



# XXXI. konference sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP 2023 se zahraniční účastí

---

## Téma: Chyby a omyly 19. – 21. října 2023

KC Clarion Congress Hotel Olomouc

### Programový sborník s abstrakty

**Pořadatel:**

Sekce gynekologické endoskopie  
České gynekologické a porodnické  
společnosti ČLS JEP

**Organizátor:**

Congress Prague s.r.o.



## PARTNEŘI

---

### HLAVNÍ PARTNEŘI:



### PARTNEŘI:



### VYSTAVOVATELÉ:

Arthrex s.r.o.  
DAHLHAUSEN CZ, spol. s.r.o.  
Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.  
InterMedical Plus, s.r.o.  
Linde Gas a.s.  
Medtronic Czechia s.r.o.  
MeWAdia s.r.o.  
MGVIVA a.s.  
Moravia Medizintechnik s.r.o.

NORDIC Pharma, s.r.o.  
Olympus Czech Group, s.r.o.  
ProFaM Health  
RADIX CZ s.r.o.  
Surgicare s.r.o.  
Teleflex Medical s.r.o.  
Výroba a opravy lékařských  
nástrojů Plašil

# ZÁKLADNÍ INFORMACE

---

## **POŘADATEL:**

Sekce gynekologické endoskopie České gynekologické  
a porodnické společnosti ČLS JEP

## **ORGANIZAČNÍ VÝBOR:**

Radovan Pilka, předseda  
Michal Mára, místopředseda  
Jiří Hanáček, vědecký sekretář  
Zdeněk Adamík  
Jan Drahoňovský  
Josef Eim  
Michael Fanta  
Martin Charvát  
Zdeněk Novotný

## **ORGANIZÁTOR:**

Congress Prague, s.r.o.  
Na Celné 826/8, 150 00 Praha 5  
+420 241 445 759  
[www.congressprague.cz](http://www.congressprague.cz)  
[office@congressprague.cz](mailto:office@congressprague.cz)

## **Odpovědný zástupce za organizační zajištění kongresu:**

Petra Skalová  
Tel. +420 774 923 353  
[petra.skalova@congressprague.cz](mailto:petra.skalova@congressprague.cz)

## **Koordinátor pro partnery a vystavovatele:**

(farmaceutické společnosti):  
Bohumil Sedlák  
Tel. +420 601 346 428  
[exhibitors@congressprague.cz](mailto:exhibitors@congressprague.cz)

## **Koordinátor pro registrace a ubytování:**

Nikola Houdková  
Tel.: 607 948 924  
[nikola.houdkova@congressprague.cz](mailto:nikola.houdkova@congressprague.cz)

Vážené kolegyně a kolegové, milí přátelé,

srdečně Vás zveme na XXXI. KONFERENCI SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDOSKOPIE  
ČGPS ČLS JEP 2023

se zahraniční účastí, která se bude konat opět v Olomouci na osvědčeném místě – v konferenčních prostorách Clarion Congress Hotelu Olomouc. Program konference zahrne sekci lékařů, instrumentáček a posterovou sekci. Do programu konference budou zařazeny vyžádané přednášky pozvaných hostů a volná sdělení k hlavním tématům. Podstatný čas v programu bude vyčleněn pro diskusi. Na konferenci zveme odborné firmy, aby zde prezentovaly své nejnovější poznatky a zkušenosti. Poskytneme jim prostor pro vlastní satelitní sympozia nebo sponzorované přednášky.

Věříme, že rádi přijmete naše pozvání a těšíme se na Vaši účast a setkání v Olomouci.

S úctou,

**prof. MUDr. Radovan Pilka**

předseda Sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP  
a předseda organizačního výboru konference

**doc. MUDr. Jiří Hanáček Ph.D.**

vědecký sekretář  
a koordinátor odborného programu

# CERTIFIKÁTY

---

Účast na akci je zařazena do systému celoživotního vzdělávání dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory. Registrovaní účastníci XXXI. konference sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP 2023 se zahraniční účastí, kteří absolvují odborný program, obdrží certifikát s **12 kredity**, s platností pro EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce. Účast zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích je hodnocena jako součást osobního vzdělávání a probíhá ve spolupráci s Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků (POUZP). Registrovaní účastníci obdrží certifikát o účasti na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

## DOPROVODNÝ PROGRAM

---

### Společenský večer 20. října 2023

Cena: 890 Kč

Večere není součástí odborného programu konference a koná se v čase mimo program. Pro účast na společné večeři je nezbytné zakoupit si vstupenku. Vstupenku si můžete koupit předem v rámci on-line registrace nebo na místě v registračním centru.

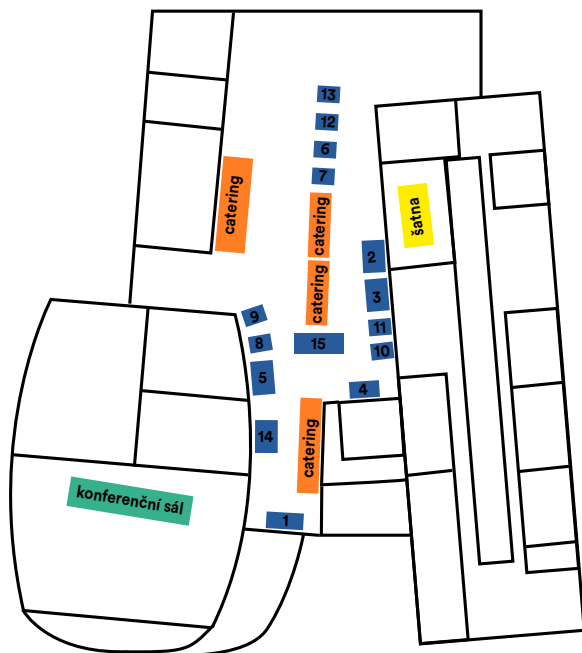
## PRAVIDLA PRO ÚČAST

---

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. Clarion Congress Hotel Olomouc, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Clarion Congress Hotel Olomouc určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

# ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ KONGRESU

| plocha | výměra plochy | vystavovatel                               |
|--------|---------------|--|
| 1.     | 8 m2          | NORDIC Pharma, s.r.o.                      |
| 2.     | 6 m2          | OLYMPUS CZECH GROUP, s.r.o.                |
| 3.     | 8 m2          | Medtronic Czechia s.r.o.                   |
| 4.     | 6 m2          | Výroba a opravy lékařských nástrojů Plašil |
| 5.     | 6 m2          | Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.        |
| 6.     | 4 m2          | DAHLHAUSEN CZ, spol. s r.o.                |
| 7.     | 4 m2          | InterMedical Plus, s.r.o.                  |
| 8.     | 4 m2          | MeWAdia s.r.o.                             |
| 9.     | 4 m2          | MGVIVA a.s.                                |
| 10.    | 4 m2          | RADIX CZ s.r.o./CareMed                    |
| 11.    | 4 m2          | Surgicare s.r.o.                           |
| 12.    | 4 m2          | Teleflex Medical s.r.o.                    |
| 13.    | 3 m2          | MEDITRADE spol. s r.o.                     |
| 14.    | 6 m2          | Arthrex s.r.o.                             |
| 15.    | 8 m2          | Moravia Medizintechnik s.r.o.              |



## METHOTREXÁT V PŘEDPLNĚNÉM PERU PRO OPTIMÁLNÍ BEZPEČNOST PACIENTA

**NORDiMET®**  
methotrexate

**Zkrácená informace o přípravku:** **Název přípravku:** Nordimet 7,5 mg injekční roztok v předplněném peru (7,5/10/12,5/15/17,5/20/22,5/25 mg) **Stožení:** Jeden ml roztoku obsahuje methotrexatem 25 mg. **Indikace:** Nordimet je indikován k léčbě: aktivní revmatoidní artritidy u dospělých pacientů; polyartritických forem závažné aktivní juvenilní idiopatické artritidy (JIA), pokud byla odpověď na nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAID) nedostatečná; závažné rezistentní invalidizující psoriázy, které dostatečně nereaguje na jiné formy léčby; (...) a závažné psoriatické artritidy u dospělých pacientů; k indukci remise u sledné závažné Crohnovy choroby závislé na steroidech u dospělých pacientů, v kombinaci s kortikosteroidy, a k udržení remise, v monoterapii, a pacientů, kteří reagují na methotrexát. **Dávkování a způsob podání:** **Dávkování u dospělých pacientů s revmatoidní artritidou:** Doporučená úvodní dávka je 7,5 mg methotrexátu jednou týdně, podávaných subkutánně. Neměla by být překročena týdenní dávka 25 mg. Odpověď na léčbu je možné očekávat po přibližně 4–8 týdnech. Po dosažení požadovaného terapeutického výsledku by měla být dávka postupně snižována na nejnižší možnou účinnou údržovací dávku. **Dávkování u pacientů s psoriásí vulgaris a psoriásí arthropatica:** Doporučuje se podat subkutánně zkušební dávku 5–10 mg týdně jeden týden před zahájením léčby, za účelem zjištění idiosynkratických nežádoucích účinků. Doporučená úvodní dávka je 7,5 mg methotrexátu jednou týdně. Dávka má být postupně zvyšována, ale neměla by obecně překročit týdenní dávku 25 mg methotrexátu. Odpověď na léčbu je možné obecně očekávat po přibližně 2–6 týdnech. **Dávkování u dospělých pacientů s závažnou Crohnovou chorobou:** Indukce léčby 25 mg týdně podávaných subkutánně. **Pro dosažení sekundární odpovědi pacienta na kombinovanou léčbu se má dávka kortikosteroidů postupně snižovat. Odpověď na léčbu je možné očekávat po 8 až 12 týdnech. Údržovací léčba:** 15 mg týdně podávaných subkutánně, v monoterapii, pokud pacient dosáhl remise. **Zvláštní skupiny populace, u kterých se snižuje dávka:** starší osoby, osoby s poruchou funkce ledvin, jater, pacienti s třetí distribuční prostorem (pleurální vypotky, ascites). **Dávkování u dětí a dospívajících do 16 let s polyartritickými formami juvenilní idiopatické artritidy:** Doporučená dávka je 10–15 mg/m<sup>2</sup> tělesného povrchu (BSA) týdně subkutánně. V případech rezistentních vůči léčbě je možné týdenní dávku zvýšit až na 20 mg/m<sup>2</sup> tělesného povrchu týdně. Pokud je však dávka zvýšena, je indikována zvýšená frekvence monitorování. **Způsob podání:** Nordimet se aplikuje pouze jednou týdně. Doporučuje se stanovit určitý den v týdnu jako „den pro injekci“. Nordimet je určen pro subkutánní podání. Je možné zvážit suplementaci kyselinou listovou nebo kyselino foliovou.

**Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku (chlorid sodný, hydroxid sodný); závažná porucha funkce jater; abusus alkoholu; závažná porucha funkce ledvin; preexistující krevní dyskrázie; imunodeficiency; závažné, akutní nebo chronické infekce, jako jsou tuberkulóza a HIV; stomatitida, vředy ústní dutiny a zánatá akutní gastrointestinální vředová choroba; těhotenství a kojení; souběžné očkování živými vakcínami. **Významné interakce:** Hepatotoxické a hematotoxické lékové přípravky (např. leflunomid, azathioprin, sulfasalazin a retinoidy). Konzumace alkoholu. Podávání dalších hematotoxických léčivých přípravků (např. metanizolol) zvyšuje pravděpodobnost závažných hematotoxických účinků methotrexátu. Antikoagulační (snižení hladiny methotrexátu v krvi) a 5-fluorouracil (prodloužený t<sub>1/2</sub> 5-fluorouracilu). Salicyláty, fenylbutazon, fenytoin, barbituráty, trankvilizéry, perorální kontraceptiva, tetracyklíny, deriváty amidopyrinu, sulfonamidy a kyselina p-aminobenzoová. Antibiotika, jako je penicilin, glykopeptidy, sulfonamidy, ciprofloxacin a cefalotini, mohou v jednotlivých případech snižovat renální clearance methotrexátu, takže může dojít ke zvýšení serových koncentrací methotrexátu se současnou hematologickou a gastrointestinální toxicitou. Perorální antibiotika, jako jsou tetracyklíny, chloramfenikol a nesřezábná širokospektrá antibiotika mohou snižovat intestinální absorpci methotrexátu nebo narušovat enterohepatickou cirkulaci. Současné podávání léčivých přípravků, které způsobují deficit folátů (např. sulfonamidy, trimethoprim-sulfamethoxazol), může vést ke zvýšené toxicitě methotrexátu. Zvláštní opatnost je proto také třeba při existujícím deficitu kyseliny listové. Souběžné podávání léčiv obsahujících kyselinu listovou nebo vitaminy skupiny B, které obsahují kyselinu listovou nebo její deriváty, může na druhou stranu zhoršit účinnost methotrexátu. Nápoje obsahující kofein nebo theofylin (káva, nealkoholické nápoje obsahující kofein, černý čaj. Kombinované užívání methotrexátu a leflunomidu může zvyšovat riziko pancytopenie. Radioterapie během užívání methotrexátu může zvyšovat riziko nekráz měkkých tkání nebo kostí. Během léčby methotrexátem se nesmí provádět souběžné očkování živými vakcínami. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejzávažnější nežádoucí účinky methotrexátu patří suprese kostní dřeně, pľimární toxicita, hepatotoxicita, renální toxicita, neutropenie, trombocytopenie, dermatitida, psoriatický šok a Stevens-Johnsonův syndrom. Velmi časté nežádoucí účinky methotrexátu zahrnují gastrointestinální poruchy (např. stomatitida, dyspepsie, bolest břicha, nauzea, ztráta chuti k jídlu) a abnormální jaterní testy (např. zvýšená alaninaminotransferáza (ALT), aspartátaminotransferáza (AST), bilirubin, alkalická fosfatáza). Dalšími častými nežádoucími účinků jsou leukopenie, anemie, trombotenie, bolest hlavy, únava, ospalost, pneumonie, intersticiální alveolitida/pneumonitida často spojená s eozinofilií, vředy v ústech, průjem, exantém, erytém a pruritus. Nejvýznamnějším nežádoucím účinkem je suprese hematopoetického systému a gastrointestinální poruchy. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Uchovávejte předplněné pero v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Nordic Group BV, Sindsireed 22, 2132 WT Hoofddorp, Nizozemsko. **Distributor:** Nordic Pharma, s.r.o., Praha. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** Datum první registrace: 18. srpna 2016. **Datum revize textu:** 2/2022. **Předstřípní omezení:** revmatolog, gastroenterolog, dermatolog, pneumolog, nefrolog, vše věc pediatře a další. **Nordimet je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** Materiál je určen výhradně odborníkům dle § 2a zákona č. 40/1995 Sb., tj. osobám oprávněným předepisovat nebo vydávat léčivé přípravky.

### SNADNÁ MANIPULACE<sup>1,4</sup>

- Kompaktní a ergonomické provedení pera

### JEDNODUCHÉ POUŽITÍ<sup>1,3</sup>

- Snadné použití ve dvou krocích

### SNÍŽENÁ BOLESTIVOST<sup>5-7</sup>

- Mimořádně tenká jehla 29G
- Přesně zabrušená a zkosená jehla (5-bevel)

### ZARUČENÁ BEZPEČNOST<sup>1,3,8</sup>

- Trvale skrytá jehla
- Dvě kliknutí pro zajištění kontroly aplikace úplné dávky

### Indikace:<sup>8</sup>

- Aktivní revmatoidní artritida u dospělých pacientů.
- Polyartritická forma závažné aktivní juvenilní idiopatické artritidy, pokud byla odpověď na nesteroidní protizánětlivá léčiva nedostatečná.
- Závažné rezistentní invalidizující psoriáza, která dostatečně nereaguje na jiné formy léčby, jako například fototerapie, psoralen a ultrafialové záření A (PUVA) a retinoidy.
- Závažná psoriatická artritida u dospělých pacientů.

## 8 SIL PRO PŘESNĚJŠÍ DÁVKOVÁNÍ 4 PERA V JEDNOM BALENÍ



## MOŽNOST ZVYŠOVÁNÍ TERAPEUTICKÉ DÁVKY PO 2,5 MG<sup>3</sup>

**Reference:** 1. SHJ Group. Molly™. The Ideal Safety Solution. 2014. 2. SHJ Group. Case Study. Molly™ 3. SHJ Group. Meet Molly™ The Ideal Safety Solution. Simple, compact and maximum speed to market: an auto-injector that gets the job done. 2010. 4. SHJ Group. SHJ Medical products. Molly™ Auto Injector. <http://www.shj-group.com/product/molly-auto-injector/> (accessed Apr. 1, 2016). 5. Jaber A et al. A novel needle for subcutaneous injection of interferon beta-1a: effect on pain in volunteers and satisfaction in patients with multiple sclerosis. BMC Neurology 2008;8:38. doi:10.1186/1471-2377-8-38. 6. Hirsch J et al. Impact of a Modified Needle Tip Geometry on Penetration Force as well as Acceptability, Preference, and Perceived Pain in Subjects with Diabetes. J Diabetes Sci Technol 2012;6(2):328-35. 7. Becton Dickinson. New Needle Tip - Less Penetration Force, Less Painful and Preferred. © SmPC NORDiMET®.

**NORDIC**  
PHARMA

[www.nordicpharma.cz](http://www.nordicpharma.cz)



**INVIDIA<sup>®</sup>**  
**MEDICAL**

GERMANY

BY



**MORAVIA**  
**MEDIZINTECHNIK**





Mezinárodní tým odborníků v oblasti reprodukční medicíny a ženského zdraví pod vedením profesora Simona Fishela představuje nový projekt zamražení ovariální tkáně.

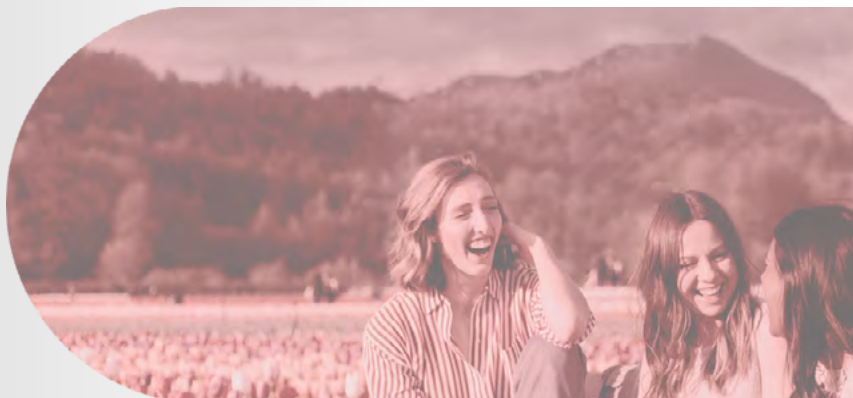
### *Zastavte biologické hodiny a zůstaňte déle mladá*

V optimálním věku odebereme pacientce malou část jednoho, nebo obou vaječníků a uchováme je v tekutém dusíku pro pozdější použití. Tkáň obsahuje desetitisíce vajíček a je možné ji implantovat zpět a obnovit její funkce, až to žena bude potřebovat. Tkáň odebíráme laparoskopicky, zejména v rámci jiného výkonu v dutině břišní.

První certifikované pracoviště v ČR pro provádění této metody je ÚPMD. Hledáme další spolupracující zařízení akutní péče pro odběry. Dotazy na spolupráci na [lukas.beranek@profamhealth.com](mailto:lukas.beranek@profamhealth.com).

Tkáň lze použít pro léčbu infertility nebo i k oddálení symptomů menopauzy až o 15 let. S nadsázkou lze říci, že uchovááme ženě mládí.

Stop  
the  
clock  
ticking



## OLYMPUS



## Be Visionary

### Multifunkční laparoskopická platforma pro příští desetiletí

- Zdokonalený standard péče o pacienta
- Nové funkce dostupné softwarovou aktualizací
- Snížení nákladů na budoucí modernizace systému
- Možnost fluorescenčně vedených operací s přirozeným 3D obrazem

**VISERA  
ELITE III**



Těšíme se na vás na našem stánku v rámci konference

## POWERSEAL™ Sealer/Divider

### Nástroj s dvoučinnou zahnutou čelistí

- Představujeme další úroveň bezpečnosti a řízení pokročilé bipolární technologie

**POWERSEAL**



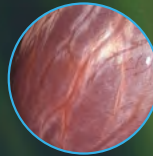
**OLYMPUS CZECH GROUP S.R.O. ČLEN KONCERNU**

Evropská 16/176, 160 41 Praha 6 | tel. 221 985 211 | www.olympus.cz  
zdravotnické přístroje: info-MSD@olympus.cz | objednávky-MSD@olympus.cz | tel. 221 985 401  
servis ZT: servis-MSD@olympus.cz | tel. 221 985 400

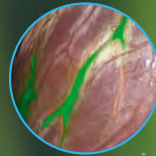
# Synergy<sup>ID</sup>

## Near-Infrared Fluorescence Imaging

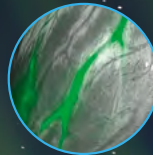
- Synergy<sup>ID</sup> is a system that marries state-of-the-art 4K visualization with superior augmented reality features, such as fluorescence imaging, to see more than ever before
- Fully-integrated fluorescence imaging provides the ability to use near-infrared fluorescence imaging in different modes, in all procedures and at any time, right when you need it
  - Visualization of gastrointestinal perfusion
  - Visualization of biliary tree anatomy
  - Visualization of lymphatic system



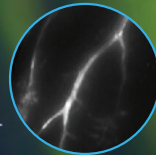
Standard visible light



Standard visible light  
+ NIR\* overlay



Grayscale visible light  
+ NIR\* overlay



NIR\* only



\* NIR = near-infrared

[www.arthrex.com](http://www.arthrex.com)

© Arthrex GmbH, 2020. All rights reserved.



# ODBORNÝ PROGRAM – XXXI. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDOSKOPIE ČGPS ČLS JEP 2023

---

## HLAVNÍ TÉMA KONFERENCE: CHYBY A OMYLY

### STŘEDA, 18. ŘÍJNA

---

|               |  |
|---------------|--|
| 15:00 – 18:30 | Organizační a technická příprava<br>Lobby – přízemí, u hotelové recepcce |
| 17:30 – 20:30 | Registrace účastníků<br>Lobby – přízemí, u hotelové recepcce             |

### ČTVRTEK, 19. ŘÍJNA

---

|               |  |
|---------------|--|
| 07:30 – 20:30 | Registrace účastníků<br>Lobby – přízemí, u hotelové recepcce   |
| 08:30 – 17:00 | <b>Workshop hysteroskopie</b><br>sál Plato – Seneca<br><br><b>Přednášející:</b><br><b>Hysteroskopie v gynekologické diagnostice<br/>a operační léčbě</b><br>David Kužel<br><br><b>Resekční výkony v celkové anestézii / hysteroskopie<br/>v režimu operačního sálu</b><br>Lucie Švabíková<br><br><b>„See and Treat“ hysteroskopie / hysteroskopie<br/>v ambulantním režimu</b><br>Petr Kovář |
| 10:00- 13:00  | <b>TEORETICKÁ ČÁST – spektrum základních<br/>probíraných výkonů a technik</b><br><br><b>Dg. hysteroskopie</b><br>- vaginoskopické techniky – dilatační techniky<br>při stenózách a atréziích hrdla<br>- grasp. biopise a grasp technika<br>- kompletní snesení endometria  |

### **Op. Hysteroskopie**

- polypektomie,
- myomektomie (vč. studené ablace myomu a oPPIUM techniky dvousekvenčí kompl. ablace myomu)
- ablace reziduí placentární tkáně
- synechiolýza vč. op. řešení Ashermanova sy
- resekce drobných sept děložních
- resekce isthmokély

### **Shaverovací techniky**

- intrauterinní morcelátory v režimu operačních sálů a ambulantní praxi

### **Endoresekcční výkony**

- resektoskopická ablace endometriálního polypu a myomu
- resekce sept děložních
- resektoskopická ablace endometria,

### **Non resektoskopická ablace endometria**

### **Možnos; analgezie/anestézie v ambulantní praxi**

- paracervikální blokáda
- totální intrauterinní blokáda

13:00-14:00

### **Přestávka na oběd**

14:00-17:00

### **PRAKTICKÁ ČÁST**

David Kužel, Lucie Švabíková, Petr Kovář

### **Výuka na 5 trenažérech – výukové simulátory fy. Invidia**

#### **- 2 stanice pro výuku dg. hysteroskopie**

- rozpoznávání jednotlivých patologií
- simulace dg. výkonů
- výuka biopsie
- práce s různými typy studených operačních nástrojů

#### **- 3 stanice pro výuku endoresekcčních výkonů**

- práce s bipolární elektrochirurgií
- práce s resektoskopy (vč. ambulantních resektoskopů)
- resekce polypů a myomů
- resekce sept děložních
- resektoskopická ablace endometria

### **Závěr workshopu**

# XXXI. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDO- SKOPIE ČGPS ČLS JEP 2023 SE ZAHRANIČNÍ ÚČASTÍ

---

## PÁTEK, 20. ŘÍJNA

---

- 08:00 – 18:30 Registrace  
Lobby – přízemí, u hotelové recepce
- 08:00 – 18:00 Doprovodná výstava firem, prezentace v posterové sekci  
Foyer – 1. patro, konferenční prostory hotelu
- 08:15 – 08:30 **Zahájení konference**  
Pilka R., Mára M.
- 08:30 – 12:30 **Programový blok A: Live surgery**  
Sponzorováno firmou Arthrex s.r.o. – zajištění operační věže a přenosu  
Předsedající: Pilka R., Fanta M., Charvát M.
- 08:30 – 11:30 **Operace pro DIE ENZIAN A3B3C3 -  
plánovaná segmentální resekce střeva**  
Operují: Hanáček J., Drahoňovský J.
- 11:30 – 12:30 **Prezentace firmy ProFaM Health  
Preserving Fertility and Delaying Menopause**  
Fishel S.  
**Operace- LS - Prezervace kortexu ovaria k zachování  
plodnosti a možného oddálení menopauzy**  
Operují: Drahoňovský J., Afíř A., Hanáček J.
- V průběhu operací bude zajištěn Coffee Break
- 12:30 – 14:00 **Přestávka na oběd**
- 14:00 – 15:40 **Programový blok B: Hysteroskopie**  
Předsedající: Mára M., Kovář P., Eim J.
- Kovar scope – nejmenší 5Fr. hysteroskop světa** 30 min.  
**Michael Hainke – prezident**  
**INVIDIA Medical GmbH & Co.KG - prezentace**
- 154 let hysteroskopie – milníky v hysteroskopické** 12 min.  
**chirurgii od dob Pantaleoniho do blízké budoucnosti**  
Kovář P.  
Centra ambulantní hysteroskopie Havířov, Hlučín

**Recidivující fluidometra a její překvapivé vysvětlení** 12 min.  
Vašíček M.  
Nemocnice Vyškov p.o.

**Hysteroskopická endoresekcce submukozních myomů – indikace, úspěšnost, outcome, komplikace // Video case report: hysteroskopická endoresekcce rozsáhlého submukozního myomu** 12 min.  
Lužný R.  
Fakultní nemocnice Ostrava,  
Gynekologicko-porodnická klinika

**Nová možnost prevence vzniku neo-adhezí u pacientek s Ashermanovým syndromem** 12 min.  
Lukavec V., Richtárová A., Kužel D., Lisá Z., Mára M.  
Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze

**4Synless-4DryField vs. Hyalobarrier gel-srovnání účinnosti prostředků v prevenci neo-adhezí** 10 min.  
Lisá Z., Richtárová A., Hlíněcká K., Kužel D., Fanta M., Mára M.  
Centrum mini-invazivní chirurgie, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN a 1.LF UK

**Význam laparoskopie a hysteroskopie při řešení komplikací v souvislosti s IUD** 12 min.  
Součková H., Sehnal B., Břečka K., Hruďa M., Halaška M.J.  
Gynekologicko-porodnická klinika 3.LFUK a FNKV, Praha

15:40 – 16:10

**Ryego v léčbě symptomatické myomatosisy - klinické zkušenosti** 15 min.  
Pilka R.  
Sponzorováno firmou Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.

**„Rok a půl zkušeností s „estetrolem“** 15 min.  
Skřivánek A.  
Sponzorováno firmou Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.

16:10 – 16:40

**Coffee Break**

16:40 – 17:10

**Programový blok C: Kýly**  
Předsedající: Hanáček J., Chvátal R.

**FEBS AWS: Všechno, co jste chtěli vědět o kýlách a báli jste se zeptat** 30 min.  
East B.  
3. chirurgická klinika, FN Motol, Praha

17:10 – 18:35

### Programový blok D: Chyby a omyly

Předsedající: Hanáček J., Kaščík P., Fanta M.

#### **Robotická chirurgie v léčbě vesikovaginální píštěle** 12 min.

Pilka R.

Fakultní nemocnice Olomouc

#### **Laparoskopická ureterocystoneostomie pro podvázání ureteru při abdominální hysterektomii** 12 min.

Němec M., Matys O.

Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.

#### **Otevření pochvy při resekci střeva pro hlubokou endometriózu – s TLH a bez odstranění dělohy** 12 min.

Fanta M. a kol.

KGPN Všeobecná fakultní nemocnice a 1.LF UK, Apolinář

#### **Laparoskopické řešení gravidity v jizvě, možné komplikace výkonu videokazuistika** 12 min.

Hlínecká K.

Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN v Praze

#### **Chyby a omyly v reprodukční chirurgii** 12 min.

Mára M., Fanta M., Hlínecká K., Lisá Z., Richtárová A., Lukavec V., Borčinová M., Kužel D.

gyn.-por. klinika 1.LF UK a VFN v Praze

#### **Chyby a omyly u pacientek s DIE** 12 min.

Hanáček J., Drahoňovský J., Marvanová Z., Ivánková K. ÚPMD, Praha

#### **Laparoskopická supracervikální hysterektómia - je to omyl?** 12 min.

Kaščík P., Hlaváčík M., Gaman M, Vidoman M.

FN Trenčín

19:30

### **Fórum endoskopie – diskusní večer a společná večeře pořádaná Sekcí gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP pro registrované účastníky konference**

Hotel Clarion, restaurace

Fórum endoskopie není součástí programu konference, pro vstup na něj je nezbytné se prokázat vstupenkou. Vstupenku je možné si online zakoupit současně s registrací. Omezený počet vstupenek bude možné si koupit v registračním centru konference do 20. října, 12.00 hod. Hotel Clarion, restaurace



# SOBOTA, 21. ŘÍJNA

---

8:30 – 13:30

Doprovodná výstava firem, prezentace v posterové sekci  
Foyer – 1. patro, konferenční prostory hotelu

08:30 – 10:00

## Programový blok E: Vária

Předsedající: Mára M., Hudeček, Sehnal

**Metody fixace sítě na pochvu u sakrokolpopexu** 12 min.  
Kolek P.

Fakultní Thomayerova nemocnice, FTN, Praha

**Možnosti evakuace a morcelace objemné tkáně při laparoskopických výkonech** 12 min.

Romsauerová N., Kolek P., Mára M.:

Fakultní Thomayerova nemocnice FTN, Praha

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

**Porovnání TLH vs LAVH – soubor pacientek** 12 min.

Břečka K., Hruđa M., Halaška M.J., Sehnal B.,  
Součková H.

Gynekologicko-porodnická klinika 3.LFUK a FNKV, Praha

**Stav řešení tubární gravidity v České republice** 12 min.

Sehnal B., Součková H., Břečka K., Hruđa M., Halaška M.J.  
Gynekologicko-porodnická klinika FN Královské Vinohrady  
a 3.LF UK, Praha

**Možnosti ochrany reprodukce u pacientek s endometriózou** 12 min.

Sisková I., Mekiňová L., Hudeček R.

Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

**Chyba a omyly z pohledu Hyalobarrier gelu** 12 min.

Sponzorováno firmou Nordic Pharma, s.r.o.

Hanáček J.

**Diskrepance stagingové a peroperační klasifikace endometriózy pánve dle #Enzian 2021** 12 min.

Křižanová K.

Centrum pro léčbu endometriózy, Nemocnice Znojmo, p. o.

10:00 – 10:30

Coffee Break

10:30 – 11:10

## Programový blok F: Onkologie

Předsedající: Klát J., Halaška J., Pílka R.

**Limity indikací k minimálně invazivní chirurgii v onkogynékológii** 12 min.

Halaška M.J., Sehnal B., Součková H., Břečka K., Hruđa M.

Gynekologicko-porodnická klinika 3.LFUK a FNKV, Praha  
**LAP2 protokol – indikace k méně radikální operaci** 12 min.  
**pro karcinom děložního hrdla**  
Hruda M., Robová H., Halaška M.J., Pichlík T., Drozenová J.,  
Malíková H., Rob L.  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

**Úspěšnost robotické detekce SLN u obézních** 12 min.  
**pacientek s karcinomem endometria**  
Klát J., Macečková N., Vávra K., Kummel J.  
Fakultní nemocnice Ostrava

11:10 – 11:25

**Ukončení Konference**  
Pilka R., Mára M., Hanáček J.

11:30 – 13:00

Oběd

## PÁTEK, 20. ŘÍJNA

---

14:00 – 16:00

### PROGRAM SEKCE INSTRUMENTÁŘEK A PORODNÍCH ASISTENTEK

Sál Plató/Seneca  
Předsedající: Charvát M., Marciánová V.

**Fetální výkony – Endotracheální zavedení balonku** 12 min.  
**u dětí s diafragmatickou hernií**  
Ondráková E., Coufalová J.  
ÚPMD

**Urologické operace u pacientek s DIE** 12 min.  
Nádvorníková S., Dolanská N.  
ÚPMD

**Operační léčba děložních myomů** 12 min.  
**v malé nemocnici?**  
Halešová M., Školoudíková M.  
Bohumínská městská nemocnice, a.s.

**Fytoprogesteron a Endometrioza** 12 min.  
Tuatti G.  
Zdravé ůno s.r.o., Olomouc

**Termoablace** 12 min.  
Skypalová G.  
Fakultní nemocnice Olomouc

**Robotické výkony v gynekologii** 12 min.  
Štefanová D.  
COS FNO

**Komplikace TLH při transsexualismu** 12 min.  
Marciánová V., Čihalíková M.  
Fakultní nemocnice Olomouc

**Význam trans-cervikální tru-cut biopsie (TCB) u atypických myomů** 12 min.

Pospíšilová R., Blažková Z.  
Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN v Praze

**Endo Talks** 20 min.

**Nejčastější chyby a omyly z pohledu pacientek  
liga pacientů s DIE**

- důležitost dostupnosti ověřených informací
- přístup pacientky ke svému zdraví
- pozornost pacientek na příznaky endometriózy
- zpětná vazba pacientek k lékařské péči – důležitost komunikace lékaře a pacientky při podezření/stanovení diagnózy/průběhu léčby
- představení pacientské organizace
- důležitost synergie multidisciplinární péče a spolupráce s pacientskou organizací

### 154 LET HYSTEROSKOPIE – MILNÍKY V HYSTEROSKOPICKÉ CHIRURGII OD DOB PANTALEONIOHO DO BLÍZKÉ BUDOUCNOSTI

---

*Kovář P.*

*Centra ambulantní hysteroskopie Havířov, Hlučín*

Příští rok uplyne 155 let od první hysteroskopie. Byla provedena italským lékařem Pantaleonim. Psal se rok 1869 a tento hysteroskopický výkon byl proveden ambulantně a bez jakékoliv anestezie! Referát je věnován milníkům, kterými se tato precizní endoskopická technika ubírala, a také tomu, jaká je současnost, a především blízká budoucnost.

Od prvního počínů v r. 1869 se dalších téměř 110 let (alespoň z dnešního pohledu) nedělo nic zásadního. Přesto průkopníci na poli hysteroskopických vyšetřovacích metod hledali cestu, byť se hysteroskopie prováděla pouze na několika pracovištích ve světě jako výzkumná metoda. Pro vizualizaci dutiny děložní bylo používáno plynné médium. Technika samotná byla limitována mnoha úskalími: mnohdy nemožná či neadekvátní distenze samotné dutiny, omezené možnosti optického hodnocení endometria a případných patologií, především však samotným krvácením křehkého endometria a okolní tkáně. Zásadním krokem bylo používání kapalného média v roce 1980. V tomto období však byly postupně vytvářeny podmínky pro rozvoj metody samotné. Stále ale bylo toto vyšetření vymezeno téměř výhradně pro diagnostiku, místem provádění zůstávaly operační sály, téměř vždy za použití celkové anestezie, a jediným operačním nástrojem byla kyreta. Světlo světa však spatřil monopolární resektoskop, jehož průměr 9 mm umožnil cílené ošetření v dutině děložní. Tento přístroj zahájil éru sofistikované intrauterinní operativy.

V roce 1993 se objevily první mikrochirurgické operační nástroje v podobě bioptických nůžek, kleští a grasperů, což výrazně rozšířilo možnosti cílené a přesné biopsie, a postupně byly rozvíjeny i techniky intrauterinní chirurgie. Na přelomu tisíciletí přišla „see and treat“ hysteroskopie, která postupně zformovala zcela nový pohled na hysteroskopickou ambulantní praxi. Tato filozofie představuje koncept jediného postupu dokonale integrujícího operativní část do diagnostického výkonu. Zásadním pokrokem bylo v roce 1998 zavedení bipolární elektrochirurgie pomocí 5Fr elektrod. Celá tato éra je někdy nazývána „Kopernikovskou revolucí“. Díky těmto změnám došlo k významnému posunu v možnostech operativy nejenom na operačních sálech, ale i při „office“ hysteroskopii prováděné v ambulancích.

Dalšími důležitými pilíři bylo zavedení lokální anestezie, dále zavedení používání široké škály nového instrumentária, vč. bipolárních „office“ miniresektoskopů o průměru cca 5 mm (v roce 2016) a intrauterinních mechanických morcelátorů tkáně (v roce 2020), či možnosti provádění sterilizace nebo ablace endometria v ambulantním režimu.

V rámci celosvětového dění se hysteroskopie postupně vymezila proti laparoskopickým technikám, lékaři sdílejí své zkušenosti mj. prostřednictvím Globální hysteroskopické komunity (MyGHC), jež sdružuje víc než 5 000 lékařů z celého světa. Krédem společnosti je motto „můj hysteroskop je mým stetoskopem“. Je vytyčeno hned několik cílů: kromě dalšího rozvoje operačních postupů a technik je v globálním měřítku kladen důraz na

vznik specializovaných ambulantních hysteroskopických center, která jsou vybavena kompletním hysteroskopickým instrumentáři, vč. ambulantních resektoskopů a shaverů. Zásadní je, že tato pracoviště do celého procesu velice efektivně integrují pre hysteroskopické vyšetřovací metody, vč. 3D ultrazvukové techniky a ev. magnetické rezonance. Tím nejzásadnějším závěrem kongresu však je cíl provádět do roku 2030 naprostou většinu hysteroskopických výkonů bez hospitalizace a anestezie, přičemž zásadní důraz je kladen na minimalizaci rizika výkonů na raritní případy.

Dá se předpokládat, že kromě dalšího zmenšování operačních nástrojů, zefektivňování práce díky novým technologiím a rozvoji dalších vysoce selektivních postupů i tuto operační techniku posune směrem kupředu virtuální realita (především zkrácení výuky lékařů) a s velkou pravděpodobností také umělá inteligence.

Když dr. Pantaleoni v roce 1869 vizionářsky provedl poprvé v historii hysteroskopii mimo operační sál a bez jakékoliv anestezie, doufáme, že po více než 150 letech se jeho sen stane běžnou praxí. Praxí provádět hysteroskopie v ambulanci bez jakékoliv anestezie.

## RECIDIVUJÍCÍ FLUIDOMETRA A JEJÍ PŘEKVAPIVÉ VYSVĚTLENÍ

---

*Vašíček M.*

*Nemocnice Vyškov p.o., Vyškov*

Představujeme vám kazuistiku 68 leté pacientky odeslané obvodním gynekologem na oddělení gynekologie Vyškov k řešení objemné ovariální cysty. Anamnesticky 7 měsíců před nálezem cystické rezistence pacientka prodělala konizaci děložního hrdla pro CIN I s výkonem in sano.

Při vyšetření v indikační poradně byla místo potvrzení cystické rezistence diagnostikována objemná fluidometra s délkou velikosti až 170 mm v dlouhé ose a obliterace zevního ústí hrdla děložního.

Pacientka byla indikována v první době k hysteroskopii s evakuací fluidometry a odběru bioptických vzorků. V hysteroskopickém obrazu dominuje zvrásněná ale hladká stěna děložní s atrofickou sliznicí. Histologicky získané vzorky s benigním nálezem, cytologické vyšetření evakuované fluidometry prokazuje ojediněle atypické epitelie bez neoplazie, ale vhodné k dalšímu došetření.

Vzhledem k recidivě fluidometry a opětovné obliteraci zevního ústí cervixu byla poté pacientka definitivně indikována k laparoskopické hysterectomii s bilaterální adnexectomií.

Po operačním řešení, kde diagnostikujeme mírně zbytnělou a torkovanou pravou tubu definitivní histologické vyšetření prokazuje high grade serózní karcinom pravého vejcovodu la s obliterací fimbriálního ústí a vysvětluje tak etiologii fluidometry retrogradní sekrecí ascitu do dutiny děložní.

Pacientka byla k dalšímu řešení předána na spádové onkologické pracoviště, kde byla provedena radikální operace s nálezem mikrometastázy v omentu a určila definitivní staging FIGO IIIa. Pacientka je nyní v zajišťující léčbě adjuvantní chemoterapií.

## **HYSTEROSKOPICKÁ ENDORESEKCE SUBMUKOZNÍCH MYOMŮ – INDIKACE, ÚSPĚŠNOST, OUTCOME, KOMPLIKACE // VIDEO CASE REPORT: HYSTEROSKOPICKÁ ENDORESEKCE ROZSÁHLÉHO SUBMUKOZNÍHO MYOMU**

---

*Lužný R.*

*Fakultní nemocnice Ostrava, Gynekologicko-porodnická klinika, Olomouc*

Leiomyomy jsou nejčastěji diagnostikované tumory dělohy, prevalence se pohybuje mezi 40-50% u žen v reprodukčním věku. Zhruba 70% myomů se projevuje abnormálním děložním krvácením, mezi další symptomy patří abdominální dyskomfort, tlakové bolesti, infertilita. Submukózní myomy jsou nejčastěji asociovány s krvácením což je i nejčastější indikací k HSK myomektomii. Hysteroskopická myomektomie představuje minimálně invazivní definitivní řešení s vysokou mírou bezpečnosti a efektivnosti. K vymizení klinických příznaků dochází v 70-99% případů. Mezi další indikace patří dysmenorea, pelvic pain a subfertilita. HSK endoresekce prováděná pro infertilitu má význam zejména u myomů deformující dutinu děložní, kde odstranění vede ke zvýšení pregnancy rate a snižuje riziko časných těhotenských ztrát.

Video case report: 54 letá perimenopauzální pacientka s hypermenorheou a rozsáhlým intrakavitárním myomem vel. 6×4cm (histologicky verifikováno při office hysteroskopii), jež byla následně indikována k totální laparoskopické hysterektomii. Pacientka však žádá méně radikální řešení s možností zachování dělohy. I přes velikost myomu vzhledem k dobrému anatomickému uložení provedena HSK endoresekce v I. době. Čtyři měsíce po výkonu pacientka zcela asymptomatická. Kontrolní UZV bez známké intrakavitárního myomu.

## **NOVÁ MOŽNOST PREVENCE VZNIKU NEO-ADHEZÍ U PACIENTEK S ASHERMANOVÝM SYNDROMEM**

---

*Lukavec V., Richtárová A., Kužel D., Lisá Z., Mára M.*

*Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze, Praha*

Vznik intrauterinních adhezí je signifikantní komplikací nitroděložních operačních výkonů a je zásadní zejména u sterilních pacientek s Ashermanovým syndromem. Navzdory aktuálně klinicky používaným metodám prevence vzniku těchto de-novo adhezí je stále velký podíl pacientek, vyžadujících více či méně extenzivní sekundární hysteroskopickou adheziolýzu.

V příspěvku se zaměříme na potenciálně průlomovou možnost využití nové metody prevence vzniku srůstů – nitroděložního prostředku na mechanické bázi, jehož výhodou je delší doba lokálního působení oproti stávající klinické praxi a zároveň degradabilita, díky které není nutný přidaný extrakční výkon. Přípravek WOMED Leaf je aktuálně ve fázi klinického testování, které probíhá na vybraných reprodukčně chirurgických centrech v Evropě a Asii včetně našeho výukového pracoviště. Cílem příspěvku je sdílet aktuální zkušenosti našeho pracoviště s praktickým použitím tohoto nového prostředku a klinické informace z praxe včetně compliance a subjektivního vnímání pacientek zapojených do studie.

## 4SYNLESS-4DRYFIELD VS. HYALOBARRIER GEL-SROVNÁNÍ ÚČINNOSTI PROSTŘEDKŮ V PREVENCI NEO-ADHEZÍ

---

Lisá Z., Richtarová A., Hlínecká K., Kužel D., Fanta M., Mára M.

Centrum mini-invazivní chirurgie, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN a 1.LF UK, Praha

Cíl: 4Synless je randomizovaná, prospektivní, jednoduše zaslepená, kontrolovaná klinická studie. Rozsahem jde o feasibility study, jejímž cílem je představit inovativní využití 4DryField® PH (ve formě "premixu") v prevenci recidivy nitroděložních adhezí (IUAs) u pacientek s Ashermanovým syndromem (AS) po hysteroskopické adheziolýze. Metodika: Do studie bylo zařazeno 23 pacientek se středně těžkou nebo těžkou formou AS, které byly randomizovány do dvou skupin s randomizačním poměrem 1:1. Ve skupině A (n=10) byl po hysteroskopické resekcii IUAs aplikován do děložní dutiny 4DryField® PH jako prevence neo-adhezí, ve skupině B (n=10) Hyalobarrier® gel. Tři pacientky byly vyřazeny ze studie ještě před randomizací, dvě pro nález pouze lehkých IUAs a jedna pro hysteroskopicky zjištěnou perforaci dělohy, vzniklou během dilatace. Během primární hysteroskopie byl zhodnocen nález nitroděložních adhezí dvěma zkušenými operátory a bylo stanoveno primární AFS skóre. S odstupem jednoho měsíce pacientky podstoupily „second-look“ hysteroskopii, při níž bylo stanoveno sekundární AFS skóre a v případě nutnosti byla provedena i sekundární adheziolýza. Byl vypočítán rozdíl primárního a sekundárního AFS skóre delta AFS ( $\Delta$ AFS), dále byly stanoveny následující parametry: sekundární kapacita děložní dutiny, potřeba sekundární adheziolýzy a konečná kapacita děložní dutiny. Na základě výše zmíněných parametrů byly obě skupiny porovnány. Pacientky jsme sledovali po dobu tří měsíců a obě skupiny jsme srovnávali v následujících parametrech: charakter menstruačního cyklu po hysteroskopické léčbě, komplikace a obtíže po výkonu. Sekundárním výstupem je i počet dosažených těhotenství po léčbě.

Výsledky: Obě skupiny byly srovnatelné v demografických a anamnestických údajích i v závažnosti IUAs. Průměrné primární AFS skóre bylo 9 ve skupině A vs. 8,5 ve skupině B,  $p = .476$ . Mezi skupinami nebyl rozdíl v  $\Delta$ AFS (5,9 vs. 5,6,  $p = .675$ ) a potřebě sekundární adheziolýzy (7 vs. 7,  $p = 1$ ). Porovnáme-li obě skupiny s ohledem na závažnost onemocnění, je očekávaný  $\Delta$ AFS ve skupině B o 0,38 nižší než ve skupině A ( $p = .675$ , CI 95% (-1,50;2,26)). Očekávaná hodnota  $\Delta$ AFS je o 1,9 vyšší u pacientů s těžkou IUA než u pacientů se středně těžkou IUA ( $p = ,06$ , CI 95% (-0,15;3,65)). V obou skupinách se podařilo obnovit 100% kapacitu dutiny děložní u 70 % pacientek. U všech pacientek bylo dosaženo minimálně 90% kapacity děložní dutiny, což znamená, že v obou skupinách se nevyskytla pacientka s konečnou kapacitou dutiny děložní menší než 90 % na konci léčby. V období sledování jsme nezaznamenali významné rozdíly mezi skupinami ve sledovaných parametrech.

Závěr: Naše výsledky naznačují, že 4DryField® PH (premix) by mohl být slibným antiadhezivním prostředkem v prevenci vzniku neo-adhezí po hysteroskopické léčbě AS. Zdá se, že 4DryField® PH je stejně účinný jako Hyalobarrier® gel. Naše výsledky navíc naznačují, že 4DryField® PH by mohl být perspektivní volbou u pacientů s těžkými IUA. Během studie nebyli zaznamenány žádné nežádoucí události související s aplikací obou prostředků do děložní dutiny po hysteroskopickém rozrušení IUAs. K průkazu či naopak vyvrácení našich zjištění je však třeba provést prospektivní validační studii s dostatečným počtem studijních subjektů.

## VÝZNAM LAPAROSKOPIE A HYSTEROSKOPIE PŘI ŘEŠENÍ KOMPLIKACÍ V SOUVISLOSTI S IUD

---

*Součková H., Sehnal B., Břečka K., Hruda M., Halaška M.J.*  
*Gynekologicko-porodnická klinika 3.LFUK a FNKV, Praha*

Užití IUD je nejrozšířenější, reverzibilní antikoncepcí na celém světě, kterou používá v průměru 23 % všech žen užívající kontracepci. V průběhu let došlo k mnoha konstrukčním úpravám, jako základní konstrukční materiál je využíván flexibilní plast. Mezi nejčastěji komplikace patří spontánní expulze, bolest po inserci, pánevní zánětlivá nemoc, nepravidelné vaginální krvácení, poranění dělohy při zavádění a také možnost migrace IUD do dutiny břišní. Perforace dělohy v souvislosti s IUD byla poprvé popsána ve 30. letech 20. století. Konsenzuální názor je, že nejběžnějším mechanismem je poranění stěny dělohy v okamžiku zavádění IUD a v současnosti se její incidence pohybuje okolo jednoho případu na 1000 zavedení. Na druhou stranu, migrace IUD do peritoneální dutiny s incidencí kolem 1 případu na 2000 zavedení může nastat prakticky kdykoliv, i několik let po zavedení. Přesný mechanismus migrace tělíška není známý. Jako rizikové faktory se uvádí zvětšená děloha, osová deviace dělohy, zavedení IUD krátce po porodu, anamnéza operace na děloze a vývojové vady dělohy. Přednáška referuje kazuistiku pacientek včetně foto a video prezentace s různými komplikacemi v souvislosti s IUD a diskutuje diagnostické a léčebné postupy v reálných klinických situacích.

Podpořeno grantem Cooperatio č 207035, 3. LFUK.

## FEBS AWS: VŠECHNO, CO JSTE CHTĚLI VĚDĚT O KÝLÁCH A BÁLI JSTE SE ZEPTAT

---

*East B.*

*3. chirurgická klinika, FN Motol, Praha*

Břišní stěna není jen obyčejný obal, který brání tomu, aby nám nefoukalo na střeva nebo dělohu. Je to funkční orgán, který zabezpečuje dýchání, pohyb, efektivní vyprazdňování.. A každý zásah do tohoto orgánu je úplně stejně jako do všech ostatních orgánů s následky. Některé jsou relativně mírné a nemají velký vliv na kvalitu života. S jizvou se dá žít, pokud nepůsobí funkční obtíže, ale co třeba jizva aktivní – poměrně častá komplikace mini invazivních výkonů.. jiné mohou být dokonce invalidizující. Mezi takové patří chronická bolest a kýly v jizvě. Operativa kýly v jizvě se označuje i za chirurgii nezdaru, mnoho možných řešení naznačuje, že to ideální zřejmě neexistuje. Kýlou v jizvě se navíc zajímá relativně málo lidí skutečně poctivě, první plastika vede více než u poloviny k recidivě, druhá již u 80% a každý další „pokus“ situaci dále zhoršuje. Máme registry, které téměř nikdo nepoužívá, všichni si myslíme, jak jsme dobří, být nejsme.. Je to taková smutná chirurgická kapitola. Kolorektální a gynekologické operace vedou ke vzniku kýly v jizvě nejčastěji. A protože víme, že prevence je efektivnější než léčba, je potřeba tyto možnosti znát a řídit se jimi. Není to žádná velká velká věda, několik jednoduchých rad a technických tipů a místo 20% operovaných těch s kýlou mohou být třeba jen procenta 2.



## LAPAROSKOPICKÁ URETEROCYSTONEOSTOMIE PRO PODVÁZÁNÍ URETERU PŘI ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMII

---

Němec M., Matys O.

Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o., Frýdek-Místek

Výskyt poranění močových cest u gynekologických operací pro benigních indikací se v literatuře uvádí kolem 0,3 % [1].

Močový měchýř bývá poraněn 3x častěji než močovod. V systematickém přehledu 37 studií byla zjištěna incidence poranění močového měchýře s frekvencí 0,2% a močovodu 0,03 %-0,05 % mezi celkovými laparoskopickými hysterektomiemi z benigních indikací. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie má častější výskyt poranění močového měchýře (0,9-1,2 %) i močovodu ( 0,2-0,3 %). Incidence vezikovaginální píštěle (VVF) a ureterovaginální píštěle (UVF) je 0,02 %.

V rozvojových zemích se špatnou porodnickou péčí, vzniká VVF především z důvodu dlouhotrvajícího porodu, nebo instrumentace během porodu. V zemích s odpovídající porodnickou péčí je 90 % případů VVF zapříčiněno gynekologickými operacemi. Hysterektomie, a to jak transabdominálním tak i transvaginálním přístupem, je nejčastějším zákrokem.

který vede ke vzniku píštěle. Samotná hysterektomie představuje 75 % případů VVF.[2] Mezi další příčiny patří gynekologické malignity a pánevní radioterapie.

Přibližně 10-12 % pacientek s VVF má přidružené poranění močovodu způsobující UVF. Elektrokoagulační nástroje jsou zodpovědné za většinou poranění močovodu vzniklých při minimálně invazivní chirurgii. Laparoskopické rekonstrukční operace poranění močových cest jsou technicky náročné a jsou spojeny s delším operačním časem.

Naše kazuistika ukazuje operační řešení léze podvázaného ureteru po abdominální hysterektomii z indikace myomatózní dělohy. Jednalo se o asymptomatickou lézi diagnostikovanou v rámci vyšetření pacientky před plánovanou dimisí. Inzerce JJ stentu nebyla úspěšná pro kompletní prošíání ureteru, proto byla indikována operační revize s cílem uvolnění sutury. Pro nekrózu ureteru v místě sutury však byla indikovaná ureterocystoneostomie.

1. Wong JK, Bortoletto P, Tolentino J, Jung MJ, Milad MP. Urinary tract injury in gynecologic laparoscopy for benign indications: A systematic review. *Obstet gynecol* 2018;131:100-8.

2. Bragayrac LA, Azhar RA, Fernandez G, Cabrera M, Saenz E, Machuca V, et al. Robotic repair of vesicovaginal fistulae with the transperitoneal-transvaginal approach: A case series. *Int Braz J Urol* 2014;40:810-5.

## OTEVŘENÍ POCHYVY PŘI RESEKCI STŘEVA PRO HLUBOKOU ENDOMETRIÓZU - S TLH A BEZ ODSTRANĚNÍ DĚLOHY

---

Michael F. a kol.

KGPN Všeobecná fakultní nemocnice a 1.LF UK, Apolinář

Faktor otevření pochvy jako riziko komplikací u pacientek s resekci střeva pro hlubokou endometriózu – bez odstranění dělohy a se současně provedenou laparoskopickou hysterektomií.

## LAPAROSKOPIKÉ ŘEŠENÍ GRAVIDITY V JIZVĚ, MOŽNÉ KOMPLIKACE VÝKONU, VIDEOKAZUISTIKA

---

*Hlínecká K., Richtárová A., Lisá Z., Fanta M., Mára M.*

*Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN v Praze*

Cíl studie: Kazuistika pacientky s ultrazukovým nálezem gravidity v jizvě (CSEP - cesarean scar ectopic pregnancy) s podezřením na přítomnost arteriovenózní fistuly.

Typ studie: kazuistika

Název a sídlo pracoviště: Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN v Praze  
Videokazuistika: 37letá žena byla přijata pro 3 týdny trvající krvácení a bolesti břicha. Odběr krve odhalil vysokou hodnotu hCG přes 100 tisíc IU/l. V anamnéze pacientky byly 2 předchozí císařské řezy. Ultrazvuk odhalil nález gravidity v jizvě s propagací intracervikálně. Průměr gestačního váčku byl > 50 mm a šíře myometria přední stěny < 1 mm. Vzhledem k okolnostem byla provedena laparoskopické okluze uterinních arterií s následnou laparoskopicky provedenou evakuací gravidity a rekonstrukcí dolního děložního segmentu. Výkon byl komplikován masivním krvácením okolo 1000 ml. Vzhledem k lokalitě byl preventivně zaveden stent do levého ureteru. Pooperační průběh byl zcela bez komplikací.

Závěr: V současné době neexistuje standardizovaný postup v léčbě CSEP. Jedna z posledních studií z roku 2023 (Ban Y et al.) je založena na ultrazukovém nález, který hodnotí šíři myometria a gestačního váčku. Na základě tohoto vyšetření je navržen adekvátní postup řešení. Úspěšnost fertilitu zachovávajících postupů je okolo 97,5 %.

## CHYBY A OMYLY V REPRODUKČNÍ CHIRURGII

---

*Mára M., Fanta M., Hlínecká K., Lisá Z., Richtárová A., Lukavec V., Borčinová M., Kužel D.*

*gyn.-por. klinika 1.LF UK a VFN v Praze, Praha*

Sdělení bude zaměřeno na praktické aspekty reprodukčně chirurgických, zejména endoskopických výkonů s důrazem na tradované mýty a omyly, chyba a komplikace. Spektrum zmíněných diagnóz a operací: management Ashermanova syndromu, hysteroskopická a laparoskopická myomektomie, adenomyóza, hluboká endometrióza, adheze, laparoskopická hysterektomie.

Práce je podporována grantem AZV: NU23-06-00327 (projekt REAdME).

## METODY FIXACE SÍTĚ NA POCHVU U SAKROKOLPOPEXE

---

*Kolek P.*

*Fakultní Thomayerova nemocnice, FTN, Praha*

Laparoskopická či robotická sakrokolpopexe je bezpečný a efektivní způsob řešení vaginálních prolapsů s vynikajícími anatomickými i funkčními výsledky. Metody mimálně invazivních technik výrazně snižují morbiditu a krevní ztrátu v porovnání s abdominálním přístupem. Fixace sítě na poševní pahýl či cervix je relativně časově

a technicky náročný proces. Uvádí se, že ke zvládnutí techniky fixace sítě je potřeba provedení přibližně 40 takovýchto výkonů.

V několika kazuistikách a videoukázkách přinášíme srovnání jednotlivých metod fixace sítě u laparoskopické či roboticky asistované sakrokolpopexie. Klasickou fixaci jednotlivými stehy vstřebatelným vláknem, fixaci ostnatým vláknem a fixaci pomocí tkáňového lepidla.

Poslední dvě jmenované nabízí technicky o něco méně náročnou alternativu se srovnatelnými výsledky s výhodou možnosti zkrácení learning curve a při zvládnutí techniky i celkového operačního času. Kratší operační čas nám dovoluje zařazení tří a více takovýchto výkonů do operačního dne a tím naplňuje snahu o vytíženost zejména robotických sálů při zachování kvality a bezpečnosti provedení.

## **MOŽNOSTI EVAKUACE A MORCELACE OBJEMNÉ TKÁŇE PŘI LAPAROSKOPICKÝCH VÝKONECH**

---

*Romsauerová N., Kolek P., Mára M.*

*Fakultní Thomayerova nemocnice FTN, Praha*

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

S vývojem laparoskopické a robotické chirurgie se postupně posunují hranice provedených operací. S narůstajícím objemem a velikostí orgánů a tkání, které je možno zvládnout laparoskopicky či roboticky odstranit, je nutno se zamýšlet i nad možnostmi jejich bezpečné a přitom efektivní a co možná nejméně invazivní evakuace z dutiny břišní.

V našem sdělení přinášíme souhrn jednotlivých způsobů extrakce a morcelace, srovnání jednotlivých technik a jejich časové a technické náročnosti. Vzhledem k nutnosti maximální bezpečnosti zejména u nálezů s nejistým maligním potenciálem se zaměřujeme na mechanickou morcelaci pomocí systému Alexis Containment Extraction System (Applied Medical). Tyto techniky nabízejí alternativu elektrické power morcelace a umožňují chirurgovi extrahovat objemné preparáty s využitím endobagu a zachování minimálně invazivních přístupů. Využití těchto metod pomáhá snížit frekvenci konverzí na laparotomii a při dodržování správné techniky vede poměrně rychle k celkovému zkrácení času evakuace.

## **POROVNÁNÍ TLH VS LAVH – SOUBOR PACIENTEK**

---

*Břečka K., Hruša M., Halaška M.J., Sehnal B., Součková H.*

*Gynekologicko-porodnická klinika 3.LFUK a FNKV, Praha*

Porovnání TLH vs LAVH – Soubor 557 pacientek: Podrobná analýza výsledků a zkušenosti získané na základě širokého souboru pacientek (208 TLH a 349 LAVH), které podstoupily tyto chirurgické procedury v období mezi lety 2022-2023. Naší hlavní snahou je provést důkladné srovnání těchto dvou přístupů k hysterektomii a podrobně zhodnotit jejich přínosy a omezení. Zároveň se zaměříme na komparativní účinnost a rizika spojená s těmito chirurgickými metodami.

V přednášce se zaměříme na technické aspekty TLH a LAVH, včetně použitých

nástrojů, metodiky a přístupu k děloze. Toto srovnání nám pomůže pochopit rozdíly mezi oběma metodami. Analýzu výsledků, při které zhodnotíme výsledky operací, včetně pooperačních komplikací, doby trvání operace a délky hospitalizace u pacientek v našem souboru. Důležité také je se zaměřit na patientské zkušenosti a zpětnou vazbu ohledně pooperační bolesti, rychlosti vertikalizace, délky hospitalizace a celkové spokojenosti s výsledky obou přístupů.

## **STAV ŘEŠENÍ TUBÁRNÍ GRAVIDITY V ČESKÉ REPUBLICE**

---

*Sehnal B., Součková H., Břečka K., Hruda M., Halaška M.J.*

*Gynekologicko-porodnická klinika FN Královské Vinohrady a 3.LF UK, Praha*

Cílem léčby ektopické gravidity je provedení bezpečné a efektivní terapie s nízkým výskytem nežádoucích účinků se zachováním maximální možnosti fertility žen. Asymptomatické ektopické tubární těhotenství lze léčit pomocí následujících tří přístupů: expektace, farmakologická medikamentózní terapie nebo chirurgická operace. Při chirurgické léčbě tubární GEU se nejčastěji indikuje salpingektomie s kompletním odstraněním celého vejcovodu, některá pracoviště provádí fertilitu šetřící salpingostomii. Neexistují jednoznačně definovaná indikační kritéria ve smyslu hranice sérové hodnoty  $-hCG$  nebo velikosti masy ektopické gravidity pro výběr managementu. Přednáška prezentuje data z dotazníkové studie ohledně současného stavu managementu ektopické gravidity v České republice.

Podpořeno grantem Cooperatio č 207035, 3. LFUK.

## **MOŽNOSTI OCHRANY REPRODUKCE U PACIENTEK S ENDOMETRIÓZOU**

---

*Sisková I., Mekiňová L., Hudeček R.*

*Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno, Brno*

Cíl: Potíže s otěhotněním se vyskytují přibližně u 30-40 % pacientek s endometriózou. Tato nemoc představuje z hlediska fertility unikátní výzvu, protože jak endometrióza samotná, tak její chirurgická léčba může vést k poškození vaječniku a snížení ovariální rezervy. Z toho důvodu se endometrióza nabízí jako možná indikace k ochraně reprodukce metodami kryoprezervace. Cílem přednášky je prezentovat současné poznatky o možnostech ochrany reprodukce v této populaci.

Metodika: Přehledová práce

Výsledky: Ochrana reprodukce je proces odběru a uchování zárodečných buněk se záměrem jeho odloženého užití. Původně byla zavedena do praxe u onkologických pacientek. Narůstající zkušenosti výrazně zvýšili efektivnost i dostupnost těchto metod a vedly ke snaze rozšířit indikace i na vybrané benigní onemocnění, jako je právě endometrióza. V současnosti jsou v praxi zavedené tři techniky: kryoprezervace embryí, kryoprezervace oocytů a kryoprezervace ovariální tkáně. Nejčastěji se využívá kryoprezervace oocytů, která přináší etické a legální výhody a dle zatím dostupných dat představuje efektivní způsob, jak rizikovým pacientkám s endometriózou zvýšit šanci na vlastního potomka. Zvlášť přínosné je provedení ochrany reprodukce před

operačním výkonem.

## **LIMITY INDIKACÍ K MINIMÁLNĚ INVAZIVNÍ CHIRURGII V ONKOGYNEKOLOGII**

---

*Halaška M.J., Sehnal B., Součková H., Břečka K., Hruďa M.  
Gynekologicko-porodnická klinika 3.LFUK a FNKV, Praha*

Minimálně invazivní chirurgie je frekventně používaná operační metoda při onkogynekologických diagnózách. Ukazuje se, že je nutné nicméně individualizovat operační přístup nejen u jednotlivých diagnóz v závislosti na histologickém typu a stádiu nádoru, ale i u jednotlivých pacientek. Přednáška prezentuje přehledová data, ale i konkrétní kazuistiky se zaměřením na rizika a výhody jednotlivých operačních metod v kontextu onkologické léčby.

Podpořeno grantem Cooperatio č. 207035, 3. LFUK.

## **LAP2 PROTOKOL – INDIKACE K MĚNĚ RADIKÁLNÍ OPERACI PRO KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA**

---

*Hruďa M., Robová H., Halaška M.J., Pichlík T., Droženová J., Malíková H., Rob L.  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha*

V posledních desetiletích došlo v gynekologické operativě časných stádií karcinomů hrdla děložního postupně k odklonu od klasických radikálních laparotomických výkonů k minimálně invazivní chirurgii, která přináší četné výhody, například kratší dobu hospitalizace, menší krevní ztrátu, rychlejší zotavení a méně pooperačních komplikací. To vše se však změnilo publikováním předběžných výsledků první mezinárodní prospektivní multicentrické randomizované kontrolované studie Laparoscopic Approach to Cervical Cancer Trial (LACC) v roce 2018, která cílila na verifikaci bezpečnosti minimální invazivní chirurgie u karcinomu hrdla děložního. Tato studie však překvapivě prokázala, že minimálně invazivní radikální hysterektomie je spojena s nižší mírou přežití pacientek bez známek onemocnění a kratším celkovým přežitím než abdominální radikální hysterektomie. K podobným závěrům dospěly také další retrospektivní epidemiologické studie a na základě těchto klinických důkazů byla otevřená operace doporučena jako metoda volby v rámci doporučení mnohých světových onkogynekologických společností včetně ESGO. Při analýze výsledků a na podkladě dalších retrospektivních studií, v rámci kterých se autoři snažily zjistit, proč tomu tak je, bylo vymezeno několik protektivních faktorů, při dodržení kterých se minimálně invazivní operační řešení u časných stádií karcinomů hrdla děložního nadále jeví jako bezpečný terapeutický postup. Tyto zjištění jsou v souladu s našimi zkušenostmi a v našem sdělení bychom chtěli prezentovat výsledky na souboru 200 odoperovaných pacientek z posledních 20 let.

## ÚSPEŠNOST ROBOTICKÉ DETEKCE SLN U KARCINOMU ENDOMETRIA U OBÉZNÍCH PACIENTEK – ANEB JE TO VŠECHNO O TECHNOLOGII?

---

*Klát J., Macečková N., Vávra K.*

*Gynekologicko-porodnická klinika FN a LF OU, Ostrava*

Úvod: Detekce sentinelové uzliny (SLN) je součástí doporučené chirurgické léčby karcinomu endometria. Aby mohla být detekce SLN alternativou systematické pánevní a paraaortální lymfadenektomie je potřeba, aby tato metoda dosahovala vysokého procenta úspěšnosti nejenom v detekce na pacientku (detection rate- DR), ale vzhledem k tomu, že děloha má bilaterální lymfatické zásobení, tak důležitým parametrem je i oboustranná detekce SLN tzv., specific-side detection rate (SSDR). Jedním z faktorů, který snižuje DR a SSDR je vysoké BMI, které je obecným znakem pacientek s časným stadiem karcinomu endometria.

Soubor a Metodika: Do souboru bylo konsekutivně zařazeno prvních 53 pacientek s časným stadiem karcinomu endometria operovaných na Gynekologicko-porodnické klinice od 2/2022 do 3/2023 s BMI vyšším než 30. Data ohledně úspěšnosti detekce byla prospektivně sledována. Detekce SLN byla provedena ve všech případech pouze pomocí intracervikální aplikace indocyanové zeleně (ICG). Aplikace ICG a detekce SLN byla vždy provedena stejným týmem. Průměrné BMI celého souboru činil 37,6.

Výsledky: Detection rate na pacientku dosáhla 100% a site-specific detection rate činila 95,2%). 100% detekce na pacientku jsme dosáhla taktéž ve skupině pacientek s BMI nad 40, SSDR v této skupině činila 91,7%.

Závěr : Robotická detekce SLN pomocí ICG u obézních pacientek s karcinomem endometria dosahuje v našem souboru vynikajících výsledků, včetně úspěšné detekce u pacientek s monstrózní obezitou. Tyto velmi dobré výsledky jsou dány především robotickou technologií da Vinci umožňující minimálně invazivní výkony i u této skupiny pacientek.

## PROGRAM SEKCE INSTRUMENTÁŘEK A PORODNÍCH ASISTENTEK

---

### OPERAČNÍ LÉČBA DĚLOŽNÍCH MYOMŮ V MALÉ NEMOCNICI?

---

*Halešová M., Školoudíková M.*

*Bohumínská městská nemocnice, a.s., Bohumín*

Možnosti a postupy operační léčby děložních myomů v Bohumínské městské nemocnici. Volené strategie léčby dle velikosti a umístění myomu, věku pacientky i jejího postoje k následné fertilitě.

Postupy operačních výkonů představí konzervativní přístup, cílený na děložní myomy i na cévní zásobení dělohy.

Vlastní provedení operačního výkonu LUAO, postup, použití laparoskopických nástrojů i zdravotnických přístrojů s benefitem pro pacientku.

Závěrem bude zhodnocen výsledek tohoto typu operace u pacientek, které tuto doporučenou a provedenou terapii podstoupily v zájmu možnosti své budoucí gravidity.

## FYTOPROGESTERON A ENDOMETRIOZA

---

*Gabriela Tuatti*

*Zdravé lůno s.r.o., Olomouc*

Jak mohou byliny v praxi zmírnit dopady Endometriózy a tím zvýšit kvalitu života pacientek.

## VÝZNAM TRANS-CERVIKÁLNÍ TRU-CUT BIOPSIE (TCB) U ATYPICKÝCH MYOMŮ

---

*Pospíšilová R., Blažková Z.*

Metoda tru-cut biopsie pro odběr tkáně z malé pánve je využívána již déle, ale nyní je zaměřena na odběr tkáně z podezřelých myomů.

Cílem naší prezentace je seznámit posluchače s novou metodou používanou při diagnostice atypických myomů (ev. nádorů děložní svaloviny) – pomocí trans-cervikální tru-cut biopsie.

Informace a data jsou shromažďována na našem pracovišti – VFN Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie.

Tato metoda nám zajišťuje dostatečnou přesnost v diagnostice atypického myomu (podle USG) a tím onkologickou bezpečnost. Pokud na základě výsledků operatér zvolí jako nejvhodnější řešení operační, získáme druhý histologický materiál – k porovnání výsledků obou histologií.

## ENDO TALKS

---

*liga pacientů s DIE*

Nejčastější chyby a omyly z pohledu pacientek:

- důležitost dostupnosti ověřených informací
- přístup pacientky ke svému zdraví
- pozornost pacientek na příznaky endometriózy
- zpětná vazba pacientek k lékařské péči – důležitost komunikace lékaře a pacientky při podezření/stanovení diagnózy/průběhu léčby
- představení patientské organizace
- důležitost synergie multidisciplinární péče a spolupráce s patientskou organizací

















# XXXII. konference sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP 2024 se zahraniční účastí

---

17.– 19. říjen

Clarion Congress Hotel Olomouc

