

POSTERY - 2015

1. [Bubeníková Š.](#), Procházka M. Ošetrovatelská diagnóza 00123 Akutní bolest v porodní asistenci. (FZV UP Olomouc)
2. [Durdová V.](#), Bohmová J., Kratochvílová T., Studničková M., Holusková I., Ľubušký M. Neinvazivní stanovení *KEL1* pozitivního plodu u *KEL1* negativní „K“ aloimunizované těhotné ženy. (LF UP, FN Olomouc)
3. [Durdová V.](#), Marková I., Šopíková B., Geierová M., Kratochvílová T., Studničková M., Ľubušký M. Atypický nález centrální nervové tkáně u plodů po indukovaném potratu. (LF UP, FN Olomouc)
4. [Kratochvílová T.](#), Marková I., Durdová V., Ľubušký M., Management těhotenství s atypickou vrozenou vadou urotraktu plodu. (LF UP, FN Olomouc)
5. [Markova I.](#), Strasilova P., Durdova V., Kratochvilova T., Studnickova M., Horvathova K., Lubusky M. Very Early-onset severe Fetal Growth Restriction with an extremely poor prognosis – What is the right management? (LF UP, FN Olomouc)
6. [Strašilová P.](#), Klásková E., Durdová V., Dubrava L., Kratochvílová T., Marková I., Studničková M., Horváthová K., Ľubušký M. Srdeční vada plodu jako první příznak systémového onemocnění těhotné ženy. (LF UP, FN Olomouc)
7. [Studničková M.](#), Strašilová P., Marková I., Ľubušký M. Fetomaternální hemoragie při potratu ve II. trimestru a při porodu mrtvého plodu. (LF UP, FN Olomouc)
8. [Zemanová D.](#), Bydžovská I., Rob L. Hodgkinův lymfom v graviditě – kazuistika. (KNL a.s., Liberec)

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA 00132 AKUTNÍ BOLEST V PORODNÍ ASISTENCI

Bubeníková Š., Procházka M.

Ústav porodní asistence FZV UP Olomouc

Anotace: Porodní bolest je fyziologický jev, který se vyskytuje u každého porodu a představuje specifickou kategorii bolesti. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje bolest jako přítomnost nepříjemné, senzorické a emocionální zkušenosti spojené s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest jako ošetřovatelská diagnóza v péči o rodící ženu je jedním z nejčastějších problémů, které porodní asistentky v klinické praxi hodnotí, posuzují a řeší.

Cíl: Cílem práce bylo validizovat definující charakteristiky ošetřovatelské diagnózy 00132 Akutní bolest vybraným souborem expertek – porodních asistentek. Porodní asistentky zjišťovaly, které definující charakteristiky (určující znaky, související faktory) se u této ošetřovatelské diagnózy vyskytují jako hlavní a které jako vedlejší.

Metody a soubor: Pro obsahovou validizaci byl využitý Fehringův model validity diagnostického obsahu (Diagnostic Content Validity Model). Porodní asistentky splňovaly kritérium bakalářského stupně vzdělání v oboru porodní asistence a klinické praxe na oddělení porodního sálu. Měřicí nástroj pro posouzení významnosti diagnostických prvků byl sestaven pomocí jednotlivých definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy z NANDA-I, Taxonomie II. Porodní asistentky zaznamenávaly významnost definujících charakteristik na Likertově škále od 1 do 5 (5 – největší významnost, 4 – velká významnost, 3 – střední významnost, 2 – malá významnost, 1 – žádná významnost). Pro každou charakteristiku bylo vypočítáno vážené skóre, které se získalo součtem hodnot přiřazených každé odpovědi (5 = 1; 4 = 0,75; 3 = 0,5; 2 = 0,25; 1 = 0) a jeho vydělením celkovým počtem odpovědí. K vedlejším definujícím charakteristikám bylo zařazeno 10 znaků s váženým skóre v rozmezí 0,5 – 0,74. Vedlejší znaky jsou uvedeny v Tabulce 2.

Výsledky: Z celkového počtu 22 definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy „Akutní bolest“ přiřadily porodní asistentky k hlavním (vážené skóre $\geq 0,75$) znaky: *úlevová poloha z důvodu vyhnutí se bolesti, expresivní chování, pozorované známky bolesti, slovní vyjádření bolesti, změny dýchání, změny krevního tlaku, změny srdečního rytmu. Mezi hlavní související faktory expertky zařadily tyto charakteristiky: biologické faktory (porodní mechanismus) a faktory psychogenní. Ostatní znaky uvedené v NANDA-I lze považovat za nespecifické pro tuto diagnózu.*

Závěr: Validizace ošetřovatelské diagnózy „Akutní bolest“ má velký význam pro správné poskytování péče v porodní asistenci jednoznačným určením diagnostických komponent. Z celkového počtu 22 definujících charakteristik určily porodní asistentky 9 charakteristik jako hlavní (z toho 7 definujících charakteristik určujících znaků a 2 související faktory). Za vedlejší definující charakteristiky bylo označeno 10 položek (8 určujících znaků a dva související faktory). Ostatní znaky uvedené v NANDA-I lze považovat za nespecifické pro tuto diagnózu.

Tabulka 1 Hlavní definující charakteristiky

Hlavní definující charakteristiky	skóre
Úlevová poloha z důvodu vyhnutí se bolesti	0,81
Expresivní chování	0,77
Pozorované známky bolesti	0,80
Slovní vyjádření bolesti	0,84
Změny dýchání	0,80
Změny krevního tlaku	0,82
Změny srdečního rytmu	0,86
Biologické faktory - porodní mechanismus (SF)	0,94
Faktory psychogenní (SF)	0,80

Tabulka 2 Vedlejší definující charakteristiky

Vedlejší definující charakteristiky	skóre
Diaforéza (pocení)	0,59
Výraz v obličeji	0,70
Obranné chování	0,70
Ochranná gesta	0,68
Porucha spánku	0,73
Rozptýlené chování	0,50
Změněné vnímání času, narušené myšlenkové procesy, snížená interakce s lidmi a prostředím	0,66
Změny chuti k jídlu	0,68
Chemické faktory (SF)	0,59
Fyzikální faktory (SF)	0,66

NEINVAZIVNÍ STANOVENÍ *KEL1* POZITIVNÍHO PLODU U *KEL1* NEGATIVNÍ "K" ALOIMUNIZOVANÉ TĚHOTNÉ ŽENY

Durdová V.¹, Bohmová J.², Kratochvílová T.¹, Studničková M.¹, Holusková I.³, Ľubušký M.¹

¹Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

²Ústav lékařské genetiky LF UP a FN Olomouc

³Transfúzní oddělení FN Olomouc

Úvod: Klinický význam stanovení *KEL* genotypu plodu spočívá v možnosti diagnostikovat "K" pozitivní plody (genotyp *KEL1/KEL2*) u "K" aloimunizovaných těhotných žen (genotyp *KEL2/KEL2*). Pouze tyto plody (jen 5 %) jsou ohroženy rozvojem hemolytické nemoci a fetální anémie by měla být diagnostikována stanovením maximální průtokové rychlosti v arteria cerebri media pomocí ultrazvukové dopplerometrie (Middle Cerebral Artery Peak Systolic Velocity, MCA-PSV). Neinvazivní vyšetření *KEL* genotypu plodu není dosud standardně k dispozici.

Cíl studie: Neinvazivně stanovit *KEL1/KEL2* genotyp plodu z volné fetální DNA v plazmě *KEL2/KEL2* těhotných žen.

Materiál a metodika: Genotyp plodu byl posuzován pomocí TaqMan Real-Time PCR a minisekvenací s využitím ředících řad a kontrolních vzorků. Celkem u **138** těhotných žen (mezi 8. a 23. gestačním týdnem) byl stanoven genotyp minisekvenací. Genotyp plodu byl následně verifikován u novorozence z buněk získaných bukalním stěrem.

Výsledky: TagMan sondy vykazovaly fluorescenční pozadí a metodika nebyla schopna rozlišit mezi pozadím a příměsí volné fetální DNA. Naopak metodika minisekvenace se ukázala jako spolehlivá. U 2,2 % těhotných žen (3/138) analýza volné DNA opakovaně selhala, 94,8 % žen (128/135) bylo *KEL1* negativních a celkem 3,1 % plodů (4/128) bylo *KEL1* pozitivních. Senzitivita i specificita metody dosahovala 100 %.

Závěr: Minisekvenace s využitím kapilární elektroforézy umožnila spolehlivou detekci fetální *KEL1* alely v plazmě *KEL2/KEL2* těhotných žen.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT-12225-4/2011

ATYPICKÝ NÁLEZ CENTRÁLNÍ NERVOVÉ TKÁNĚ U PLODŮ PO INDUKOVANÉM POTRATU

Durdová V.¹, Marková I.¹, Šopíková B.², Geierová M.², Kratochvílová T.¹, Studničková M.¹, Ľubušký M.¹

¹Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

²Ústav klinické a molekulární patologie LF UP a FN Olomouc

Úvod: Naše práce hodnotí atypicky redislokovaný náleznervové tkáně v dutině břišní u dvou plodů po provedeném indukovaném potratu.

Kazuistika I. Ukončení těhotenství indukovaným potratem ve 14. týdnu těhotenství pro potvrzený (zjištěný?) Downův syndrom u plodu.

Kazuistika II. Ukončení těhotenství indukovaným potratem v 17. týdnu těhotenství pro těžké postižení dolních končetin. Potvrzen fyziologický ženský karyotyp u plodu. Vysloveno podezření na artrogrypózu.

Výsledky: V histopatologickém obraze náleznervové tkáně fragmentované centrální nervové tkáně. V prvním případě v dutině břišní a retroperitoneu s chyběním tkáně v kalvě, ve druhém případě náleznervové tkáně a zhmoždění míšní tkáně v celém rozsahu páteřního kanálu.

Primární závěr v prvním případě směřoval k diagnóze tzv. primitivního neuroektodermálního tumoru. Nález uzavřen jako artefakt, který vznikl redislokací centrální nervové tkáně z oblasti kalvy a páteřního kanálu v důsledku externího tlaku v průběhu potratu, aniž došlo k porušení integrity kožního krytu plodu.

Závěr: Při provádění medikamentózního indukovaného potratu po 12. týdnu těhotenství je třeba pomýšlet na možnou redislokaci centrální nervové tkáně z oblasti kalvy a páteřního kanálu a nepovažovat ji chybně za morfologickou abnormalitu plodu.

MANAGMENT TĚHOTENSTVÍ S ATYPICKOU VROZENOU VADOU UROTRAKTU U PLODU

Kratochvílová T., Marková I., Durdová V., Ľubušký M.

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

Typ studie: kazuistika

Úvod: Zdvojení močového a/nebo ledviny jsou považovány za jedny z nejzávažnějších vrozených vad v dětské urologii. Často bývají spojeny s abnormálním vyústěním močového nebo výskytem ureterokély. Riziko spočívá v poškození části či celé ledviny, eventuálně i kontralaterální ledviny. Naše podrobná obrazová dokumentace názorně zobrazuje dynamiku rozvoje změn na urotraktu u plodu s diagnostikovanou ureterokélou.

Kazuistika: Pacientka byla sledována na našem pracovišti od 1. trimestru těhotenství. Při podrobném hodnocení morfologie plodu ve 21. týdnu byla zjištěna dilatace kalichopánvičkového systému (KPS) vpravo a ureterokéla a nález postupně progredoval. Ve 32. týdnu se u plodu objevila volná tekutina v dutině břišní a hydrokéla, provedeno vyšetření nukleární magnetickou rezonancí a potvrzeno zdvojení dutého systému pravé ledviny s výraznou dilatací KPS a močového. Vzhledem k progresivnímu nárůstu množství volné tekutiny v dutině břišní u plodu, po indukci plicní zralosti kortikoidy, bylo těhotenství po konzultaci s dětským urologem ukončeno v 36. týdnu císařským řezem. Po porodu zaveden permanentní katetr do močového měchýře a provedena drenáž volné tekutiny z dutiny břišní. 22. den života byla pro febrilie, pyurii a nález urinomu indikována chirurgická evakuace urinomu, poté zlepšení klinického stavu a 54. den po porodu bylo dítě propuštěno do ambulantní péče.

Závěr: Většina vad spojených s kompletním zdvojením ledviny je v současné době zachycena jako dilatace kalichopánvičkového systému při prenatálním nebo časném postnatálním ultrazvukovém vyšetření. Časná prenatální diagnostika a hodnocení dynamiky vývoje nálezu - dilatace KPS, tloušťky a echogenity parenchymu postiženého renálního segmentu, šířky močového a přítomnosti ureterokély - vede k nastavení optimálního managementu těhotenství i následné léčby.

VERY EARLY-ONSET SEVERE FETAL GROWTH RESTRICTION WITH AN EXTREMELY POOR PROGNOSIS – WHAT IS THE RIGHT MANAGEMENT?

Markova I., Strasilova P., Durdova V., Kratochvilova T., Studnickova M., Horvathova K., Lubusky M.

Centre of Fetal Medicine and Ultrasound Diagnosis, Department of Obstetrics and Gynecology, Department of Medical Genetics, Palacky University Hospital Olomouc, Czech Republic

Objective: On the basis of our case report we analyse the optimal management of very Early-onset severe Fetal Growth Restriction with an extremely poor prognosis.

Method: A case report of 34-year-old spontaneously pregnant nulliparous woman, prenatal care was managed at our centre. At 22 weeks of pregnancy the diagnosis of severe Fetal Growth Restriction was established by ultrasound examination (Stage III – Severe placental insufficiency, Low-suspicion of fetal acidosis: EFW 300 g $p < 1$, UA AEDF, DV-PI $> p95$), without any abnormalities on fetal anomaly scan or fetal karyotype including FGFR3 gene examination. At 24 weeks of pregnancy induction of fetal lung maturity by corticosteroids was performed and dopplerometric parameters in uteroplacental and fetal circulation improved; however, one week later severe preeclampsia developed and pregnancy had to be terminated by caesarean section at 25+3 weeks of gestation.

Results: The newborn boy had a weight of 385 g ($p < 1$?), length of 30 cm, placenta had a weight of 134g ($p < 1$?). Histopathological examination of the placenta showed signs of accelerated maturation, numerous infarcts and necrosis. The newborn died 12 days after birth and autopsy did not find any congenital defect.

Conclusion: Parent counseling should consider several important aspects. On the one hand, there is the option to perform induction of fetal lung maturity by corticosteroids, terminate the pregnancy by cesarean section and try to save an extremely immature and growth restricted newborn. On the other hand, there is the option to terminate the pregnancy by induced medical abortion because of an extremely poor prognosis for the fetus. Is the diagnosis of very Early-onset severe Fetal Growth Restriction a reason/indicator for pregnancy termination if requested by the pregnant woman? What is the right decision?

SRDEČNÍ VADA PLODU JAKO PRVNÍ PŘÍZNAK SYSTÉMOVÉHO ONEMOCNĚNÍ TĚHOTNÉ ŽENY

Stražilová P.¹, Klásková E.², Durdová V.¹, Dubrava L.³, Kratochvílová T.¹, Marková I.¹, Studničková M.¹, Horváthová K.¹, Ľubušký M.¹

¹Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

²Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

³Neonatologické oddělení FN Olomouc

Typ studie: kazuistika

Úvod: Kazuistika popisuje nepřímou diagnostiku systémového onemocnění těhotné ženy, které se primárně projevilo srdeční vadou u plodu diagnostikovanou při ultrazvukovém vyšetření ve III. trimestru těhotenství.

Kazuistika: V roce 2008 porodila pacientka spontánně mrtvé děvče ve 35. týdnu gravidity - 2000g, příčina porodu uzavřena jako susp. trombóza pupečníku. V roce 2009 porodila císařským řezem zdravého chlapce ve 38. týdnu gravidity - 4100 g. V šestinedělí prodělala hlubokou žilní trombózu s embolizací plicnice, zjištěn trombofilní stav mutace faktoru IX, faktoru VIII, fibrinogen, PAI-I.

Nyní otěhotněla pacientka spontánně, kombinovaný screening v I. trimestru byl negativní, podrobná morfologie plodu ve 20 – 22. týdnu s normálním nálezem. Krevní skupina pacientky byla A RhD negativní, screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek negativní, ve 28. týdnu gravidity podán imunoglobulin IgG anti-D, celé těhotenství medikovala Fraxiparine 0,4 ml s.c.

Ve 27. týdnu těhotenství pacientka odeslána dispenzarizujícím gynekologem na Porodnicko - gynekologickou kliniku pro bradykardii plodu. Bylo provedeno ultrazvukové vyšetření dětským kardiologem, který prokazuje kompletní AV blok (frekvence síní 133 – 145/min., frekvence komor 50/min.), se srdečním selháním a těžkým hydropsem plodu. To následně potvrzeno i konziliárním vyšetřením dětským kardiologem Fakultní nemocnice Brno. Ve 28. týdnu těhotenství pacientka žádá o umělé ukončení těhotenství indukovaným potratem – provedena fetocida plodu, indukce potratu Misoprostolem, potracen mrtvý plod ženského pohlaví vážící 1655g délky 40cm.

Během hospitalizace zjištěny u pacientky pozitivní protilátky ENA screen S, Anti SS – A/Ro S, Anti SS – B/La A, díky kterým vyvstalo podezření na dosud nezjištěné revmatoidní onemocnění pacientky, pravděpodobně na systémový lupus erytematoses.

Závěr: Neonatální lupus je vzácným onemocněním plodu a novorozence, způsobeným přechodem určitých mateřských autoprotilátek (Anti-Ro, Anti -La) placentou do oběhu plodu. Nejčastějším projevem je vyrážka, zejména na místech vystavených světlu, vzácnou, ale závažnou komplikací je rozvoj poruchy srdečního rytmu v podobě tzv. vrozeného síňokomorového AV bloku, působícího velmi pomalý srdeční tep, prognóza u plodu s tímto nálezem je vždy infaustní. Ultrazvuková diagnostika AV bloku u plodu v naší kazuistice nás navedla na dosud nezjištěné revmatoidní onemocnění u naší pacientky.

FETOMATERNÁLNÍ HEMORAGIE PŘI POTRATU VE II. TRIMESTRU A PŘI PORODU MRTVÉHO PLODU

Studničková M., Stražilová P., Marková I., Lubušký M.

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl studie: Zjistit incidenci fetomaternální hemoragie (FMH) při potratu ve II. trimestru těhotenství a při porodu mrtvého plodu, stanovit objem fetálních erytrocytů, které pronikají do mateřské krve a identifikovat rizikové stavy, při kterých dochází k excesivní FMH. Určení těchto parametrů by umožnilo optimalizovat doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace.

Pracovní hypotéza: IgG anti-D v dávce 10 µg podané nitrosvalově by mělo pokrýt 0,5 ml fetálních RhD pozitivních erytrocytů nebo 1ml celé krve. Při indukovaném potratu a intrauterinním úmrtí plodu před 20. týdnem těhotenství proniká do mateřské krve méně než 2,5 ml fetálních erytrocytů (5 ml plné krve, postačující dávka IgG anti-D 50 µg). Po 20. týdnu těhotenství nepřesahuje FMH 5 ml (10 ml plné fetální krve, postačující dávka IgG anti-D 100µg). Zvýšené nebezpečí prostupu červených krvinek plodu do krve matky je při intrauterinním úmrtí plodu.

Metodika: Celkem bylo v pilotní studii provedeno **85** vyšetření. Množství fetálních erytrocytů proniklých do oběhu matky bylo stanoveno průtokovou cytometrií na přístroji BDFACSCanto (Becton Dickonson International).

Laboratorní zpracování: Fetal Cell Count™ kit (Diagnosis of Feto-maternal Transfusion by flow cytometry), IQ Products, IQP-379.

Výpočet celkového objemu fetálních erytrocytů proniklých do oběhu matky: Scientific Subcommittee of the Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion. Guidelines for laboratory assessment of fetomaternal haemorrhage. 1st ed. Sydney: ANZSBT, 2002: 3-12.

Výsledky: Při potratu ve II. trimestru těhotenství (n = 51; gestační stáří 13-24 týdnů) byl objem fetomaternální hemoragie 0,4 - 4,5 ml (průměr 1,1 ml; medián 1,0 ml). Při porodu mrtvého plodu (n = 34; gestační stáří 25-41 týdnů) byl objem fetomaternální hemoragie 0,1-73,7 ml (průměr 4,0 ml; medián 0,8 ml). Ve dvou případech (gestační stáří 33 týdnů, hmotnost plodu 2460 g a gestační stáří 36 týdnů, hmotnost plodu 2520 g) byla zjištěna excesivní fetomaternální hemoragie 24,8 ml a 73,7 ml (50 ml a 148 ml plné krve, postačující dávka IgG anti-D 500 µg a 1500 µg). Spontánní antepartální fetomaternální hemoragie byla v těchto případech pravděpodobně příčinou intrauterinního úmrtí plodu.

Závěr: Při intrauterinním úmrtí plodu po 20. týdnu těhotenství je u RhD negativní ženy vhodné stanovit objem fetomaternální hemoragie (FMH) k upřesnění dávky IgG anti-D potřebné k prevenci RhD aloimunizace. Při intrauterinním úmrtí plodu ve III. trimestru těhotenství by měl být stanoven objem FMH vždy, protože excesivní FMH může být i příčinou intrauterinního úmrtí plodu.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT-12225-4/2011

HODGKINŮV LYMFOM V GRAVIDITĚ - KAZUISTIKA

Zemanová D., Bydžovská I., Rob L.

Gynekologicko-porodnické oddělení KNL a.s. Liberec

Zhoubné onemocnění komplikuje graviditu s incidencí 20-40/100 000 těhotenství v zemích EU. Jedná se tedy o onemocnění vzácné, ale většinou závažné. Výskyt koincidence malignity a těhotenství stoupá. Nejvýznamnějším faktorem je stoupající věk rodiček. V České republice je nejčastější karcinom děložního hrdla 5-8/100 000 těhotných, dále pak karcinom prsu, melanomy a hematologické malignity s incidencí 2,5-5/100 000 těhotných. Hematologické malignity jsou nejčastěji zastoupeny maligními lymfomy a jsou třetím až čtvrtým nejčastějším nádorovým onemocněním v graviditě. Častěji jde o Hodgkinské lymfomy, protože maximum jejich výskyt se kryje s reprodukčním věkem pacientek. Jsou i přes pokročilé stadium potenciálně léčitelné radioterapií a chemoterapií. Prognóza pacientek není graviditou ovlivněna. Avšak těhotenství komplikuje diagnostiku, staging a terapii tohoto onemocnění. Diagnostika bývá obtížná vzhledem k překrytí příznaků v graviditě, resp. k nespecifitě obtíží, které mohou být přikládány graviditě. Jak ukazuje i naše kazuistika, diagnóza může být stanovena s prodlevou, neboť na ní nebývá pomýšleno. Některá stagingová vyšetření jsou pro graviditou limitována. Největší úskalí však přináší terapie, kdy diagnosticko - terapeutická rozvaha musí vycházet s délkou těhotenství a musí zohledňovat i přání zcela informované ženy multidisciplinárním týmem. Důvodem k ukončení gravidity je spíše nutnost podání pro plod agresivní terapie a tedy jeho ochrana, než zlepšení prognózy pacientky. Naše kazuistika prezentuje pacientku s koincencí těhotenství a Hodgkinova lymfomu., kdy bylo zpoždění diagnostiky způsobeno podceněním lymfadenopathie krčních uzlin. Zvětšení uzlin, únavnost, úbytek váhy a febrilie nejasného původu jsou alarmujícími symptomy, na které by měl myslet jak ošetřující gynekolog, tak i specialisté jiných oborů.