôrodnici bola tým pádom potvrdená. Pacientke som túto skutočnosť oznámil a chcel som vedieť, že ako chce vzniknutú situáciu riešiť. Ona deklarovala, že nechce podniknúť žiadne právne, ani spoločenské kroky, že chce, aby rodičia, ktorí ju vychovali zostali jej rodičmi a so svojimi biologickými rodičmi nemá záujem sa zoznámiť. A mňa zaviazala sľubom, že tiež nepodniknem žiadne kroky.

SEXUALITA DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH, TRANSGENDER

E. Šteflová

Gyn.-por. oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

Dětství není vůbec asexuální období – děti jsou schopny všech sexuálních emocí (vzrušení, orgasmus i erotická fascinace jiným jedincem), proto také tak často masturbují.

Také náznaky poruch pohlavní identity a orientace se projevují už v dětství a adolescenci. U budoucích transsexuálů si někdy všímáme typicky „klučičích“ zájmů a hrubšího chování u děvčat (uličnice, tomboy girl), které se začínají identifikovat mužským směrem. Naopak tomu bývá u sladkých chlapečků (sissy boy), kteří mají rádi panenky a inklinují k ženské roli. Homosexualitu vystopujeme v dětství vzácně. Spíše později, když už známe orientaci jedince, tak si dáme některé věci zpětně do souvislostí. Skutečná sexuální identifikace a orientace se ustálí až v době hormonální zralosti organismu.

Dospívání je i období prvních lásek a zamilovaností. Slova jako „netting“ a „petting“ patří do slovníku dospívajících už dávno. Začínají se vytvářet vzorce partnerského soužití.

Dítě bere rodiče jako nezpochybnitelnou autoritu zhruba do deseti let. Poté je čím dál tím více ovlivňováno okolím. V pubertě řeší často změny, které se týkají pohlavních orgánů (menstruace, poluce, masturbace) a okolnosti prvního pohlavního styku.

Nejsmutnější oblastí dětské sexuologie je sexuální zneužívání dětí. Násilně vnučená předčasná erotizace v dětství má na budoucí sexualitu neblahé následky, ovlivní jedince na celý život.

LIKE

NO OTHER™



Exeltis
Rethinking healthcare



Zlynda® je inovativní antikoncepce bez estrogenu.

- **Unikátní složení** s obsahem 4 mg drospirenonu ¹⁻⁴
- **Bezpečnost prokázána** 0 tromboembolickými příhodami při více než 20 000 cyklech ⁵⁻⁹
- **Vyhovující kontrola cyklu** prokázána u žen během klinických studií ⁵⁻⁹

Reference:

1. Souhrn údajů o přípravku Zlynda 4 mg potahované tablety, poslední revize textu: 12/2019; 2. Regidor PA. The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments. *Oncotarget*. 2018 Oct 23;9(7):34628-34638. doi: 10.18632/oncotarget.26015. eCollection 2018 Oct 2; 3. Krattenmacher R. Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. *Contraception* 2000;62:29-38; 4. Rapkin A, Winer S. Drospirenone: a novel progestin. *Expert Opin Pharmacother* 2007; 8(7):989-999; 5. Archer D et al. Drospirenone-only oral contraceptive: results from a multicenter noncomparative trial of efficacy, safety and tolerability. *Contraception* 2015; november;92(5):439-444. doi: 10.1016/j.contraception.2015.07.014; 6. Palacios S, Coll E, Regidor PA. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Dec;301(6):1805-1812. doi: 10.1007/s00404-019-05340-4; 7. Palacios S, Coll E, Regidor PA. Multicenter, phase III trial on the contraceptive efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone-only pill. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019 Dec;98(12):1549-1557. doi: 10.1111/aogs.13688/Exeltis Data on File. CF111/302. Clinical Study Report. 2014; 8. Kimble I, Burke A, Barnhart K, Coll E, Archer D, Westhoff C. A 1-year Prospective, OPEN-label, multicenter, Phase 3 trial on the contraceptive efficacy and safety of a progestone-only pill drospirenone 4 mg among women living in the USA Thomas Kimble, Anne Burke, Kurt Barnhart, Enrico Coll, David Archer, Carolyn Westhoff. *Contraception*. Accepted for publication. Exeltis Data on file. CF111/303. Clinical Trial Report. 2018; 9. Apter D, Coll E, Kristina Genzell Danielsson K, Peters K. Safety and Tolerability of Drospirenone 4.0 mg in Female Adolescents Over 6 Cycles With a 7-Cycle Extension Phase in a multicenter trial. *WCPAG* 2019, p176. Exeltis. Data on file. Clinical study 304.

Zkrácená informace o přípravku:

Zlynda 4 mg potahované tablety. Složení: Bílé aktivní potahované tablety: Jedna potahovaná tableta obsahuje drospirenonum 4 mg. Zelené placebo (neaktivní) potahované tablety: Tableta neobsahuje léčivé látky. Pomocné látky se známým účinkem: Jedna bílá aktivní potahovaná tableta obsahuje laktózu 17,5 mg. Jedna zelená placebo potahovaná tableta obsahuje laktózu 55,5 mg. **Indikace:** Perorální antikoncepce. **Dávkování:** Tablety se musí užívat každý den po dobu 28 po sobě jdoucích dnů, jedna aktivní tableta během prvních 24 dnů a jedna zelená neaktivní tableta během 4 následujících dnů. Tablety se mají užívat každý den přibližně ve stejnou dobu tak, aby byl interval mezi tabletami vždy 24 hodin. Tablety se mají užívat v pořadí vyznačeném na blistru. Balení obsahuje samolepící nálepky s názvy 7 dnů v týdnu. Žena si má vybrat nálepku, která začíná dnem, kdy začíná tabletu užívat. Tuto nálepku nalepi na blistr. První tableta se užívá první den menstruačního krvácení. Následuje kontinuální užívání tablet. Užívání tablet z dalšího blistru začíná ihned po ukončení užívání předšlého blistru, tedy bez přestávek. **Jak začít užívat přípravek Zlynda: Nepředchozí-li užívání hormonální antikoncepce v předchozím měsíci:** Užívání tablet se zahájí první den přirozeného cyklu ženy (tzn. první den jejího menstruačního krvácení). Začne-li žena přípravek začít užívat, nejsou potřeba žádná další antikoncepční opatření. **Po potratu v prvním trimestru:** Po potratu v prvním trimestru se doporučuje začít užívat přípravek Zlynda ihned. V tomto případě nepotřebuje používat další antikoncepci. **Po porodu nebo potratu v druhém trimestru:** Ženě je třeba doporučit, aby zahájila užívání přípravku Zlynda mezi 21. a 28. dnem po porodu nebo po potratu ve druhém trimestru. Pokud zahájí užívání přípravku Zlynda později, ale před obnovou menstruačního krvácení, musí být vyloučeno těhotenství a během prvních 7 dnů užívání je nutné používat dostatečnou metodu antikoncepce. **Přechod z kombinované hormonální antikoncepce (kombinovaná perorální antikoncepce (COC), vaginální kroužek nebo transdermální náplasti):** Žena má zahájit užívání přípravku Zlynda nejdříve hned následující den po užití poslední aktivní tablety (poslední tableta obsahující léčivé látky) předchozího COC, v den vyjmutí vaginálního kroužku nebo odstranění transdermální náplasti, v těchto případech nejsou potřeba žádná další antikoncepční opatření. Žena může také zahájit užívání přípravku Zlynda nejdříve dnem následujícím po ukončení období bez tablet, bez vaginálního kroužku nebo bez transdermální náplasti předchozí kombinované antikoncepce, ale během prvních 7 dnů užívání tablet je doporučeno používat navíc bariérovou antikoncepční metodu. **Přechod z antikoncepční metody zahrnující pouze gestagen (tableta obsahující pouze gestagen (POP), injekci, implantát) nebo z nitroděložního systému uvolňujícího gestagen (IUD):** Žena může přejít na užívání přípravku Zlynda z tablety obsahující pouze gestagen kdykoli, přičemž tablety začne užívat během 24 hodin po ukončení užívání předchozí POP. Z implantátu nebo IUD se přechází v den jejich vyjmutí. Z injekčního přípravku se na přípravek Zlynda přechází v den, kdy má být aplikována další injekce. Pokud se budou dodržovat tato doporučení, nemusí se používat žádná další antikoncepční opatření. **Kontraindikace:** Kontraindikace obsahují jen gestagen (POP) jako je Zlynda, se nesmí používat u níže uvedených stavů. Pokud se některý z těchto stavů objeví poprvé v průběhu užívání přípravku Zlynda, je nutné jeho užívání okamžitě ukončit. Přítomnost závažného tromboembolismu, přítomnost nebo anamnéza závažného onemocnění jater až do navrácení základní funkce k normálním hodnotám, závažná renální insuficience nebo akutní renální selhání, potvrzené nebo suspektu malignity senzitivní na pohlavní hormony, nedávná zjištěná vaginální krvácení, hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Během užívání přípravku Zlynda byly často hlášeny nežádoucí účinky související se změnou kontroly cyklu. Nejčastější nežádoucí účinky v dlouhodobých klinických studiích trvajících 9 letěbných cyklů s drospirenonem (2700 žen) byly akné (3,8 %), migrace (2,9 %), bolest hlavy (2,7 %) a bolest prsou (2,2 %). **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Exeltis Czech s.r.o., Želetavská 1449/9, 140 00, Praha 4 – Michle, Česká republika. **Reg.č.:** 17/385/18-C. **Datum revize textu:** 19.03.2020. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku si, prosím, přečtěte Souhrn údajů o přípravku, který je k dispozici na internetové adrese držitele rozhodnutí o registraci – www.exeltis.cz.

UNIKÁTNÍ PATENTOVANÁ FORMA

Účinnost¹⁻³

Snášlivost^{4,6}



Prevence a léčba latentního nedostatku železa a sideropenických anemií.

Profylaxe nedostatku železa u žen ve fertilním věku, v těhotenství a v období kojení, i u dětí v dospívání - ve fázi rychlého růstu.

1. Danneke J. et al. Ulipristal Acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. The New England Journal of Medicine, 2012; 366:5. 2. Krafft A. et al. Effect of postpartum iron supplementation on red cell and iron parameters in non-anemic iron-deficient women: a randomised placebo-controlled study. BJOG: an international Journal of Obstetrics and Gynaecology; 2005, Vol. 112, pp. 445-450. 3. Fadenko GD, Kushnir IE. Tardyferon in the treatment of iron deficiency anemia: clinical efficacy and safety. Suchasna Gastroenterologia, 2009;3(49):74-80. 4. Zaim M. et al. Efficacy and tolerability of a prolonged release ferrous sulphate formulation in iron deficiency anaemia: a non-inferiority controlled trial. Eur J Nutr 2011; DOI 10.1007/s00394-011-0210-7. 5. Palacios S. The management of iron deficiency in menorrhagia. Gynecological Endocrinology, 2011; 27(S1(1)): 1126-1130. 6. Palacios S. Ferrous versus Ferric Oral Iron Formulations for the Treatment of Iron Deficiency: A Clinical Overview. The ScientificWorld Journal. Volume 2012, Article ID 846824 doi:10.1100/2012/846824.

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Tardyferon 247,25 mg tablety s řízeným uvolňováním

Složení: Jedna tableta s řízeným uvolňováním obsahuje ferrosi sulfas hydricus 247,25 mg (což odpovídá ferrum 80 mg). Úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1. Léková forma: Tableta s řízeným uvolňováním, oranžovo-růžová kulatá tableta. **Indikace:** Prevence a léčba latentního nedostatku železa a sideropenických anemií. Profylaxe nedostatku železa u žen ve fertilním věku, v těhotenství a v období kojení, i u dětí v dospívání - ve fázi rychlého růstu. **Dávkování:** U dospělých v případech lehkých forem sideropenické anemie a u latentního nedostatku železa: 1 tableta s řízeným uvolňováním denně - ráno. V případě těžké sideropenické anemie: 1 tableta s řízeným uvolňováním 2x denně - ráno a večer. U dospělých pro prevenci a profylaktickou léčbu: Těhotné a kojící ženy: 1 tableta (odpovídá 80 mg Fe²⁺) denně nebo každý druhý den v průběhu těhotenství a v období kojení. Ostatní dospělí: 1 tableta (odpovídá 80 mg Fe²⁺) denně nebo každý druhý den v průběhu tří po sobě jdoucích měsíců v roce. U dětí starších 10 let: 1 tableta s řízeným uvolňováním denně - ráno. Pro profylaktickou léčbu: 1 tableta (odpovídá 80 mg Fe²⁺) denně nebo každý druhý den v průběhu tří po sobě jdoucích měsíců v roce. Podrobně viz. SPC. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1. všechny typy anemie bez potvrzené příčiny nedostatku železa (např. megaloblastická anemie z nedostatku vitamínu B12); přetížení organismu železem (např. hemochromatóza, chronická hemolýza, časté transfuze); poruchy využívání železa v organismu (anemie sideroblastická, anemie vzniklá v důsledku otravy olovem, talasemie); používání přípravku u dětí do 10 let věku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vzhledem k tomu, že toxická dávka iontu železa je mnohem nižší u dětí než u dospělých, nesmí být tento přípravek podáván dětem mladším 10 let. Podrobně SPC. **Interakce:** Nedoporučované kombinace - soli železa (injekční forma). Uvolňování železa z jeho komplexní formy a saturace transferinu můžou být doprovázeny lipotymii a nebo dokonce šokem. Kombinace vyžadující zvláštní opatření: bisfosfonáty, cykliny, fluorochinolony, penicilaminy, tyreoidní hormony/tyroxin, methylodopa, levodopa, carbidopa, vápník, zinek, antacida, kolestyramin - podrobně SPC. Jiné formy interakce: Nezapíjet tedy přípravek černým čajem. Resorpci železa dále snižují některé potraviny (celozrnný chléb a obilniny obsahující kyselinu, vejce, mléko a mléčné výrobky, červené víno a káva). Železo se doporučuje užívat nejdříve za 2 hodiny po konzumaci těchto potravin či po uvedených lécích. Podrobně SPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** U těhotných žen se přípravek doporučuje většinou od II. trimestru, tj. od 4. měsíce těhotenství. Pokud je to klinicky potřebné, Tardyferon může být užíván v období kojení. Studie u zvířat neukazují žádný účinek na mužskou nebo ženskou fertilitu. Podrobně SPC. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Tardyferon nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** zácpa, průjem, nadýmání, bolest břicha, změna barvy stolice, nauzea, otok hrtanu, abnormální stolice, dyspepsie, zvracení, gastritida, pruritus, erytematózní vyrážka; ostatní podrobně SPC. **Předávkování:** U dětí a dospělých začíná riziko toxicity železa od dávky 20 mg elementárního železa na kg tělesné hmotnosti, ale je vyšší od dávky 60 mg elementárního železa na kg tělesné hmotnosti. Symptomy intoxikace a první pomoc při akutní intoxikaci železem - viz podrobně SPC. **Chelaturní léčba:** V případě závažné intoxikace je doporučena léčba intravenózní deferoxaminem. Detailní informace o použití viz SPC deferoxaminu. Dimekaprol je při intoxikaci železem kontraindikován! **ATC kód:** B03AA07. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Uchovávání:** Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Druh obalu a velikost balení:** Al/ PVC/PVDC blister, krabička. Velikost balení: 30 a 100 tablet s řízeným uvolňováním. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Pierre Fabre Medicament, 45 Place Abel Gance, 92100 Boulogne, France. **Registrační číslo:** 12/125/74 - C. **Datum první/prodloužené registrace:** 25.11.1974/19.06.2013. **Datum revize textu:** 22.2.2019. **Hlášení podezření na nežádoucí účinky:** Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky, na adresu: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky: www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se seznámte s úplným zněním SPC.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9
E-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.


Pierre Fabre
Médicament