

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

# **Komplikace gynekologické endoskopie – prevence vzniku**

**Complications in gynaecologic endoscopic surgery – prevention of complications**

**leden 2007**

**Miroslava Baličková**

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně a použila pouze literaturu uvedenou v seznamu na poslední straně této práce.

V Praze dne ledna 2007

podpis:.....

## **Poděkování**

Děkuji svému konzultantovi, MUDr.Eduardu Kučerovi CSc., za trpělivost, odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování mé diplomové práce a za pomoc při zpracovávání dat v této studii.

Děkuji

## Obsah

<b>1</b>	<b>Souhrn – summary</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Obecný úvod k endoskopickým metodám</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Laparoskopie</b> .....	<b>6</b>
3.1	Úvod.....	6
3.2	Indikace.....	6
3.2.1	Diagnostická laparoskopie.....	7
3.2.2	Operační laparoskopie .....	7
3.3	Kontraindikace.....	8
3.3.1	Absolutní kontraindikace.....	9
3.3.2	Relativní kontraindikace.....	9
3.3.3	Zvýšený stupeň rizika .....	9
3.4	Komplikace.....	9
3.4.1	Všeobecné komplikace .....	9
3.4.2	Komplikace vstupu do peritoneální dutiny.....	9
3.4.2.1	Insuflace.....	9
3.4.2.2	Insuflace u obézních pacientek.....	10
3.4.2.3	Perforace velkých cév .....	10
3.4.2.4	Perforace dolních epigastrických cév .....	11
3.4.2.5	Poranění trokarem.....	11
3.4.3	Komplikace v průběhu laparoskopie .....	14
3.4.3.1	Poranění cév.....	14
3.4.3.2	Poranění močového měchýře.....	15
3.4.3.3	Poranění střeva.....	15
<b>4</b>	<b>Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie</b> .....	<b>16</b>
4.1	Úvod.....	16
4.2	Operační technika laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH).....	17
4.2.1	První fáze.....	17
4.2.2	Druhá fáze.....	17
4.2.3	Třetí fáze.....	17
4.2.4	Čtvrtá fáze.....	18
4.2.5	Pátá fáze.....	19
<b>5</b>	<b>Metodika</b> .....	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Výsledky</b> .....	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>Diskuse</b> .....	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>33</b>
<b>10</b>	<b>Přílohy</b> .....	<b>34</b>

## 1 Souhrn

V této diplomové práci je předložena retrospektivní analytická studie hodnotící peroperační a časné pooperační komplikace laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH).

Cílem této diplomové práce bylo zjistit:

- jaké se vyskytují peroperační a časné pooperační komplikace LAVH v souboru
- analyzovat jednotlivé typy komplikací v souboru
- porovnat výsledky retrospektivní studie s celostátními údaji (pomocí Národního registru komplikací gynekologické laparoskopie)
- diskutovat možnou prevenci nejzávažnějších komplikací LAVH

Textová část je věnována indikacím a kontraindikacím laparoskopické operativy, popisu komplikací, které se při ní mohou vyskytnout, a popisu způsobu provedení laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie.

Při sběru informací jsem vycházela z operačních záznamů pacientek operovaných v roce 2000 až 2004 v ÚPMD. Uvedená data jsou zpracována s cílem odpovědět na výše uvedené otázky.

Dále jsou v práci uvedeny výsledky této studie a jejich hodnocení. Analyzovala jsem peroperační a časné pooperační komplikace LAVH v souboru 394 pacientek operovaných v roce 2000 až 2004 v ÚPMD. Peroperační či časné pooperační komplikace se vyskytly u 154 (39%) pacientek, z toho u 118 (29,9%) pacientek se jednalo o méně závažné komplikace (febrilie, pooperační pahýlový infiltrát, pozitivní bakteriální kultivace z poševního pahýlu). U 36 (9,1%) pacientek jsme zaznamenali závažné komplikace - krvácení 27 (75%) pacientek, reoperace 5 (14%) pacientek, poranění močového měchýře 4 (11%) pacientky). Konverze z laparoskopického postupu na laparotomický byla provedena u 4 (1,01%) pacientek (u 3 pacientek z důvodu krvácení nemožného zastavit laparoskopicky, u 1 pacientky z důvodu mnohočetného adhezivního procesu v pánevní dutině).

Na závěr lze říci, že základem nízkého výskytu komplikací LAVH je zručnost indikujícího lékaře, operačního týmu (operatér, asistenti, instrumentářka, anesteziolog, anesteziologická sestra), kvalita technického vybavení a zázemí k řešení eventuelních komplikací.

## Summary

This thesis submits retrospective analytic study evaluating peroperation and early postoperation complications of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH).

The aim of this thesis was to find out:

- what peroperation and early postoperation complications of LAVH occur on patient file
- to analyze individual types of complications on patient file
- to compare the results of retrospective study with national indications (with the help of national register of complications of gynaecological laparoscopy)
- discuss possible prevention of the most severe complications of LAVH

The text part is devoted to indications and contraindications of laparoscopic operation, and complications that may occur during operation and describes the execution of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy.

The information necessary for the thesis is based on operation records of patients operated in the years 2000 – 2004 in ÚPMD. Data shown are processed with the aim to answer to the questions mentioned above.

Further in the thesis there are presented the results of the study and their evaluation. I analyzed peroperation and early postoperation complications of LAVH in the file of 394 patients operated in the year 2000 – 2004 in ÚPMD. The peroperation or early postoperation complications occurred in cases of 154 (39%) patients, from that in cases of 118 (29,9%) patients these were minor complications (fever, infiltration, positive cultivation), in the case of 36 (9,1%) patients these were severe complications – bleeding in 27 (75%) cases, reoperation in 5 (14%) cases, injury of urinary bladder in 4 (11%) cases. The conversion from laparoscopic procedure on laparotomy was effected in 4 (1,02%) cases (in 3 cases on the ground of bleeding, in 1 patient on the ground of multiplex adhesive process in pelvic cavity).

The low incidence of complications of LAVH is above all given by dexterity of the surgeon, surgical team (operator, dressers, suture nurse, anaesthetist, anaesthetic nurse), the quality of technical equipment and facilities applicable to solve possible complications.

## **2 Obecný úvod k endoskopickým metodám**

Vývoj nových medicínských technologií na konci minulého století přinesl revoluční změny aplikací principů endoskopické chirurgie do řady lékařských oborů. Zavedení laparoskopie a hysteroskopie do široké klinické praxe umožnilo mnoha ženám absolvovat úspěšně operační léčbu chorob reprodukčního systému při sníženém perioperačním stresu a rychlejší rekonvalescenci. Výhodou endoskopických technik je minimální mortalita, nízká morbidita a ekonomický přínos. Dříve pod pojmem „laparoskopie“ nebo „hysteroskopie“ byla míněna především invazivní intraperitoneální nebo intrauterinní diagnostika, na níž při patologickém nálezu navazoval operační výkon uskutečněný per laparotomiám v jedné anestezii nebo s odstupem. Dnes se k endoskopii přistupuje tak, že výkon je dokončen endoskopicky. Provedení laparotomie je nezbytné jen v minimu sporných nálezů nebo v případě některých operačních komplikací. Základním cílem laparoskopických metod je zejména výrazné snížení traumatizace tkání, které přímo nesouvisí s operovaným orgánem, a uplatnění principů mikrochirurgie [4,8].

## **3 Laparoskopie**

### **3.1 Úvod**

Za posledních desetiletí zaznamenala laparoskopická operativa značný rozvoj. Od původně několika diagnostických výkonů se postupně dostala k velkému množství laparoskopicky prováděných operačních výkonů jak v chirurgii, tak v gynekologii. Zkrátila se doba pro stanovení diagnózy, snížila se invazivita výkonů, otevřely se nové cesty k řešení některých patologických stavů. Vezmou-li se v úvahu náklady a benefit, laparoskopie je pro gynekologii naprosto jednoznačným přínosem. Navíc lze endoskopické metody výhodně kombinovat s vaginálním přístupem [4,8].

### **3.2 Indikace**

Indikační šíře pro laparoskopii nelze vymezit absolutně. Její hranice jsou variabilní a posouvají se s rozvojem technického vybavení a instrumentaria v návaznosti na nové operační postupy, které mění možnosti operační endoskopie. Také záleží na zkušenosti operátora, na tradicích daného pracoviště a směru vývoje jeho operační školy [4].

### 3.2.1 Diagnostická laparoskopie

Diagnostickou laparoskopii můžeme rozdělit jako výkon neodkladný a plánovaný.

#### **Neodkladný výkon:**

- akutní bolesti břicha a malé pánve (extrauterinní gravidita, hemoperitoneum, torze adnex, ruptura ovariální cysty, apendicitida, podezření na strangulační ileus, zánětlivé procesy)
- podezření na poranění orgánů malé pánve a břicha (perforace dělohy, poúrazové stavy)

#### **Plánovaný výkon:**

- chronické bolesti břicha a malé pánve (endometrióza, chronické záněty, ovariální cysty, zvýšená pánevní kongesce, syndrom Allen-Masters, adheze v malé pánvi a v dutině břišní)
- diagnostika tumorů malé pánve a břišní dutiny
- second look laparoskopie při léčbě nádorů
- vyšetření orgánů malé pánve při sterilitě a infertilitě
- diagnostika cizích těles v břišní dutině (IUD, rouška)
- kombinovaný výkon s hysteroskopií
- intrauterinní výkon pod laparoskopickou kontrolou
- zhodnocení situace v malé pánvi před následným operačním výkonem (vaginální hysterektomií, LAVH, laparotomií)

### 3.2.2 Operační laparoskopie

#### **Operace na adnexech**

- periadnexální srůsty (adheziolýza)
- ektopická gravidita (salpingektomie, salpingotomie, instilace látek při konzervativním ošetření)
- sactosalpinx (salpingektomie)
- chronické zánětlivé stavy
- tuboovariální abces (adnexektomie, drenáž)
- ovariální cysty (biopsie, fenestrace, enukleace, resekce ovaria, adnexektomie)
- tumory ovaria (biopsie, extirpace benigních tumorů, adnexektomie s následným operačním řešením)
- endometrióza (koagulace, extirpace)



### **Operace na děloze**

- myomy (biopsie, enukleace, extirpace, koagulace cévního zásobení, LAVH)
- endometrióza (koagulace, adheziolýza)
- perforace dělohy (sutura, aplikace hemostyptik, tkáňová lepidla)
- hypermobilita dělohy (suspenze dělohy)
- penetrace IUD (extirpace s následným ošetřením děložní stěny)

### **Peritoneum**

- endometrióza (koagulace, adheziolýza, resekce peritonea)
- syndrom Allen-Masters (sutura)

### **Retroperitoneum**

- gynekologické tumory (lymfadenektomie jako součást další operační léčby)
- pánevní bolesti (presakrální neurektomie)
- arteficiální poranění nebo striktura ureteru (liberalizace, sutura ureteru)

### **Retziův prostor**

- defekty pánevního dna (paravaginální repair)
- stresová inkontinence moči (laparoskopické závěsné operace hrdla močového měchýře nebo oblasti střední uretry)

### **Poševní pahýl po hysterektomii**

- prolaps nebo descensus (závěs na os sacrum, závěs na sakrospinální ligamentum, využití závěsných pásek nebo sítěk)

### **Appendix**

- apendicitida chronická nebo akutní (apendektomie)

### **Střevní kličky**

- adheze (adheziolýza)
- tumor (biopsie, chirurgická endoskopická extirpace)
- endometrióza (adheziolýza, resekce)

### **Rektosigmoideum**

- endometrióza (resekce)
- adheze (adheziolýza)

## **3.3 Kontraindikace**

Kontraindikace laparoskopie záleží na vybavení pracoviště a na zkušenostech operatérů. S rozvojem nových endoskopických postupů a anesteziologického zázemí se pohled na rizika laparoskopie a oblast kontraindikací mění [4].

### **3.3.1 Absolutní kontraindikace**

- hemoperitoneum s oběhovým selháváním

### **3.3.2 Relativní kontraindikace**

- stav pacientky znemožňující celkovou anestezii a Trendelenburgovu polohu
- rozsáhlé tumorózní procesy
- těhotenství s velikostí dělohy nad 12 týdnů
- peritonitida

### **3.3.3 Zvýšený stupeň rizika**

- stavy po předcházejících laparotomiích a laparoskopických
- pacientky s vysokým stupněm rizika TEN
- obézní pacientky

## **3.4 Komplikace**

Komplikace můžeme rozdělit na všeobecné, komplikace vzniklé během vstupu do peritoneální dutiny a komplikace vzniklé v průběhu operace.

### **3.4.1 Všeobecné komplikace**

Nauzea a zvracení doprovázejí 15-30% operačních výkonů a jsou významně častější po endoskopických výkonech. Etiologie je multifaktoriální a často obtížně identifikovatelná. Nauzeu indukují opiátová analgetika, na jejím vzniku se spolupodílí distenze žaludku, bolest, hemodynamická nestabilita, nepřijímání potravy, trvání operace, věk, obezita atd. [4,5].

### **3.4.2 Komplikace vstupu do peritoneální dutiny**

Při vstupu do peritoneální dutiny vzniká 22% ze všech komplikací, střevo bývá poraněno ve 43% a k cévnímu poranění dochází v 55% při zajišťování přístupu do peritoneální dutiny [4,5].

#### **3.4.2.1 Insuflace**

Nejčastějším místem inzerce Veressovy jehly je oblast infraumbilikální a intraumbilikální. Úvodní incize je zavedena buď infraumbilikálně a semilunárně, nebo intraumbilikálně a vertikálně. Intraumbilikální varianta je anatomichtější a kosmetičtější [4,5].

Jakmile je jistota, že je jehla uložena ve volné peritoneální dutině (hiss test, aspirační test, kontinuální měření tlaku, Palmerův test), je možno zahájit aplikaci CO<sub>2</sub> rychlostí 3 litry za minutu. Důležité je po zavedení trokaru ihned tlak redukovat na 12 až 15 mmHg [4,5].

#### **3.4.2.2 Insuflace u obézních pacientek**

Hlavním problémem spojeným s obezitou je zavedení pneumoperitonea, při kterém mnohem častěji dochází k preperitoneální aplikaci CO<sub>2</sub>. Tloušťku břišní stěny lze „zmenšit“ intraumbilikálním přístupem, kdy je tloušťka zkrácena o hloubku pupeční jizvy. Alternativní možností zavedení pneumoperitonea jsou přístupy zadní poševní klenbou a transfundálně. Některé problémy výkonu u obézních pacientek eliminuje otevřená laparoskopie [4,5].

#### **3.4.2.3 Perforace velkých cév**

Tato komplikace je jedním z nejvíce devastujících a život ohrožujících poranění. Jsou popsány poranění aorty, dolní duté žíly, společných, pravých i levých ilických arterií a vén, dále horních mezenterických a dolních epigastrických cév. Skutečná incidence poranění velkých cév není známa, protože většina těchto příhod není hlášena. Nejvíce jsou ohroženy mladé, hubené, nerodící ženy, s dobře vyvinutou břišní muskulaturou (u těchto žen je aorta uložena 2,5 cm pod kůží) [4,5].

Nebezpečí zvyšuje nezkušenost operátora, často dochází k těmto komplikacím v rámci jeho prvního sta výkonů. Dále je nebezpečné užití tupého trokaru, inadequate pneumoperitoneum, chyba při stabilizaci břišní stěny, chyba při určení anatomických poměrů a abnormální či nevhodné uložení pacientky [4,5].

Poranění je zřejmě při krvácení do peritoneální dutiny, mnohdy však dochází k retroperitoneálnímu krvácení, které se hůře diagnostikuje. Navíc krvácení z poraněných cév může být utamponováno zvýšeným intraperitoneálním tlakem (10 – 15 mmHg). Venózní tlak je navíc snižován Trendelenburgovou polohou. Po uvolnění pneumoperitonea a ukončení operace může dojít ke kolapsu a hypovolemického šoku. Proto by na konci každého laparoskopického výkonu měla být provedena explorace retroperitonea za odhalení eventuálního hematomu. Malý oválný defekt retroperitonea vede k podezření na poranění Veressovou jehlou, trojúhelníkový defekt naopak znamená poranění trokarem. Poranění trokarem vyžaduje kompletní exploraci, při poranění Veressovou jehlou je možné postupovat konzervativně. Při zjištění většího či zvětšujícího se hematomu je nutné jeho otevření a vyprázdnění střídavě sukci a irigací.

Tak je možné identifikovat místo poranění a jeho ošetření podle velikosti buď koagulací, klipem, endoloopem nebo suturou. Při masivnějším či neidentifikovatelném krvácení je nutná laparotomická revize a ošetření [4,5].

#### **3.4.2.4 Perforace dolních epigastrických cév**

Dolní epigastrická arterie vychází z a. iliaca externa a anastomozuje s horní epigastrickou arterií. Probíhá společně se dvěma cévami v mediálním peritoneálním valu od vnitřního inguinálního prstence pod laterálním okrajem přímého břišního svalu. Většinou jsou viditelné bezprostředně pod peritoneem, nelze je často identifikovat prosvícením stěny. Povrchová epigastrická arterie vyúsťuje z femorální arterie a probíhá mediálně přes přímý břišní sval směrem ke střední čáře. Je dobře viditelná při prosvícení břišní stěny. Poranění této arterie je mnohem častější. Při poranění dolní epigastrické arterie dochází k masivnímu krvácení do retroperitonea či do břišní dutiny, při poranění povrchové arterie ke krvácení do svalu nebo pod kůži. Doporučuje se umístění sekundárních portů laterálně od průběhu těchto cév, a to nejen pro snížení rizika poranění, ale i k získání většího manévrovacího prostoru pro nástroje. Při zavádění je důležité zachovávat úhel 90 stupňů vůči fascii. Při poranění některé z cév břišní stěny je důležité neodstraňovat zavedený trokar, který slouží ke snadnější lokalizaci místa krvácení. K ošetření krvácení je možné použít několik způsobů, které volíme podle intenzity a lokalizace. Lze použít bipolární koagulaci, zavedení a naplnění Foleyova katétru (krvácení tamponuje za pomoci kleští naložených ze zevní strany), stehem vedeným celou břišní stěnou pomocí velké, kulaté či rovné jehly [4,5].

#### **3.4.2.5 Poranění trokarem**

##### **3.4.2.5.1 Tlusté střevo**

Poranění tlustého střeva způsobená inzercí trokaru patří mezi relativně vzácná poranění (0,1%) [10]. Není-li však rozpoznáno a patřičným způsobem ošetřeno, vede k závažným pooperačním komplikacím.

Nejčastěji zasaženým úsekem tlustého střeva bývá colon transversum. Mezi faktory zvyšující možnost poranění tlustého střeva patří chybně zavedené pneumoperitoneum, tupý trokar nutící operátora ke zvýšení síly při inzerci, distenze žaludku způsobená ventilací a některé predisponují patologické stavy pacientky, např. stav po předcházejících operacích na trávicím ústrojí (po zavedení kolostomie, po resekci střeva), zánětlivé autoimunní střevní onemocnění v anamnéze nebo srůsty [4,5].

Zásadním faktorem pro prognózu pacientky je časná diagnostika poranění. Ta je zřejmá, jestliže se stolice objeví na trokaru nebo následně v břišní dutině. Došlo-li však k poranění vyprázdněného střeva, může být jedinou známkou krvácení ze střešní stěny. Proto je vhodné provést exploraci břišní dutiny laparoskopem, aby se eventuelní poranění způsobená zavedením trokaru vyloučila [4,5].

Pozdní diagnostika vychází z klinického stavu pacientky, charakterizováno v časném pooperačním období teplotami, třesavkou a bolestmi břicha. ve fyzikálním nálezu dominuje peritoneální dráždění různého rozsahu v závislosti na stupni kontaminace břišní dutiny střevním obsahem [4,5].

Diagnostika poranění je složitá. Přínos rtg vyšetření břicha je omezen faktem, že pneumoperitoneum na snímku může být ještě zbytkové po vlastní laparoskopii a kontrastní vyšetření je při podezření na perforaci gastrointestinálního traktu kontraindikováno. Proto každá pacientka, která má v časném pooperačním období příznaky náhlé příhody břišní, je indikována k explorativnímu chirurgickému zákroku [4,5].

Jedinou možnou terapií je chirurgické ošetření poranění, jehož rozsah a provedení závisí na rozsahu a lokalizaci poranění, na časovém limitu, jenž uplynul od vzniku poranění a rozsahu kontaminace břišní dutiny střevním obsahem. Rozsahem malá střevní poranění by měla být ošetřena suturou ve dvou vrstvách. U rozsáhlejších střevních poranění je nutné provést kromě ošetření poranění, suturou či resekcí, také šetřící ileostomii či kolostomii (podle lokalizace poranění). Nutné je zavedení intraperitoneální drenáže. Zanoření kolostomie nebo ileostomie následuje s několikatydenním odstupem. Součástí terapie musí být podání širokospektrých antibiotik [4,5].

#### **3.4.2.5.2 Tenké střevo**

Poranění tenkého střeva následkem zavedení trokaru je zaznamenáno u 0,16 – 0,18% pacientek podstupujících laparoskopii [10].

Mezi predisponující faktory patří opět nesprávná technika zavádění trokaru nebo tupý trokar, který vede k užití nepřiměřené síly, a nebo imobilizace střeva vlivem adhezí. Rizikové jsou pacientky, jež opakovaně podstoupily laparotomické operace, ženy s rupturou zánětlivě změněného appendixu v anamnéze, ženy extrémně hubené či naopak ženy obézní [4,5].

Diagnostika poranění je snazší u rozsáhlejších poranění, zápach střevního obsahu při inzerci laparoskopu nebo přímo přítomnost střevního obsahu v břišní dutině.

Pokud byl laparoskop zaveden do lumen střeva, měl by zůstat in situ do té doby, než z následně provedené laparotomie bude možno poranění ošetřit a teprve potom laparoskop vyjmout, tím se minimalizuje kontaminace břišní dutiny střevním obsahem [4,5].

Pokud poranění nebylo diagnostikováno během operace, přicházejí obtíže 3. až 4. pooperační den, bývají subfebrilie až febrilie, bolesti v podbříšku, nechutenství a nauzea. 5. až 6. pooperační den dochází k progresi symptomů, k vzestupu tělesné teploty, zvracení, zaspě, stupňujícím se bolestem břicha, stoupajícím laboratorním parametrům zánětu a k patrnému peritoneálnímu dráždění [4,5].

Ošetření střevního poranění záleží na jeho rozsahu. pokud se jedná o drobnou laceraci serózy střeva menší než 5 mm, kdy nedojde k úniku střevního obsahu nebo krvácení, postačí důkladná inspekce a zvýšená pozornost v pooperačním poli. Naproti tomu jakékoliv jiné poranění již vyžaduje okamžité ošetření, mělo by být ošetřeno ve dvou vrstvách polydioxanem 4/0. Pokud však lacerace zasáhla více než polovinu střevního lumen či pokud bylo zasaženo krevní zásobením střeva, je nutné přistoupit k resekci a anastomóze střeva. Po příslušném ošetření střeva následuje laváž břišní dutiny a zavedení nazogastriční sondy. V pooperační péči je zásadní parenterální výživa a podávání širokospektrých antibiotik [4,5].

#### **3.4.2.5.3 Močový měchýř**

Vysoké nebezpečí pro vznik poranění močového měchýře je naplněný močový měchýř. Proto je nutná jednorázová katetrizace močového měchýře bezprostředně před výkonem. Před delším výkonem dáváme přednost trvalé drenáži pomocí sterilního uzavřeného systému. Varovným příznakem poranění může být přítomnost plynu v odvodném sáčku. Není-li poranění zjištěno v průběhu výkonu, objevují se v pooperačním období symptomy jako snížené vylučování moči až anurie, sangvinolentní moč či hematom v suprapubické lokalizaci. V diagnostice se uplatní retrográdní cystogram. Poranění ošetřuje suturou pomocí atraumatického návleku Vicryl 3/0. Součástí ošetření je pooperační drenáž močového měchýře (suprapubická, Foleyho katétr) na 7 až 10 dnů [4,5].

#### **3.4.2.5.4 Žaludek**

Incidence poranění žaludku je 0,027% [10].

V prevenci je nejdůležitější dodržovat zásady jako dokonalá elevace či stabilizace břišní stěny, správný úhel při zavádění Veressovy jehly a trokaru,

Trendelenburgova poloha v úhlu 15 stupňů, zavedení adekvátního pneumoperitonea před inzercí trokaru, ostrý trokar a umístění ukazováku za hrot trokaru [4,5].

Poranění Veressovou jehlou nevyžaduje ošetření a umožňuje konzervativní postup. Vhodná je nazogastrická drenáž na 24 – 48 hodin. Naopak poranění trokarem již vyžaduje laparotomický přístup s ponecháním trokaru v místě penetrace do doby ošetření. Ošetření se zúčastňuje chirurg [4,5].

### **3.4.3 Komplikace v průběhu laparoskopie**

#### **3.4.3.1 Poranění cév**

##### **3.4.3.1.1 Poranění velkých cév**

Zahrnuje dolních a horních epigastrických cév, horních a dolních mezenterických cév a velkých cév zásobujících břišní a pánevní orgány. Tato poranění jsou vzácná a jejich frekvence se pohybuje od 0,03% do 0,09%. Nebezpečí této komplikace je úměrné závažnosti výkonu, druhu patologie a zkušenosti operátora [4,5].

Způsob ošetření závisí na intenzitě krvácení a kalibru poraněné cévy. Při větší ztrátě je nutná okamžitá laparotomická revize. Při delším přerušení průtoku krve větší arterií je nutná aplikace heparinu. Ošetření poranění vény je mnohdy obtížnější než u arterie, a to pro tenkost její stěny [4,5].

Poranění velkých cév je nebezpečnou komplikací, kterou lze snižovat anatomickou znalostí operačního pole a operačního postupu. Včasná diagnóza a ošetření redukuje pak mortalitu a morbiditu této komplikace [4,5].

##### **3.4.3.1.2 Poranění cév středního mezenteria**

Poranění cév středního mezenteria je oproti ostatním cévním komplikacím méně časté. Je to dáno značnou mobilitou mezenteria. Proto při jeho fixaci riziko poranění výrazně stoupá. Laparoskopická identifikace a lokalizace krvácení je obtížná vzhledem k okolnímu tuku. V rámci prevence je vhodné použít trokar s retrahovanou pochvou [4,5].

Poranění malého rozsahu (nezvětšující se malý hematom) je vhodný konzervativní postup. Při poranění horní mezenterické arterie může být významně porušeno zásobení krví v této oblasti a při ošetření je nutné zajistit prokrvení celého tenkého střeva, popřípadě i pomocí založení by-passu [4,5].

### **3.4.3.2 Poranění močového měchýře**

Poranění močového měchýře je možné klasifikovat do čtyř kategorií: 1) zhmoždění, 2) intesticiální trhlina, 3) intraperitoneální ruptura, 4) extraperitoneální ruptura. Nejčastější jsou intraperitoneální a extraperitoneální poranění. Při intraperitoneálním poranění dochází k ruptuře či perforaci stěny močového měchýře a peritonea a moč uniká do peritoneální dutiny. Při extraperitoneálním poranění zůstává peritoneum intaktní a moč uniká do Retziova prostoru. Jsou možné tři mechanismy vzniku poranění: 1) penetrační trauma trokarem nebo jinými nástroji způsobující laceraci či propíchnutí, 2) termické poranění způsobené laserem nebo koagulací, 3) roztržení nebo protržení stěny operačními nástroji [4,5].

V prevenci poranění močového měchýře je vhodná drenáž Foleyho katétre v průběhu celého výkonu, neboť je zřejmé, že naplněný močový je zranitelnější. Při poranění močového měchýře se zavedeným Foleyho katétre uniká moč do peritoneální dutiny po kapkách a ve sběrném sáčku je sangvinolentní moč. Pokud máme podezření na poranění, je vhodné aplikovat 5 ml indigokarmínu nebo methylenové modři i.v. Další diagnostickou možností je rtg kontrastní vyšetření [4,5].

Pokud poranění nebylo diagnostikováno během operace, objevují se v pooperačním období následující obtíže, suprapubická bolest, zvyšování urey v krvi kontaktem moči s peritoneem, později pak zvyšování tělesné teploty. U termálního poškození dochází k porušení kontinuity stěny opožděně, může se projevit až náhle vzniklou hematurií. Vhodná je cystoskopie a identifikace devitalizované tkáně [4,5].

Všechna intraperitoneální poranění stěny močového měchýře je třeba ošetřit v okamžiku diagnózy laparoskopicky nebo laparotomicky. Další možný přístup je vaginální přístup. Poranění ošetřujeme suturou pomocí atraumatického návleku Vicryl 3/0. Následuje pooperační drenáž močového měchýře (suprapubická, Foleyho katétr) na 7 až 10 dnů. Menší extraperitoneální poranění může být ošetřeno konzervativně zavedením Foleyova katétru na 10 dnů, při rozsáhlejších poranění se k ošetření přistupuje cystotomií [4,5].

### **3.4.3.3 Poranění střeva**

K poranění střev v průběhu laparoskopické operace dochází v méně než 1% případech [4,5].



Střevo může být poškozeno při manipulaci chirurgickými nástroji nebo elektrokoagulací, a to buď přímým kontaktem s nástrojem nebo statickou elektřinou. K popálení střeva může dojít i při užití laseru [4,5].

Ošetření mechanického poranění a vývoj symptomů bylo popsáno v kapitole 3.4.2.5.2. Poranění elektrickým proudem je obtížně detekovatelné, mnohdy se poranění zdá menší, než ve skutečnosti je. V prevenci je důležitá opatrná operační technika, trvalá přehlednost operačního pole, dobrá indikace a volba přiměřeně zkušeného operačního týmu [4,5].

## **4 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie**

### **4.1 Úvod**

Každý rok je v České republice provedeno odstranění dělohy téměř u dvaceti tisíc žen. Hysterektomie se tak stala nejčastější gynekologickou operací. Většina operací je prováděna břišní cestou. V lednu roku 1989 Reich a DeCaprio provedli jako první na světě laparoskopickou hysterektomii s použitím akvadisekce a bipolárních Klepingerových kleští k zajištění hemostázy. Laparoskopický uzávěr děložních cév pomocí elektrochirurgie, stehů nebo svorek považují zmínění za „sine qua non“ [4].

Pod termínem laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) rozumíme takový výkon, kdy ligatura děložních cév provedena z poševního přístupu. Tento typ operace představuje optimální syntézu nové laparoskopické a tradiční vaginální operační techniky. Pojem LAVH v sobě zahrnuje dva základní typy operace lišící se v přístupu k přerušení děložních tepen a protětí pochvy. Při superiorním typu LAVH jsou děložní tepny a poševní klenby prořaty z poševního přístupu, na rozdíl od inferiorního typu operace, kde jsou zmíněné úkony provedeny v laparoskopické fázi operace [4].

Indikace k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii pocházejí ze tří hlavních okruhů:

- benigní choroby dělohy a adnex,
- prekancerózy děložního hrdla, těla a ovaria,
- karcinomy endometria a děložního hrdla v časném stadiu [4].

Přičemž nejvyšší procento indikací jednoznačně tvoří myomatózní děloha. Příklad: v roce 2003 podle Národního registru komplikací gynekologické laparoskopie činilo 71% indikací myomatózní děloha, 14% děložní krvácení, 9% chorobné hrdlo

děložní, 7% adnexální rezistence, 6% endometrióza a adheze, 6% odstranění adnex a 6% jiné.

## 4.2 Operační technika laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH)

### 4.2.1 První fáze

Po umístění pacientky do správné polohy a po přípravě operačního pole se provede dilatace děložního hrdla do Hg 6 – 7. Poté se zavede děložní sonda nebo manipulátor, který se fixuje k americkým kleštím. Manipulátor dovoluje pohybovat děložou ve všech rovinách a umožní napodobit děložní trakci při laparotomii. U většiny pacientek lze s úspěchem použít i jednoduché manipulátory, avšak u velkých děloh, nebo u rozsáhlých, zejména na zadní stěně umístěných subserózních myomů, je použití kvalitního manipulátoru předpokladem k úspěšnému provedení laparoskopické fáze operace [3,4].

Před zahájením II.fáze výkonu je vhodná intracervikální instilace pomalu působícího vasokonstriktivního agens (terlipressin). Bezkrvnost poševního operačního pole zlepšuje orientaci v anatomických vrstvách [3,4].

### 4.2.2 Druhá fáze

Po založení pnemoperitonea Veressovou jehlou se zavede 11mm teleskopický port v pupku nebo v jeho dolním okraji. Další dva 5mm přídatné porty se zavedou suprapubicky a laterálně pod kontrolou zraku a při transluminiscenci břišní stěny s cílem vyhnout se poranění epigastrických cév. Volba čtvrtého trokaru se řídí podle velikosti dělohy a anatomické situace v pánvi a v břišní dutině (obr.1) [3,4].

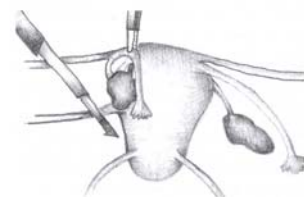
Obr. 1 Místa vstupu do břišní dutiny [4]



### 4.2.3 Třetí fáze

První kroky spočívají v detailní inspekci břišní dutiny a orgánů malé pánve. Rozhodnutí o místí iniciální preparace je plně v kompetenci operátora, která je významně ovlivněna jeho předchozími zkušenostmi s břišní technikou hysterektomie, protože většina fází výkonu vychází ze znalosti abdominální operativy.

Obr. 2 Protěti infundibulopelvikálního ligamenta [4]



Při provádění LAVH superiorního typu se činí tyto kroky:

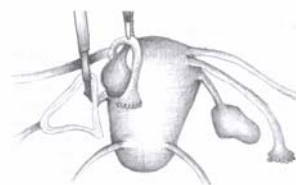
- disekce infundibulopelvického nebo uteroovarického ligamenta po předchozím zajištění hemostázy (obr. 2 a 3),
- protěti ligamentum rotundum,
- prostřížení vezikouterinní plíky a sesunutí močového měchýře (obr. 4),
- izolace děložních cév při děložní hraně a v prostoru širokého děložního vazů, jejich okluzi (stehem nebo koagulací) před následným přetětím buď laparoskopické (inferiorní typ) nebo v poševní fázi operace,
- protěti přední a nebo zadní poševní klenby s disekcí sakrouterinních vazů [3,4].

V případě ponechání adnex je linie disekce vedena přes proximálně uloženou tubu, mesosalpinx, utero-ovarický vaz a vpředu uložený oblý vaz a přední list širokého vazů. Další postup při sesunutí močového měchýře, prostřížení zadního listu širokého vazů a vypreparování cévního děložního svazku, je identický s postupem při LAVH a současné adnexektomii. Při LAVH s ponecháním adnex je nutné najít optimální prostor mezi děložní hranou, vaskulární pletení děložních cév a přívěsků. Pokud se postupuje příliš blízko děložní hrany nebo v blízkosti adnex, je výkon provázen nepříjemným venózním krvácením. S výhodou tedy lze aplikovat do prostoru v blízkosti odstupe tuby a chordy z děložního rohu vazokonstrikční roztok [3,4].

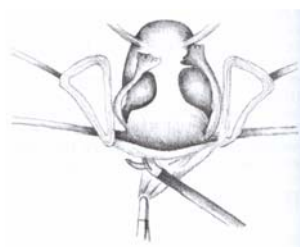
#### 4.2.4 Čtvrtá fáze

Při přechodu do poševní fáze se instiluje do tkání hrdla rychle účinkující vazokonstrikční roztok (POR 8), pokud již nebyl aplikován v první fázi roztok působící dlouhodobě (Remestyp). Provede se klasická cirkulární incize pochvy s otevřením obou prostor. Jestliže byla v předchozí laparoskopické fázi již parciální přední nebo zadní (resp.obě) kolpotomie provedena, je prokazatelně přístup do prostor kolem dělohy rychlejší a snazší (obr. 5, 6, 7). Do zadního prostoru se vloží vlhká rouška, která se podle potřeby v průběhu operace může měnit. Poté se odštrihují postupně

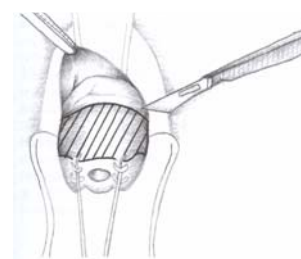
**Obr. 3** Protěti zadního listu vesikouterinní plíky [4]



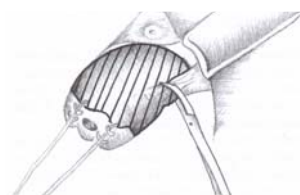
**Obr. 4** Dokončení ostré incize vezikouterinní plíky [4]



**Obr. 5** Přední část poševní cirkulární incize [4]

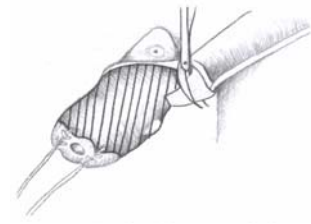


**Obr. 6** Distální část lig. cardinale [4]



sakrouterinní, kardiální a vezikocervikální ligamenta po jejich předchozí ligatuře založené pomocí Dechampsova jehelce. Je-li děloha větší, je výhodné použít některou z morselačních vaginálních technik, nejvíce rozšířená je elektrochirurgická technika, a to buď bipolární nebo monopolární. Naložení nástroje či ligatury na děložní cévy umožní bezpečně odstranit preparát. Po kontrole pahýlů disekovaných závěsných struktur a svazků děložních cév se přistoupí k sutuře pánevního peritonea. V pólech se vpíchnou vlákna krajních peritoneálních stehů tak, aby se pahýly svazků dostaly mezi peritoneum a poševní stěnu. Do středu sutury peritonea se vloží Redonův drén. Následuje sutura poševní incize a založení tamponády [3,4].

**Obr. 7** Odstřížení proximální porce lig. carinale [4]



#### **4.2.5 Pátá fáze**

Poslední fáze operace spočívá v obnovení pneumoperitonea a kontrole operačního pole především se zaměřením na možné zdroje krvácení. Po kontrole hemostázy při snížených hodnotách nitrobřišního tlaku se odstraní jednotlivé porty za pečlivého sledování peritoneálních incizí. Výkon je ukončen sešitím břišních řezů [3,4].

## 5 Metodika

V této retrospektivní studii jsem analyzovala peroperační a časné pooperační komplikace LAHV provedených v ÚPMD od roku 2000 do konce roku 2004.

Celkový soubor obsahoval 447 pacientek.

Z tohoto souboru bylo ze statistického zpracování vyjmuto 53 pacientek, a to z důvodu nenalezení žádných informací o průběhu operace či pooperačním období.

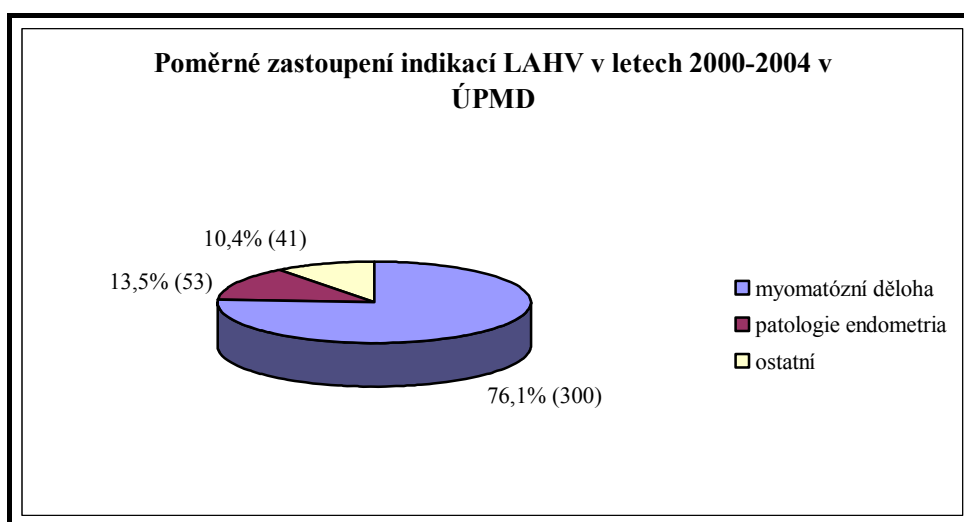
Výsledný soubor pacientek pro statistické zhodnocení, k nimž byla nalezena všechna potřebná data tvořilo 394. Získaná data jsme zhodnotili pomocí procentuálního výpočtu.

U peroperačních komplikací jsem hodnotila jejich výskyt a způsob řešení, zejména nutnost konverze z laparoskopie na laparotomii. V pooperačním průběhu jsem hodnotila přítomnost pooperačního pahýlového infiltrátu, pozitivitu bakteriální kultivace a výskyt febrilního stavu – dvě opakované febrilie  $\geq 38^{\circ}$  naměřených mimo první pooperační den.

## 6 Výsledky

Průměrný věk žen v souboru **394** pacientek byl **49,5** roků (27 – 76 let). Indikací k LAHV byla u **300** (76,14%) pacientek myomatózní děloha, u **53** (13,45%) pacientek patologie endometria a **41** (10,41%) pacientek tvořilo skupinu ostatní, která zahrnovala patologie čípku, cystický nález na ováriích, bolesti břicha atd. (graf č.1). Podle Národního registru komplikací gynekologické laparoskopie byla v letech 2000 – 2004 indikací k LAHV u 60 – 70% pacientek myomatózní děloha, u 10 – 13% pacientek patologie endometria a 17 – 30% pacientek tvořilo skupinu ostatní.

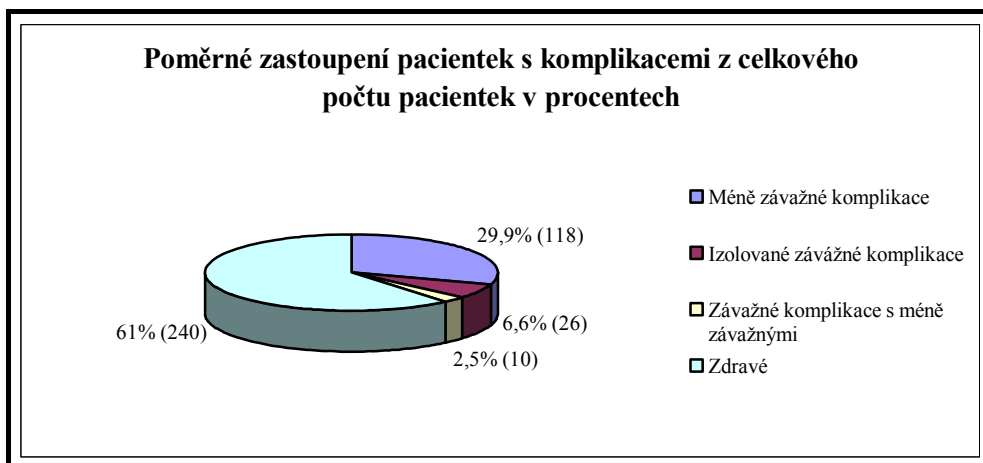
graf č. 1



Průměrná délka hospitalizace trvala **5,83** dnů. Podle Národního registru komplikací gynekologické laparoskopie v letech 2000 – 2004 průměrná délka hospitalizace se pohybovala mezi 5,9 – 6,2 dnů.

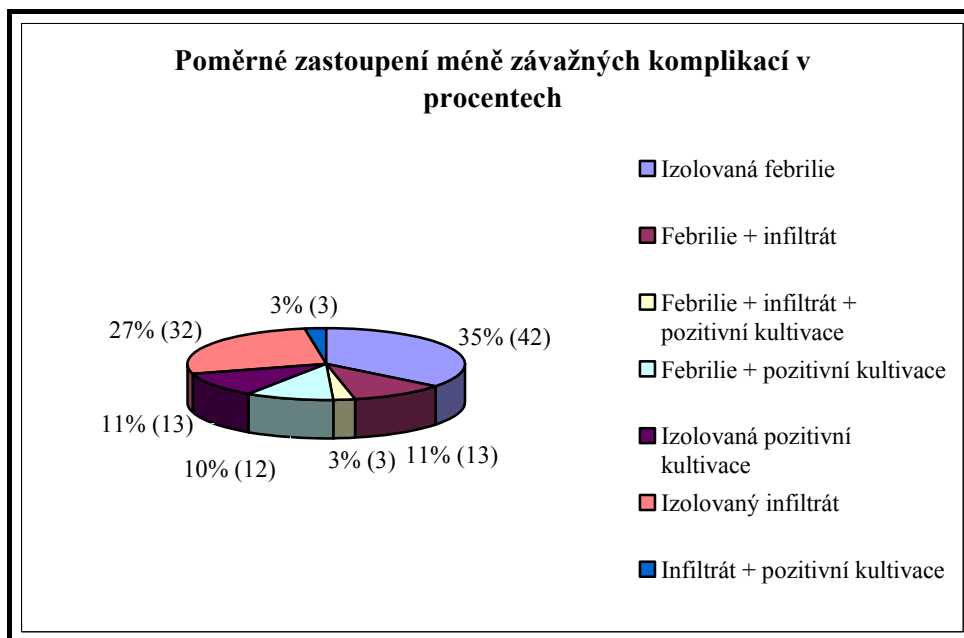
Z celého souboru **240** (61%) pacientek bylo bez jakékoliv komplikace. Peroperační či časné pooperační komplikace se vyskytly u **154** (39%) pacientek, z toho u **118** (29,9%) pacientek se jednalo o méně závažné komplikace (febrilie, pooperační pahýlový infiltrát, pozitivní bakteriální kultivace z poševního pahýlu), u **26** (6,6%) pacientek o izolované závažné komplikace (krvácení, poranění močového měchýře, reoperace) a u **10** (2,5%) pacientek o závažné komplikace s méně závažnými (graf č.2).

graf č. 2



U méně závažných komplikací bylo **42** (35%) pacientek s izolovanou febrilií, **32** (27%) pacientek s izolovaným infiltrátem, **13** (11%) pacientek s febrilií a infiltrátem, **13** (11%) pacientek s izolovaným kultivačním nálezem, **12** (10%) pacientek s febrilií a pozitivním kultivačním nálezem, **3** (3%) pacientek s infiltrátem a pozitivní kultivací a **3** (3%) pacientek s febrilií, infiltrátem a pozitivním kultivačním nálezem (graf č.3).

graf č. 3



V celém souboru se febrilie vyskytla u **70** (18%) pacientek, z toho u **42** (60%) pacientek se jednalo o izolovanou febrilii, u **13** (19%) pacientek o febrilii s infiltrátem,

u **12** (17%) pacientek o febrilii s pozitivním kultivačním nálezem a u **3** (4%) pacientek o febrilii s infiltrátem a pozitivním kultivačním nálezem. Infiltrát se v celém souboru vyskytl u **51** (13%) pacientek. Pozitivní kultivační nález se v celém souboru vyskytl u **29** (7,4%) pacientek, z toho u **20** (69%) pacientek byla vykultivována *Escherichia coli*, u zbylých pacientek se jednalo o různé patogeny (tabulka č.1).

tabulka č. 1

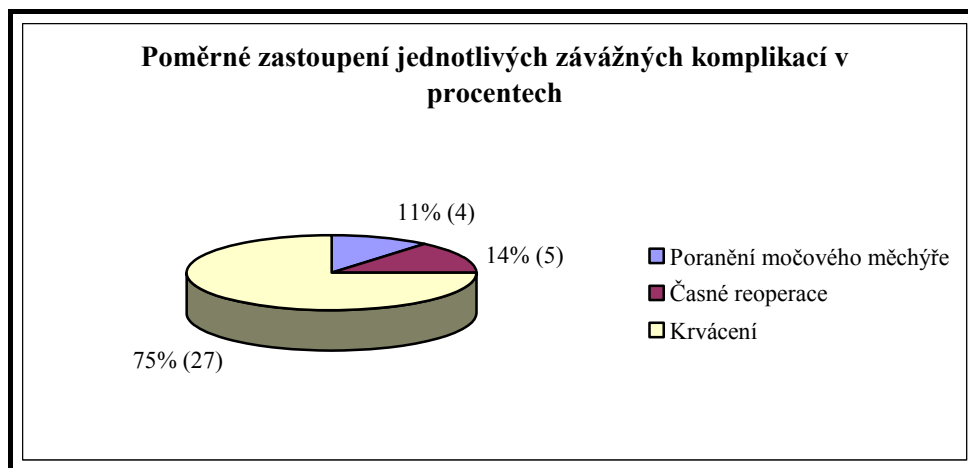
p.č.*	datum operace	febrilie	leuko .10 <sup>9</sup> /l	infiltrát	kultivační nález
2	7.2.2000	0	17,9	0	<i>E.coli</i>
31	31.8.2000	0	10,2	0	<i>Gardnerella vaginalis</i>
47	15.2.2001	0	12,9	drobný	<i>Lactobacillus spp.</i>
87	10.10.2001	ano	20,7	0	<i>E.coli haemolytica</i>
107	16.1.2002	0	15,5	0	<i>E.coli, Lactobacillus spp.</i>
120	25.2.2002	0	10,8	0	<i>E.coli</i>
131	15.4.2002	ano	17,4	0	<i>E.coli</i>
137	2.5.2002	0	11,2	0	<i>E.coli</i>
138	13.5.2002	0	11,1	0	<i>E.coli, Str.agalactiae, Enterococcus faecalis</i>
144	23.5.2002	0	13,9	0	<i>E.coli, Enterococcus faecalis</i>
155	19.6.2002	ano	12,7	0	<i>E.coli haemolytica, Lactobacillus spp.</i>
159	26.6.2002	ano	21,1	drobný	<i>E.coli haemolytica</i>
168	9.9.2002	ano	13,3	0	<i>Stafylococcus epidermidis</i>
169	10.9.2002	0	10,7	0	<i>Stafylococcus epidermidis, Gardnerella vaginalis</i>
175	30.9.2002	ano	21,2	0	<i>E.coli haemolytica, Enterococcus faecalis</i>
183	16.10.2002	ano	9,6	vel.3cm	<i>Streptococcus agalactiae, E.coli</i>
185	23.10.2002	ano	10,2	0	<i>Stafylococcus epidermidis, viridující streptokoky</i>
199	26.11.2002	ano	15,5	0	<i>E.coli</i>
242	28.4.2003	ano	9,2	0	<i>E.coli, Enterococcus faecalis, Candida albicans</i>
263	21.7.2003	0	9,7	0	<i>Str.agalactiae, Gardnerella vaginalis</i>
302	12.1.2004	ano	12,1	vel.3- 4cm	<i>E.coli</i>
334	12.5.2004	0	16,4	0	<i>Streptococcus agalactiae</i>
341	16.6.2004	ano	11,8	0	<i>Stafylococcus epidermidis, E.coli, Candida</i>
345	7.7.2004	ano	15,6	0	<i>E.coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae</i>
346	9.7.2004	0	12,4	0	<i>E.coli</i>
348	20.7.2004	ano	16,1	0	<i>Stafylococcus epidermidis, Streptococcus agalactiae, E.coli, Haemophilus parainfluenzae</i>
376	1.11.2004	0	11,9	0	<i>E.coli</i>
377	3.11.2004	0	14,7	0	gram-nefermentující tyčka
388	20.11.2004	ano	11,4	0	<i>Enterobacter cloacae</i>

\* p.č. (pacientka číslo)



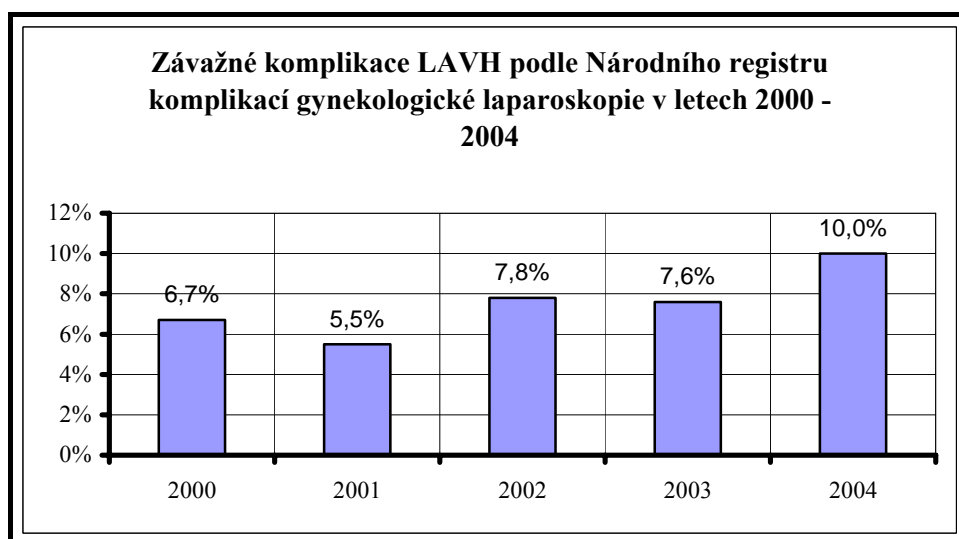
Závažnější komplikace se vyskytly u **36** (9,13%) pacientek, z toho se u **27** (75%) pacientek jednalo o krvácení, u **5** (14%) pacientek o časnou reoperaci a u **4** (11%) pacientek o poškození močového měchýře (graf č.4).

graf č. 4



Podle Národního registru komplikací laparoskopické gynekologie se v letech 2000 – 2004 závažné komplikace vyskytly v 7,52% (graf č.5).

graf č. 5



Vyskytlé závažné komplikace jsou zaznamenány v tabulce č.2 (krvácení), tabulka č.3 (poranění močového měchýře), tabulka č.4. (reoperace). V 10 případech krvácení bylo zaznamenáno množství krevní ztráty, jehož průměrná hodnota činí 583ml krve (300 – 1300ml krve).

tabulka č. 2

p.č.*	datum operace	věk	vel.dělohy	komplikace - krvácení
14	29.3.2000	52	170g	krvácení z a.uterina dx.,stavěno opichem
28	15.8.2000	52	100g	krvácení z a.uterina sin.,stavěno opichem
30	23.8.2000	48	200g	krvácení z a.uterina dx.(500ml),stavěno dvěma opichy
34	26.10.2000	44	580g	krvácení z a.uterina sin.(700ml),řešeno opichem
97	29.11.2001	50	250g	krvácení z a.uterina,stavěno ligaturou
139	13.5.2002	43	270g	krvácení z a.uterina,stavěno ligaturou
147	28.5.2002	42	200g	krvácení z a.uterina,stavěno bipolární koagulací
150	3.6.2002	60	300g	krvácení z natržené a.uterina dx.,řešeno opichem,ztráta 500ml
161	26.6.2002	60	100g	krvácení z a.uterina sin.,stavěno bipolární koagulací
186	24.10.2002	45	200g	krvácení z a.uterina I.dx.,stavěno bipolární koagulací
199	26.11.2002	52	470g	krvácení ze svazku uterinních cév vlevo,přechod LPT,opich cév
270	27.8.2003	48	200g	krvácení z a.uterinae, stavěno koagulací
277	30.9.2003	39	550g	krvácení z a.uterinae, stavěno koagulací
321	9.3.2004	32	90g	opakované difúzní krvácení(ztráta 500ml),stavěno koagulací a opichy
334	12.5.2004	50	650g	krvácení z a.uterina(ztráta 650ml),konverze
342	24.6.2004	52	370g	krvácení z a.uterina sin.(ztráta 580ml)
374	26.10.2004	53	50g	krvácení z a.uterina I.dx.(ztráta 400ml),stavěno monopolární koagulací
19	10.5.2000	59	200g	krvácení z pravého parakolpia (400ml),stavěno opichem
21	1.6.2000	50	300g	krvácení z sakrouterinních vazů bilat.,řešeno opichem
72	26.6.2001	61	100g	krvácení z levého parakolpia, obtížně stavitelné několika opichy
204	10.12.2002	52	200g	krvácení z parakolpia pod úvazkem uterinních arterií vlevo,stavění bipolární koagulací
7	23.2.2000	49	170g	krvácení z v.epigastrica sin. (300ml),stavěno Foleyovým katétrem a peanem
70	21.6.2001	48	210g	krvácení z ovarických arterií a z pod pliky vesikout., ošetřeno bipolární koagulací a vložena Surgicel síťka

96	26.11.2001	49	100g	arteriální krvácení pod suturou pahýlu v oblasti RV septa, stavěno bipolární elektrokoagulací
23	5.6.2000	49	250g	četná koagula v dutině břišní při LS kontrole, zdroj krvácení nenalezen, krvácení nepokračuje
151	6.6.2002	48	160g	arteriální krvácení stavěné disektorem a ligaturou
343	28.6.2004	47	250g	silné difúzní krvácení vlevo(ztráta 1300ml), stavěno bipolární koagulací
32	6.9.2000	54	200g	poranění močového měchýře při preparaci, řešeno suturou
62	24.5.2001	73	400g	0,5cm velká léze moč. měchýře, ošetřena per LPSK, založena epicystostomie
299	8.12.2003	43	300g	lesio vesicae urinarie vel.2cm, řešeno suturou
338	25.5.2004	46	350g	laesio vesicae urinae cca 0,5cm, sutura ve dvou vrstvách

\* p.č. (pacientka číslo)

tabulka č. 3

p.č.*	datum operace	věk	vel.dělohy	komplikace - poranění močového měchýře
32	6.9.2000	54	200g	poranění močového měchýře při preparaci, řešeno suturou
62	24.5.2001	73	400g	0,5cm velká léze moč. měchýře, ošetřena per LPSK, založena epicystostomie
299	8.12.2003	43	300g	lesio vesicae urinarie vel.2cm, řešeno suturou
338	25.5.2004	46	350g	laesio vesicae urinae cca 0,5cm, sutura ve dvou vrstvách

\* p.č. (pacientka číslo)

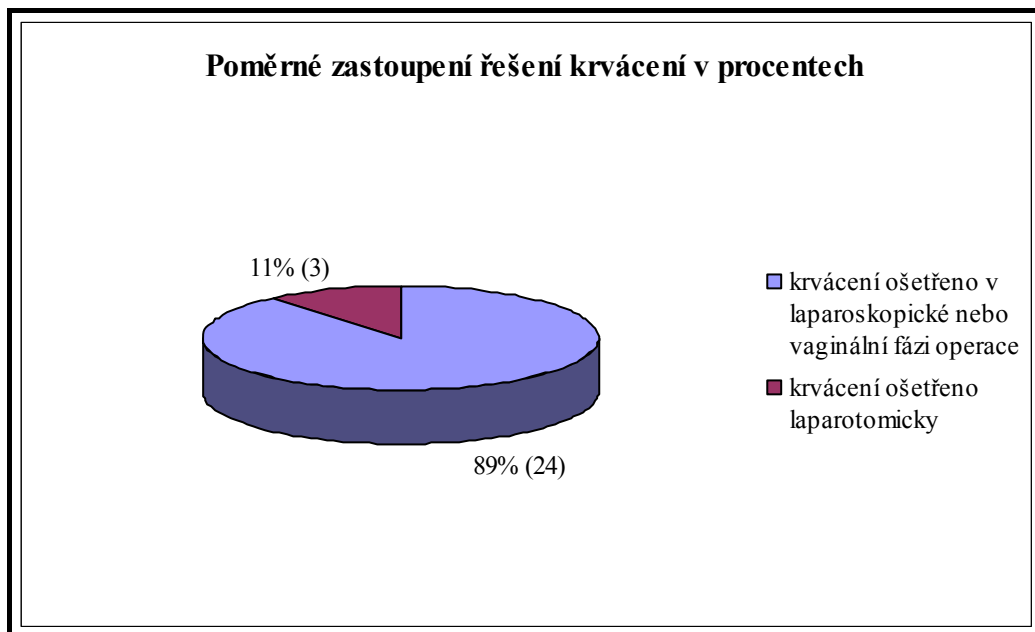
tabulka č. 4

p.č.*	datum operace	věk	vel.dělohy	komplikace - reoperace
13	22.3.2000	42	250g	abdominální revize pro haemoperitoneum 23.3., krvácení zmesosalpingu I.sin., řešeno opichem
89	30.10.2001	50	200g	reoperace hemoperitonea, koagulace krvácení v rectovaginálním septu, cca 800ml krve a koagul
109	23.1.2002	46	210g	reoperace pro st.ileosus intestini tenuis adhaesivus, per laparotomiam adhesiolysis+appendectomia
120	25.2.2002	37	100g	reoperace pro hemoperitoneum, anaemia sec., řešeno stavěním krvácení z r.uterinus a.ovariae I.dx., odsáta krev asi 900ml
238	14.4.2003	46	200g	2xreoperace 15.4.-1.laparoskopicky pro krvácení z pravého parakolpia, laparotomie pro hemoperitoneum (300ml), krvácení z lig.latum sin.

\* p.č. (pacientka číslo)

U **24** (89%) pacientek bylo krvácení vyřešeno během laparoskopické nebo vaginální fáze operace a nebyla nutná konverze na laparotomii. U **3** (11%) pacientek musela být v důsledku pokračujícího krvácení provedena konverze na laparotomii (graf č.6).

graf č. 6



Ostatní vážné komplikace nebyly zaznamenány (tabulka č.5).

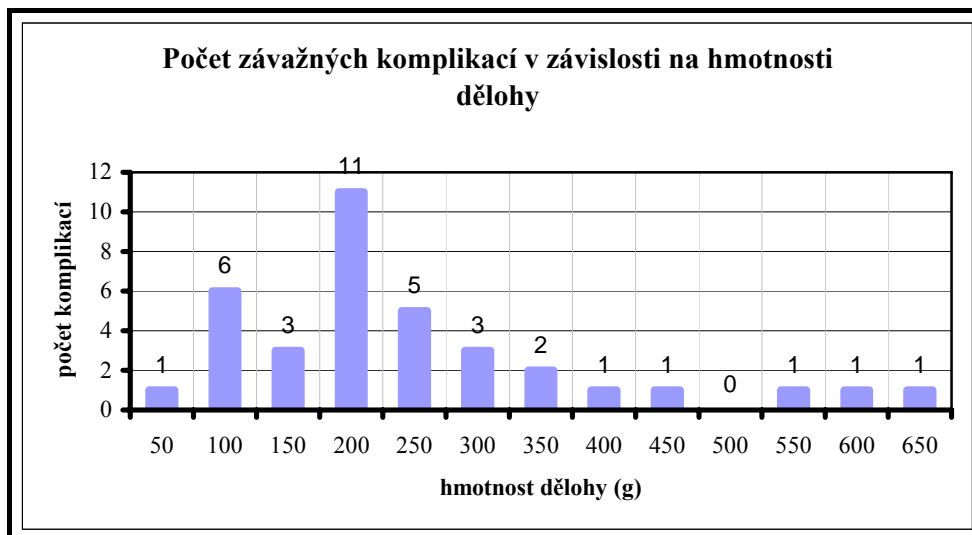
tabulka č. 5

<b>Operační komplikace</b>	
poranění velkých cév	0
poranění cév střevního mezenteria	0
poranění ostatních cév	27
poranění žaludku	0
poranění tenkého střeva	0
poranění tlustého střeva	0
poranění močového měchýře	4
poranění ureteru	0

Průměrná hmotnost dělohy v celém souboru byla **226** gramů (50 – 680 gramů), průměrná hmotnost dělohy v souboru pacientek bez závažných komplikací byla **224** gramů (50 – 680 gramů) a v souboru pacientek se závažnými komplikacemi **246** gramů (50 – 650 gramů). Z toho vyplývá, že u pacientek se závažnou komplikací byla

průměrná hmotnost dělohy vyšší než u pacientek bez závažné komplikace. Závislost výskytu závažných komplikací na hmotnosti dělohy jsem zaznamenala do grafu (graf č.7).

graf č. 7



Konverze z laparoskopického postupu na laparotomický byla provedena u 4 (1,02%) pacientek, z toho u 3 pacientek z důvodu krvácení nemožného zastavit laparoskopicky a u 1 pacientky z důvodu mnohočetného adhezivního procesu v pánevní dutině (tabulka č.6).

tabulka č. 6

p.č.*	datum operace	věk	vel.dělohy	komplikace	konverze
107	16.1.2002	49	300g	0	na LPT pro mnohočetný adhesivní proces
151	6.6.2002	48	160g	arteriální krvácení stavěné disektorem a ligaturou	na LPT pro krvácení
199	26.11.2002	52	470g	krvácení ze svazku uterinních cév vlevo, přechod LPT, opích cév	na LPT pro krvácení
334	12.5.2004	50	650g	krvácení z a.uterina (ztráta 650ml)	na LPT pro krvácení z a.uterina

\* p.č. (pacientka číslo)

## 7 Diskuse

Od roku 1989, kdy H. Reich poprvé publikoval metodu laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH), se tato operace stala běžnou součástí gynekologické operativy. Její zavedení do gynekologické operativy se stalo skutečným předělem ve vývoji minimálně invazivní chirurgie. V České republice se tato metoda začala používat v první polovině 90. let minulého století. V roce 1996 byl v ČR podíl LAVH na celkovém počtu hysterektomií 25,6% a v roce 2005 již 43,6%. Během jedné dekády se tedy počet prakticky zdvojnásobil. Metoda jistě přináší celé spektrum výhod, které souvisejí s využitím principů, tzv. minimálně invazivní chirurgie. Na druhé straně nová chirurgická metoda přináší i vznik specifických komplikací. V ÚPMD, kde probíhala retrospektivní studie byl v roce 2005 podíl LAVH na celkovém počtu hysterektomií 40,7%. Obdobné je to i s délkou hospitalizace, která v letech 2000 – 2004 v České republice kolísala mezi 5,9 až 6,2 dny. V našem souboru byla průměrná délka hospitalizace 5,83 dnů. V České republice bylo v letech 2000 – 2004 hlavní indikací k odstranění dělohy její myomatózní změny. Podíl těchto změn na indikaci kolísal mezi 60% – 71%. V našem souboru představovala diagnóza myomatozních změn dělohy také hlavní indikaci, a to v 76,1%. Z obecného hlediska je tedy možné porovnávat výsledky retrospektivní studie s výsledky celonárodního registru.

Podle Národního registru komplikací gynekologické laparoskopie pokleslo procento komplikací při LAVH z 14,7% v roce 1996 na 6,9% v roce 2005 (viz. graf č.5). Takto nízké procento komplikací je srovnatelné i s výsledky stejné operace na světových špičkových pracovištích. Národní registr je vytvářený na základě dotazníkové akce. Návratnost dotazníků kolísala v letech 2000 – 2004 mezi 48% až 58%. Především díky této skutečnosti mohou být některé údaje, včetně komplikací zatíženy určitou chybou. V mé retrospektivní studii jsem analyzovala peroperační a časné pooperační komplikace LAVH provedených v ÚPMD od roku 2000 do konce roku 2004. Celkový soubor obsahoval 447 pacientek. Z tohoto souboru bylo ze statistického zpracování vyjmuto 53 pacientek (11,85%). U těchto žen se nepodařilo dohledat potřebné informace. Výsledný soubor pacientek pro statistické zhodnocení, k nimž byla nalezena všechna potřebná data tak tvořilo 394 žen.

V retrospektivní studii jsem sledovala výskyt méně závažných pooperačních stavů, jako je pooperační febrilní stav, pooperační pahýlový infiltrát a pozitivní bakteriální kultivace z poševního pahýlu. Z hlediska pooperačního období se nejedná o

závažné komplikace a řada studií, včetně Národního registru, je za komplikace ani nepovažuje. Tyto stavy spíše představují nepříjemný diskomfort pro pacientku, jako jsou opakovaná gynekologická vyšetření, krevní odběry, prodloužení pobytu na lůžku, podávání antibiotik a antiflogistik. V našem souboru se vyskytl podíl těchto stavů ve 29,9% (118 pacientek). Infekční komplikace po hysterektomii patří mezi relativně časté problémy spojené s touto operací. K bakteriální kontaminaci dochází především při otevření pochvy u abdominálního přístupu a u vaginálního přístupu pak možnou ascendentní kontaminací operačního pole. Např. u abdominální hysterektomie je frekvence výskytu pooperačních infekčních komplikací mezi 10 – 40%, u vaginálních přístupů pak může dosahovat až 57%. Prevence těchto komplikací spočívá především v profylaktickém podávání antibiotik ve 2 – 3 dávkách a v sanaci patologické vaginální bakteriální flóry [6].

Dále jsem sledovala výskyt závažných komplikací, mezi něž patří poranění nitrobřišních orgánů, rozsáhlé peroperační a pooperační krvácení, konverze na abdominální výkon a opakované chirurgické revize dutiny břišní po operaci. V mém souboru se tyto komplikace vyskytly u 36 (9,13%) pacientek, z toho u 27 (75%) pacientek se jednalo o peroperační krvácení, u 5 (14%) pacientek o časnou reoperaci a u 4 (11%) pacientek o poškození močového měchýře. Různě rozsáhlé peroperační krvácení se objevilo u 27 operovaných žen tj. 6,85% z celého souboru. Z toho u 18 žen (66,66%) se jednalo o krvácení z oblasti uterinních cév. Tato fáze operace se tedy jednoznačně jeví jako nejkritičtější pro vznik případného velmi nepříjemného krvácení.

Z analýzy pacientek, u kterých bylo zjištěné krvácení vyplynulo, že u 24 (89%) pacientek bylo vyřešeno již během laparoskopické nebo vaginální fáze operace a u 3 (11%) pacientek musela být provedena konverze na laparotomii. Dominantní peroperační a časnou pooperační komplikací se tedy jeví jednoznačně krvácení. Kritéria pro hodnocení závažnosti krvácení se různí. Např. Americká společnost gynekologů a porodníků (ACOG) udává jako hranici pro zařazení do skupiny závažného krvácení pokles pooperační hodnoty hemoglobinu pod 80g/l nebo nutnost převodu 2 transfúzních jednotek v pooperačním období. Z hlediska operátora se však dá konstatovat, že každé krvácení vzniklé během laparoskopie je velmi nepříjemné. Zhoršuje přehled a viditelnost v oblasti operačního pole a prodlužuje operační výkon. V případě nezkušeného operátora může přinášet i zvýšený stres. Prevencí krvácení je tedy především zkušenost operátora, použití moderního technického vybavení, adekvátního pneumoperitonea, vhodné uložení pacientky a správné určení a znalost topograficko-

anatomických poměrů. Na konci laparoskopické fáze výkonu by měla být provedena důsledná explorace dutiny břišní za odhalení eventuálního krvácení, s následnou identifikací místa krvácení a jeho ošetření podle velikosti buď koagulací, klipem, endoloopem nebo suturou. Při masivnějším či neidentifikovatelném krvácení je nutná laparotomická revize a ošetření.

Poranění močového měchýře jsem zaznamenala ve 4 případech z celkového počtu 394 operovaných žen. Výskyt této komplikace v celém souboru je v 1,02%. Ve všech případech bylo poranění rozpoznáno peroperačně a ihned během operace lege artis ošetřeno. Pokud je toto poranění ošetřeno lege artis není vysloveně závažnou komplikací. V souboru se nevyskytla nepoznaná perforace, která by vedla ke komplikaci v pooperačním období.

Konverze laparoskopie na laparotomii není specifická komplikace metody. Indikace ke konverzi nastává buď v případech laparoskopicky neřešitelné komplikace, anebo pokud operatér není schopen dokončit výkon laparoskopicky. Z údajů Národního registru vyplývá, že v roce 2004 ke konverzi došlo v 5,4%, z čehož v 1% pro krvácení. Cristoforoni v roce 1995 ve své studii poukazuje na vyšší riziko konverze při operaci dělohy, která váží v průměru více než 500g [1]. Visco v roce 2002 naopak udává 21,5% konverzí [9]. Ve studii z roku 2006 je popsána konverze LAHV na klasickou abdominální hysterektomii v 6,8 % [2]. Velmi zásadní v předcházení komplikací je pak úroveň operátora, kdy se stoupající erudicí klesá procento komplikací [7]. V mém sledovaném souboru jsem konverzi zaznamenala ve 4 případech, tj. 1,02%. Z toho u 3 pacientek byla provedena z důvodu nestavitelného peroperačního krvácení a u 1 pacientky z důvodu mnohočetných adhezí a nemožnosti dokončit výkon laparoskopicky. V předoperačním období je nezbytně nutné pacientce podrobně vysvětlit riziko konverze laparoskopického výkonu tak, aby si byla vědoma, že tato situace během operace může nastat a aby ji tedy nevnímala jako negativní skutečnost.

Ve studii jsem nezaznamenala žádnou jinou vážnou peroperační nebo časnou pooperační komplikaci způsobenou poraněním střeva, ureteru nebo velkých cév uložených subperitoneálně. Pozdní komplikace po propuštění pacientky do domácího ošetření, nebo znovupřijetí do ústavního ošetření jsem neanalyzovala.



## 8 Závěr

V této studii, ve které jsem se zaměřila na peroperační a časné pooperační komplikace LAHV provedené v ÚPMD v letech 2000 – 2004, jsem zaznamenala, z celkového souboru 394 operovaných pacientek, 154 (39%) pacientek s nějakou komplikací. Z toho u 118 (29,9%) pacientek se jednalo o méně závažné komplikace (febrilie, pooperační pahýlový infiltrát, pozitivní bakteriální kultivace z poševního pahýlu), jež spíše představují nepříjemný diskomfort pro pacientku, jako jsou opakovaná gynekologická vyšetření, krevní odběry, prodloužení pobytu na lůžku, podávání antibiotik a antiflogistik, než samotnou komplikaci, proto také Národním registrem komplikací gynekologické laparoskopie nejsou za komplikaci považovány. U 36 (9,1%) pacientek se vyskytly závažné komplikace, z toho u 27 (75%) pacientek se jednalo o peroperační krvácení (zejména z a.uterina), u 5 (14%) pacientek o časnou reoperaci (zejména z důvodu vzniku hemoperitonea) a u 4 (11%) pacientek o poškození močového měchýře. U 4 (1,02%) pacientek byla provedena konverze z laparoskopie na laparotomii, a to u 3 pacientek z důvodu nestavitelného krvácení a u 1 pacientky z důvodu rozsáhlého adhezivního procesu v dutině břišní. Jiné závažné komplikace jako poranění jiných orgánů (střev) či velkých cév jsem nezaznamenala. Lze však říci, že komplikace, které jsem zaznamenala, jelikož byly rozpoznány a ošetřeny lege artis peroperačně, nelze vysloveně považovat za závažnou komplikaci.

Vhledem k nízkému výskytu závažných komplikací, lze říci, že LAHV je bezpečnou metodou, jejíž jednoznačnou výhodou je minimální invazivita, která umožňuje rychlou rekonvalescenci, a tím krátkou hospitalizaci.

Obecně však lze říci, že základem nízkého výskytu komplikací LAHV je zručnost indikujícího lékaře, operačního týmu (operatér, asistenti, instrumentárka, anesteziolog, anesteziologická sestra), kvalita technického vybavení a zázemí, a samozřejmě rozpoznání a následné ošetření eventuálních komplikací již během operace.

## 9 Seznam použité literatury

1. Cristoforoni, P.M., Palmieri, A., Gerbaldo, D., Montz, F. J. Frequency and cause of aborted laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., 1995, no. 3 (1), p. 33-7.
2. Drahoňovský, J., Pán, M., Barešová, Š., Kučera, E., Feyereisl, J. Klinické srovnání laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie a totální laparoskopické hysterektomie u žen s benigním onemocněním dělohy – prospektivní randomizovaná studie. Česká gynekologie, 2006, roč. 71, s.431-437.
3. Herendael, B., Bettocchi, S., Kiswani, L., Wallwiener, D., Rimbach, S. Endoscopic Gynecologic Surgery. Germany, Schattauer, 1996.
4. Holub, Z., Kužel, D., a kol. Minimálně invazivní operace v gynekologii. Praha, Grada Publishing a.s., 2005.
5. Holub, Z. Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému. Praha, Galén, 2000.
6. Kučera, E., Benešová, O. Intravenózní aplikace Augmentinu v profylaxi infekčních komplikací u abdominální hysterektomie. Česká gynekologie, 1996, roč. 61, s.148 - 150.
7. Seow, K.M., Tsou, C.T., Lin, Y.H., Hwang, J.L., Tsai, Y.L., Juany, L.W. Outcomes and complications of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Int. J. Gynaecol. Obstet., 2006, no. 95(1), p. 29-34.
8. Schlaerth, A., Abu-Rustum, N. Pokroky v laparoskopických technikách gynekologické chirurgie. Gynekologie po promoci, 2006, roč. 6, č. 2, s. 19-21.
9. Visco, A.G., Barber, M.D., Myers, E.R. Early physician experience with laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and rates of surgical complications and conversion to laparotomy. Am. J. Assoc. Gynecol. Laparosc., 1995, no. 3, p. 33-37.
10. další zdroje:
  - <http://www.gynekologie.org/registr/>
  - <http://www.pubmed.com>

## 10 Přílohy

Do příloh jsem zařadila tabulku se souborem všech 394 pacientek, k nimž byla nalezena všechna potřebná data.

Vysvětlivky:

- sloupec p.č. (= pacientka číslo)
- sloupec febrilie – pacientky, které mají zaznamenáno ano, prodělaly febrilní stav – dvě opakované febrilie  $\geq 38^{\circ}$  naměřených mimo první pooperační den.
- sloupec kultivace – tam, kde je zaznamenáno ano, byly bakterie u pacientky sice nalezeny, ale nedošlo k další specifikaci, pokud byla provedena kultivace a byl vykultivován nějaký patogen, jsem zaznamenala, že kultivace byla pozitivní, tabulka vykultivovaných patogenů u pacientek se záznamem pozitivní kultivace, je zařazeny ve výsledcích (tabulka č.1).
- sloupec kompl. (= komplikace) – u pacientek, které mají zaznamenáno ano, proběhla nějaká peroperační nebo časná pooperační komplikace, tabulka jednotlivých komplikací je opět uvedena ve výsledcích (tabulka č.2, 3, 4)
- sloupec konverze – u pacientek, které mají zaznamenáno ano, byla provedena konverze z laparoskopického postupu na laparotomický, tabulka jednotlivých konverzí je opět uvedena ve výsledcích (tabulka č.6)

p.č.	datum operace	věk	diagnoza	adnexectomia	další operace	vel.dělohy	febrilie	leuko .109/l	kultivace	délka hosp.	infiltrát	kompl.	konverze
1	19.1.2000	45	uterus myomatosus, hypermenorrhoe	sine	0	100g	0	15,1	0	6dnů	0	0	0
2	7.2.2000	49	uterus myomatosus, polypus cervicis uteri	bilat.	0	200g	0	17,9	pozitivní	7dnů	0	0	0
3	9.2.2000	41	uterus myomatosus	sine	0	200g	ano	10,3	0	5dnů	0	0	0
4	11.2.2000	47	uterus myomatosus	salping.I.dx.	0	300g	0	15,5	ano	6dnů	0	0	0
5	17.2.2000	51	uterus myomatosus, rectocoele	bilat.	ZP, extirpatio myomatis reg. a.	670g	0	9,7	0	5dnů	0	0	0
6	23.2.2000	53	uterus myomatosus, hyperplasia endometrii atypica	bilat.	0	200g	0	10,5	0	6dnů	0	0	0
7	23.2.2000	49	uterus myomatosus, menometrorrhagia, endometriosis externa	bilat.	adhesiolysis	170g	0	14,3	0	5dnů	0	ano	0
8	1.3.2000	46	uterus myomatosus	sine	0	400g	0	10,5	0	5dnů	vel.3cm	0	0
9	9.3.2000	44	uterus myomatosus, descensus uteri, hernia umbilicalis	sine	hernioplastica umbilicalis	140g	0	10,9	0	7dnů	0	0	0
10	14.3.2000	44	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	12,9	0	5dnů	0	0	0
11	14.3.2000	49	uterus myomatosus	bilat.	0	130g	0	10,5	0	6dnů	0	0	0
12	16.3.2000	43	uterus myomatosus, endometriosis externa, endometrioma ovarii I.sin.	I.sin.	0	200g	0	13,8	0	8dnů	drobný	0	0

13	22.3.2000	42	uterus myomatosus, metrorrhagia	sine	0	250g	0	13,5	0	8dnũ	0	ano	0
14	29.3.2000	52	uterus myomatosus, metrorrhagia	bilat.	0	170g	0	10,8	0	6dnũ	0	ano	0
15	5.4.2000	54	uterus myomatosus	bilat.	0	180g	0	17,6	0	5dnũ	0	0	0
16	19.4.2000	47	uterus myomatosus	sine	0	290g	0	13,9	0	5dnũ	0	0	0
17	20.4.2000	49	uterus myomatosus	bilat.	0	140g	0	15,6	ano	5dnũ	0	0	0
18	10.5.2000	43	uterus myomatosus, menometrorrhagia	sine	0	290g	0	14,7	0	5dnũ	0	0	0
19	10.5.2000	59	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	11,5	0	5dnũ	0	ano	0
20	23.5.2000	42	uterus myomatosus	sine	0	180g	0	9,1	0	4dny	0	0	0
21	1.6.2000	45	uterus myomatosus, cystis ovarii I.dx.	l.dx.	0	300g	0	20,1	ano	7dnũ	vel.4-5 cm	0	0
22	1.6.2000	50	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	15,5	ano	6dnũ	0	ano	0
23	5.6.2000	49	uterus myomatosus	bilat.	0	250g	0	16,9	0	7dnũ	vel.4cm	ano	0
24	7.6.2000	44	uterus myomatosus	sine	adhesiolysis	200g	ano	9,6	0	5dnũ	0	0	0
25	29.6.2000	57	uterus myomatosus, pellipathia	bilat.	0	200g	0	9,4	0	7dnũ	0	0	0
26	20.7.2000	45	hyperplasia endometrii, metrorrhagia recid.	sine	0	200g	ano	12,2	ano	6dnũ	0	0	0
27	26.7.2000	48	uterus myomatosus, cystis ovarii I.sin.	l.sin.	0	200g	0	10,9	0	6dnũ	0	0	0
28	15.8.2000	52	uterus myomatosus, menometrorrhagia	bilat.	0	100g	0	20,2	0	6dnũ	0	ano	0
29	17.8.2000	50	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	12,2	0	5dnũ	0	0	0

30	23.8.2000	48	uterus myomatosus, incontinentia urinae, collum tapiroides	bilat.	adhesiolysis,ZP	200g	0	13,5	ano	5dnů	0	ano	0
31	31.8.2000	44	uterus myomatosus	sine	0	100g	0	10,2	pozitivní	6dnů	0	0	0
32	6.9.2000	54	atypický adenomatosní polyp endometria	bilat.	0	200g	0	7,3	0	11dnů	0	ano	0
33	14.9.2000	39	uterus myomatosus	sine	0	375g	ano	13,7	0	6dnů	vel.4cm	0	0
34	26.10.2000	44	uterus myomatosus	sine	0	580g	ano	13,7	0	8dnů	0	ano	0
35	6.11.2000	45	uterus myomatosus	sine	0	400g	0	7,3	0	4dny	0	0	0
36	7.11.2000	55	atypia endometrii	bilat.	0	200g	0	15,9	0	9dnů	0	0	0
37	13.11.2000	52	uterus myomatosus	bilat.	0	540g	ano	12	0	9dnů	0	0	0
38	13.11.2000	51	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	11,2	0	5dnů	0	0	0
39	20.11.2000	50	hyperplasia endometrii, metrorrhagia	bilat.	0	50g	0	15,5	0	5dnů	0	0	0
40	22.11.2000	64	cystis ovarii I.dx., descensus uteri	bilat.	0	100g	0	9,2	0	7dnů	0	0	0
41	6.12.2000	54	descensus uteri et parietum vaginae	bilat.	ZP,PP	50g	0	8,2	0	6dnů	0	0	0
42	22.1.2001	55	uterus myomatosus	bilat.	ZP	210g	0	10,7	0	5dnů	0	0	0
43	12.2.2001	51	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	8,4	0	4dny	0	0	0
44	14.2.2001	51	uterus myomatosus	bilat.	0	420g	0	9,8	0	5dnů	0	0	0
45	14.2.2001	53	menometrorrhagia recidivans	bilat.	0	100g	0	12,3	0	12dnů	vel.3-4cm	0	0
46	15.2.2001	43	uterus myomatosus	l.dx., salping.l.sin.	0	200g	ano	8,4	0	8dnů	vel.5cm	0	0
47	15.2.2001	40	uterus myomatosus	sine	TVT	260g	0	12,9	pozitivní	10dnů	drobný	0	0

48	19.2.2001	42	menometrorrhagia itterativa,hyperplasia endometrii simplex	sine		100g	0	6,1	0	7dnů	drobný	0	0
49	21.2.2001	50	uterus myomatosus	bilat.	0	250g	0	16,7	0	5dnů	0	0	0
50	7.3.2001	48	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	17,5	0	5dnů	0	0	0
51	28.3.2001	53	metrorrhagia, atypická hyperplazie endometria	bilat.		130g	ano	9,7	0	7dnů	vel.4cm	0	0
52	3.4.2001	49	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	17,2	0	4dny	0	0	0
53	5.4.2001	54	uterus myomatosus	bilat.		300g	0	11,9	0	4dny	0	0	0
54	10.4.2001	45	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	16,2	0	5dnů	vel.2cm	0	0
55	10.4.2001	59	tumor ovarii I.sin.	bilat.	0	100g	0	9,4	0	5dnů	0	0	0
56	26.4.2001	48	polypus endometrii recidivans	sine	0	100g	0	11,9	0	8dnů	0	0	0
57	14.5.2001	45	uterus myomatosus	sine	ZP	250g	0	9,4	0	4dny	0	0	0
58	17.5.2001	48	uterus myomatosus	sine	0	250g	0	9,8	0	5dnů	0	0	0
59	21.5.2001	46	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	13,3	0	8dnů	drobný	0	0
60	22.5.2001	44	endometriosis externa, endometrioma ovarii, uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	250g	0	10,5	0	5dnů	0	0	0
61	24.5.2001	45	uterus myomatosus, menometrorrhagia itterativa	bilat.	0	200g	0	20,1	0	4dny	0	0	0

62	24.5.2001	73	uterus myomatosus	bilat.	drainage per vaginam, epicystotomie, sutura laesionis vesicae urinariae	350g	0	11,1	ano	11dnů	0	ano	0
63	31.5.2001	49	CIN III	bilat.	0	100g	0	13,3	0	6dnů	vel.4cm	0	0
64	4.6.2001	53	uterus myomatosus	bilat.	0	270g	0	12,9	0	4dny	drobný	0	0
65	4.6.2001	54	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	8,4	0	5dnů	0	0	0
66	11.6.2001	41	st.p.resectionem mammae l.dx.p.ca	bilat.	0	100g	0	7	0	4dny	0	0	0
67	12.6.2001	43	uterus myomatosus	l.sin.	0	100g	0	8	0	4dny	0	0	0
68	18.6.2001	46	uterus myomatosus	sine	ZP	180g	0	12,5	0	5dnů	0	0	0
69	19.6.2001	46	uterus myomatosus	l.sin.	0	230g	0	14,7	0	6dnů	0	0	0
70	21.6.2001	48	uterus myomatosus,menometrorrhagia recid.	bilat.	0	210g	ano	19,1	ano	6dnů	0	ano	0
71	25.6.2001	60	susp.ca ovarii l.dx.,uterus myomatosus	bilat.	0	110g	0	15,2	0	4dny	0	0	0
72	26.6.2001	61	uterus myomatosus	bilat.	0	100g	0	11,5	0	4dny	vel.2cm	ano	0
73	28.6.2001	51	uterus myomatosus	bilat.	0	250g	ano	10	0	5dnů	drobný	0	0
74	10.7.2001	60	hyperplasia endometrii atypica, resp.ca endometrii	bilat.	lymfadenektomie z oblasti zevní iliické cévy	100g	0	10,9	ano	5dnů	0	0	0
75	19.7.2001	41	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	sine	0	180g	0	13,4	0	5dnů	0	0	0
76	19.7.2001	49	uterus myomatosus	bilat.	0	250g	0	10,2	0	5dnů	0	0	0



77	30.7.2001	43	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	18	0	4dny	0	0	0
78	2.8.2001	48	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	11,6	0	6dnů	0	0	0
79	22.8.2001	49	cystis ovarii bilateralis	bilat.	0	100g	0	13,7	ano	6dnů	drobný	0	0
80	6.9.2001	39	uterus myomatosus	sine	0	520g	0	8,3	0	5dnů	0	0	0
81	13.9.2001	48	uterus myomatosus	bilat.	0	360g	0	10,4	0	4dny	0	0	0
82	2.10.2001	54	cystis parovarialis I.sin.	bilat.	0	100g	0	9,1	0	6dnů	drobný	0	0
83	2.10.2001	48	metrorrhagia climacterica, uterus myomatosus	sine	0	300g	0	13,1	0	4dny	0	0	0
84	2.10.2001	51	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	8,4	0	4dny	0	0	0
85	4.10.2001	55	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	8,1	0	6dnů	0	0	0
86	8.10.2001	40	uterus myomatosus	sine	0	300g	ano	11,2	0	7dnů	0	0	0
87	10.10.2001	48	uterus myomatosus, cystis ovarii I.dx.	bilat.	0	300g	ano	20,7	pozitivní	7dnů	0	0	0
88	15.10.2001	43	uterus metriticus	sine	0	100g	0	11,4	0	7dnů	0	0	0
89	30.10.2001	50	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	12	0	8dnů	0	ano	0
90	5.11.2001	49	uterus myomatosus	sine	adhesiolysis	200g	0	15,5	0	5dnů	0	0	0
91	6.11.2001	44	uterus myomatosus	sine	0	350g	0	11,2	0	5dnů	0	0	0
92	13.11.2001	46	uterus myomatosus	sine	adhesiolysis	200g	0	7,8	0	5dnů	vel.2cm	0	0
93	15.11.2001	48	uterus myomatosus	sine	0	500g	ano	27,8	0	6dnů	vel.3cm	0	0
94	19.11.2001	47	uterus myomatosus, menometrorrhagia	l.dx.	0	200g	ano	13	ano	8dnů	vel.4+5cm	0	0
95	22.11.2001	43	uterus metriticus	sine	0	210g	ano	12	ano	6dnů	0	0	0
96	26.11.2001	49	descensus uteri et parietum vaginae	sine	ZP	100g	0	18,6	0	7dnů	0	ano	0

97	29.11.2001	50	uterus myomatosus, hyperplasia endometrii itterativa, metrorrhagia	bilat.	0	250g	0	26,2	0	6dnů	0	ano	0
98	29.11.2001	46	uterus myomatosus	sine	0	310g	0	17,6	0	6dnů	0	0	0
99	11.12.2001	43	hyperplasia endometrii atypica	sine	0	100g	0	9,8	0	4dny	0	0	0
100	12.12.2001	55	hyperplasia endometrii adenomatosa, uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	10,7	ano	5dnů	0	0	0
101	7.1.2002	51	uterus myomatosus	sine	0	350g	0	19,7	0	5dnů	0	0	0
102	7.1.2002	57	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	14,5	0	4dny	0	0	0
103	8.1.2002	56	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	14,8	0	7dnů	0	0	0
104	9.1.2002	46	uterus myomatosus	sine	ZP	400g	0	6,1	0	5dnů	0	0	0
105	10.1.2002	45	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	12,3	0	5dnů	0	0	0
106	16.1.2002	39	uterus myomatosus	sine	0	390g	0	8,3	0	4dny	0	0	0
107	16.1.2002	49	uterus myomatosus, adhesiones multiplices cavi peritonei	bilat.	adhesiolysis	300g	0	15,5	pozitivní	9dnů	vel.5cm	0	ano
108	16.1.2002	57	uterus myomatosus	bilat.	0	230g	ano	8,8	0	9dnů	0	0	0
109	23.1.2002	46	uterus myomatosus	sine	0	210g	ano	19,9	ano	21dnů	0	ano	0
110	24.1.2002	38	pellipathia gravis, endometriosis, uterus myomatosus	sine	resectio nodi endometriosis retroperitonealis	150g	0	12,3	0	5dnů	0	0	0

111	24.1.2002	56	descensus vaginae et uteri myomatosi levis, tu cysticus ovarii I.dx.	bilat.	ZP, epicystostomia	200g	0	10,2	0	8dnů	0	0	0
112	30.1.2002	49	uterus myomatosus	bilat.	0	160g	0	9,1	0	5dnů	0	0	0
113	5.2.2002	62	uterus myomatosus, descensus uteri et parietis vaginae, rectocele	bilat.	ZP	160g	0	9,5	0	6dnů	0	0	0
114	11.2.2002	46	uterus myomatosus	sine	0	300g	ano	13,3	0	6dnů	vel.2cm	0	0
115	18.2.2002	55	uterus myomatosus	bilat.	0	410g	ano	12	0	8dnů	0	0	0
116	19.2.2002	43	uterus myomatosus, CIN III	sine	0	270g	ano	9,5	0	8dnů	0	0	0
117	21.2.2002	44	metrorrhagia iterativa, polypus endometrii, pellipathia chronica	sine	0	125g	0	13,8	0	8dnů	vel.3cm	0	0
118	21.2.2002	47	uterus myomatosus, endometriosis menorrhagia, cystis ovarii	bilat.	adhesiolysis	310g	0	10	0	6dnů	0	0	0
119	25.2.2002	52	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	bilat.	0	170g	ano	19,9	0	7dnů	vel.5cm	0	0
120	25.2.2002	37	pellipathia gravis, endometriosis, adenomyosis	sine	0	100g	0	10,8	pozitivní	7dnů	0	ano	0

121	28.2.2002	55	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	bilat.	0	380g	ano	13,5	0	5dnů	0	0	0
122	4.3.2002	53	uterus myomatosus, cystis ovarii I.sin., cysto- et rectokele	bilat.	PP,ZP	100g	0	18	ano	7dnů	0	0	0
123	5.3.2002	45	pellipathia	sine	0	100g	0	17,3	0	8dnů	drobný	0	0
124	6.3.2002	55	CIN II, st.post conisationem et excisionem vulvae	bilat.	0	100g	ano	16,4	0	7dnů	0	0	0
125	14.3.2002	53	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	390g	0	17,7	ano	5dnů	0	0	0
126	18.3.2002	43	pellipathia, susp.adenomyosis	sine	0	100g	0	7,8	0	4dny	0	0	0
127	19.3.2002	47	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	sine	0	200g	0	7,1	0	5dnů	0	0	0
128	28.3.2002	57	metrorrhagia recid.	bilat.	0	200g	0	7,7	0	7dnů	0	0	0
129	8.4.2002	54	hyperplazia endometrii atypica	bilat.	0	100g	0	8,3	0	5dnů	0	0	0
130	9.4.2002	55	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	bilat.	0	160g	ano	15,9	0	7dnů	0	0	0
131	15.4.2002	49	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	bilat.	0	350g	ano	17,4	pozitivní	8dnů	0	0	0
132	15.4.2002	49	uterus myomatosus	sine	0	350g	ano	10,8	0	7dnů	0	0	0
133	22.4.2002	48	pellipathia, uterus myomatosus	bilat.	0	120g	0	17,7	0	3dny	0	0	0

134	29.4.2002	50	uterus myomatosus	bilat.	B,SPD	370g	0	11,8	0	7dnů	0	0	0
135	30.4.2002	57	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	bilat.	0	100g	0	15,1	0	4dny	drobný	0	0
136	30.4.2002	42	uterus myomatosus, hypermenorrhoe	sine	0	280g	0	9,8	0	6dnů	vel.3cm	0	0
137	2.5.2002	46	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	11,2	pozitivní	7dnů	0	0	0
138	13.5.2002	59	metrorrhagia itterativa apud HRT	bilat.	0	50g	0	11,1	pozitivní	5dnů	0	0	0
139	13.5.2002	43	uterus myomatosus	sine	0	270g	0	9,5	0	4dny	0	ano	0
140	15.5.2002	49	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa, cystis ovariiI.dx.	I.dx.	0	200g	0	12,7	0	5dnů	0	0	0
141	20.5.2002	51	uterus myomatosus, hypermenorrhoe, adhesiones	bilat.	adhesiolysis	200g	0	8,8	0	4dny	0	0	0
142	21.5.2002	54	descensus uteri	bilat.	0	100g	0	12,5	0	6dnů	0	0	0
143	22.5.2002	48	uterus myomatosus, cystis ovarii I.dx.	bilat.	adhesiolysis	200g	ano	8,2	0	8dnů	0	0	0
144	23.5.2002	49	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	bilat.	0	150g	0	13,9	pozitivní	8dnů	0	0	0
145	27.5.2002	40	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	sine	0	170g	0	6	0	6dnů	0	0	0
146	28.5.2002	51	uterus myomatosus	bilat.	0	410g	0	7,8	0	6dnů	0	0	0

147	28.5.2002	42	cystis ovarii bilat., uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	10,6	0	4dny	0	ano	0
148	29.5.2002	56	menomerorrhagia itterativa, polypus endometrii recidivans	bilat.	0	120g	0	10,2	0	4dny	0	0	0
149	30.5.2005	44	pelipathia, uterus myomatosus	sine	0	80g	ano	7,7	0	8dnů	vel.5cm	0	0
150	3.6.2002	60	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	10,8	0	4dny	0	ano	0
151	6.6.2002	48	uterus myomatosus, hypermenorrhoe	bilat.	0	160g	ano	12,6	0	6dnů	0	ano	ano
152	11.6.2002	46	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	12,9	0	5dnů	0	0	0
153	17.6.2002	47	uterus myomatosus, polypus endometrii, inkontinentia urinae	bilat.	B	200g	0	7	0	7dnů	0	0	0
154	19.6.2002	53	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	10,1	0	5dnů	0	0	0
155	19.6.2002	39	uterus myomatosus	sine	0	260g	ano	12,7	pozitivní	7dnů	0	0	0
156	20.6.2002	45	hypermenorrhoe, myoma ut.submucosus, pellipathia	bilat.	adhesiolysis	120g	0	6,9	0	4dny	0	0	0
157	24.6.2002	52	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	15,9	0	4dny	0	0	0
158	25.6.2002	42	uterus myomatosus	sine	0	400g	0	9,7	0	4dny	0	0	0
159	26.6.2002	49	atypia endometrii	bilat.	0	100g	ano	21,1	pozitivní	7dnů	drobný	0	0
160	26.6.2002	49	uterus myomatosus, metrorrhagia	bilat.	0	200g	0	18,1	0	4dny	0	0	0

161	26.6.2002	60	uterus myomatosus, metrorrhagia postmenopausalis, polypus endometrii	bilat.	0	100g	0	13,8	0	4dny	0	ano	0
162	9.7.2002	52	hyperplazia endometrii atypica	bilat.	PP	80g	0	11,2	0	5dnů	0	0	0
163	15.7.2002	61	atypia endometrii complexa	bilat.	adhesiolysis	100g	0	10,9	0	7dnů	0	0	0
164	17.7.2002	52	atypia endometrii	bilat.	adhesiolysis	100g	0	12,6	0	5dnů	0	0	0
165	23.7.2002	49	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	bilat.	0	320g	ano	15,8	0	7dnů	0	0	0
166	6.8.2002	47	uterus myomatosus, metrorrhagia recid., pellipathia	sine	adhesiolysis	200g	0	14,1	0	6dnů	0	0	0
167	28.8.2002	55	hyperplazia endometrii atypica, uterus myomatosus, epicystostomia	bilat.	adhesiolysis,B	200g	0	11,8	0	8dnů	0	0	0
168	9.9.2002	41	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	sine	0	200g	ano	13,3	pozitivní	5dnů	0	0	0
169	10.9.2002	52	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	bilat.	0	200g	0	10,7	pozitivní	6dnů	vel.3cm	0	0
170	11.9.2002	43	uterus myomatosus, incontinentia urinae stress	sine	B	300g	0	21,4	0	6dnů	0	0	0

171	19.9.2002	58	hyperplazia endometrii atypica	bilat.	0	50g	0	7,1	0	5dnů	0	0	0
172	24.9.2002	47	uterus myomatosus, incontinentia urinae stress	bilat.	B	200g	0	11,1	0	5dnů	0	0	0
173	24.9.2002	52	uterus myomatosus, hyperplasiabgland. cystica endometrii	bilat.	0	110g	ano	10,5	0	5dnů	0	0	0
174	24.9.2002	51	uterus myomatosus, myoma pendulum	bilat.	0	200g	0	10,9	0	5dnů	0	0	0
175	30.9.2002	44	uterus myomatosus, metrorrhagia recid.	sine	0	200g	ano	21,2	pozitivní	9dnů	0	0	0
176	1.10.2002	48	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	bilat.	0	490g	0	11,2	0	5dnů	0	0	0
177	3.10.2002	43	uterus myomatosus	sine	0	340g	0	15,1	0	7dnů	0	0	0
178	7.10.2002	68	descensus uteri, incontinentia urinae stress	bilat.	0	100g	0	14,7	0	7dnů	0	0	0
179	10.10.2002	40	uterus myomatosus	sine	adhesiolysis	200g	0	9,8	0	5dnů	0	0	0
180	14.10.2002	42	uterus myomatosus	sine	0	380g	0	14,5	0	5dnů	0	0	0
181	15.10.2002	49	uterus myomatosus, cystis parovarialis I.dx	bilat.	0	100g	0	10,5	0	5dnů	0	0	0
182	16.10.2002	51	hyperplasia endometrii atypica	bilat.	0	100g	0	8,6	0	5dnů	vel.4cm	0	0
183	16.10.2002	47	CIN II	bilat.	0	100g	ano	9,6	pozitivní	7dnů	vel.3cm	0	0



184	17.10.2002	48	uterus myomatosus, cystis ovarii I.sin.	l.sin..	0	200g	ano	14,8	0	7dnů	0	0	0
185	23.10.2002	53	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	ano	10,2	pozitivní	11dnů	0	0	0
186	24.10.2002	45	uterus myomatosus, metrorrhagia	sine	0	200g	0	11,9	0	5dnů	0	ano	0
187	29.10.2002	49	uterus myomatosus, metrorrhagia	sine	0	160g	0	11,2	0	5dnů	0	0	0
188	1.11.2002	52	uterus myomatosus, hyperplazia endometrii	bilat.	0	310g	ano	15	0	5dnů	0	0	0
189	4.11.2002	43	uterus myomatosus, hypermenorrhoe	sine	0	340g	0	12,3	0	5dnů	0	0	0
190	4.11.2002	54	dysplasia serv.ut.	bilat.	0	50g	0	6,3	0	4dny	0	0	0
191	5.11.2002	37	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	11,1	0	7dnů	0	0	0
192	6.11.2002	44	uterus myomatosus, metrorrhagia	sine	0	200g	0	8,6	0	7dnů	drobný	0	0
193	11.11.2002	53	uterus myomatosus	bilat.	0	400g	ano	9,8	0	7dnů	0	0	0
194	12.11.2002	61	rectocoele magna	bilat.	ZP	50g	ano	11,1	0	11dnů	drobný	0	0
195	13.11.2002	48	uterus myomatosus	sine	0	500g	0	10,6	0	6dnů	0	0	0
196	18.11.2002	59	uterus myomatosus, tu ovarii I.dx., polypus endometrii, ateroma vulvae	bilat.	extirpatio aterom et lipom	100g	ano	18,6	0	6dnů	0	0	0
197	18.11.2002	50	cystis ovarii I.sin., metrorrhagia, CIN III	l.sin..	0	200g	0	7,8	ano	5dnů	0	0	0

198	21.11.2002	46	uterus myomatosus, endometrioma ovarii I.sin.	I.sin..	extirpatio loc. endom., septi rectovaginalis	400g	0	10,6	0	5dnů	0	0	0
199	26.11.2002	52	uterus myomatosus, rectocoele	bilat.	ZP	470g	ano	15,5	pozitivní	13dnů	0	ano	ano
200	27.11.2002	52	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	290g	ano	12,9	0	9dnů	0	0	0
201	27.11.2002	42	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	12,4	0	5dnů	0	0	0
202	9.12.2002	55	metrorrhagia irreg.	bilat.	0	100g	0	14,9	0	5dnů	0	0	0
203	10.12.2002	37	uterus myomatosus, hypermenorrhoe	sine	0	280g	0	15,2	0	5dnů	drobný	0	0
204	10.12.2002	52	uterus myomatosus, cystis ovarii I.dx.	bilat.	0	200g	0	7,2	0	5dnů	0	ano	0
205	13.12.2002	44	metrorrhagia itterativa, uterus myomatosus	sine	0	100g	0	6,5	0	5dnů	0	0	0
206	17.12.2002	40	uterus myomatosus, hypermenorrhoe	sine	0	300g	0	14,3	0	5dnů	0	0	0
207	18.12.2002	58	descensus uteri et par vag. ant.	bilat.	ZP	100g	0	8,6	0	5dnů	0	0	0
208	6.1.2003	54	metrorrhagia irregul., hyperplasia endometrii	bilat.	0	100g	0	10,8	0	6dnů	0	0	0
209	7.1.2003	50	incontinentia urinae stress., cystis mesogastrii	bilat.	B,extirpatio cystis	200g	0	14,2	0	6dnů	0	0	0
210	9.1.2003	72	hyperplasia endometrii atypica	bilat.	adhesiolysis	100g	0	12,5	0	7dnů	0	0	0

211	13.1.2003	54	uterus myomatosus, rectocele	bilat.	ZP	200g	0	16,9	0	11dnů	0	0	0
212	16.1.2003	65	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	10,9	0	7dnů	0	0	0
213	20.1.2003	62	hyperplasia endometrii, uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	11,7	0	5dnů	0	0	0
214	21.1.2003	37	uterus myomatosus	sine	0	285g	0	11,9	0	6dnů	0	0	0
215	22.1.2003	49	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	sine	0	200g	ano	12,1	0	5dnů	0	0	0
216	29.1.2003	49	uterus myomatosus, ca adnex I.sin.	bilat.	adhesiolysis	250g	0	12,1	0	6dnů	0	0	0
217	29.1.2003	50	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	bilat.	0	240g	0	12,7	0	5dnů	0	0	0
218	29.1.2003	56	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	bilat.	0	250g	0	12,6	0	6dnů	0	0	0
219	30.1.2003	48	uterus myomatosus, inkontinentia urinae stress	sine	B	300g	0	10,8	0	6dnů	0	0	0
220	5.2.2003	48	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	sine	0	300g	0	9,9	0	6dnů	0	0	0
221	12.2.2003	51	uterus myomatosus, pellipathia, cystis gl.Batolini I.sin.	bilat.	extirpatio cystis gl.Bartolini I.sin	300g		7,8	0	5dnů	0	0	0
222	17.2.2003	45	uterus myomatosus	sine	0	170g	0	8	0	5dnů	0	0	0

223	18.2.2003	44	uterus myomatosus, pelliopathia	bilat.	adhesiolysis	200g	ano	11,4	0	6dnů	0	0	0
224	3.3.2003	51	uterus myomatosus	bilat.	0	100g	ano	10,8	0	4dny	0	0	0
225	13.3.2003	57	uterus myomatosus	bilat.	B	300g	0	13,8	0	6dnů	drobný	0	0
226	17.3.2003	49	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid., hyperplasia endometrii	bilat.	0	250g	0	11,8	0	8dnů	0	0	0
227	18.3.2003	49	uterus myomatosus, menometrorrhagia recid.	bilat.	0	300g	0	9,8	0	8dnů	vel.3cm	0	0
228	18.3.2003	60	hyperplasia adenomatosa endometrii	bilat.	0	100g	0	11,8	0	9dnů	vel.2cm	0	0
229	19.3.2003	42	uterus myomatosus, metrorrhagia irregul.	sine	adhesiolysis	250g	0	14,3	0	5dnů	0	0	0
230	19.3.2003	49	uterus myomatosus, metrorrhagia gravis recid.	bilat.	0	250g	0	9,3	0	5dnů	0	0	0
231	19.3.2003	76	atypická hyperplasia endometria	bilat.	0	100g	0	8,8	0	6dnů	0	0	0
232	20.3.2003	48	uterus myomatosus, cystis ovarii I.dx.	bilat.	0	250g	0	19,1	0	6dnů	0	0	0
233	27.3.2003	42	uterus myomatosus, metrorrhagia irregul.	sine	0	200g	0	12,5	0	5d	drobný	0	0
234	31.3.2003	38	uterus myomatosus	l.sin..	adhesiolysis	200g	0	13	0	4dny	0	0	0

235	8.4.2003	39	uterus myomatosus, metrorrhagia gravis recid.	sine	0	200g	0	9,5	0	7dnů	0	0	0
236	10.4.2003	45	uterus myomatosus	sine	0	680g	0	16,2	0	4dny	drobný	0	0
237	11.4.2003	49	uterus myomatosus, hyperplasia endometrii	bilat.	0	400g	0	14,2	0	7dnů	drobný	0	0
238	14.4.2003	46	uterus myomatosus	sine	adhesiolysis	200g	0	28	0	13dnů	0	ano	0
239	15.4.2003	46	uterus myomatosus, CIN II	bilat.	0	220g	0	12,8	0	8dnů	0	0	0
240	15.4.2003	45	uterus myomatosus, pellipathia	sine	adhesiolysis	170g	ano	12,7	0	7dnů	0	0	0
241	23.4.2003	41	uterus myomatosus	sine	0	250g	0	8,1	0	5dnů	0	0	0
242	28.4.2003	45	uterus myomatosus, metrorrhagia iregul.	sine	0	200g	ano	9,2	pozitivní	8dnů	0	0	0
243	6.5.2003	42	uterus myomatosus, cystis ovarii I.sin.	sine	fenestratio cystis ov.I.sin.	300g	ano	11,7	0	8dnů	0	0	0
244	6.5.2003	54	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	13,9	0	6dnů	0	0	0
245	15.5.2003	59	uterus myomatosus, metrorrhagia recid.	sine	0	200g	0	14	0	4dny	0	0	0
246	16.5.2003	50	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	10,8	0	5dnů	0	0	0
247	19.5.2003	52	uterus myomatosus, metrorrhagia recid.	bilat.	0	180g	0	12,5	0	8dnů	0	0	0
248	22.5.2003	51	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	ano	8,9	0	5dnů	vel.3cm	0	0
249	23.5.2003	50	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	ano	12,5	0	6dnů	0	0	0
250	27.5.2003	52	uterus myomatosus, menometrorrhagia	bilat.	0	250g	0	9,5	0	6dnů	0	0	0

251	27.5.2003	54	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	bilat.	0	100g	0	9,8	0	6dnů	0	0	0
252	29.5.2003	49	uterus myomatosus, metrorrhagia recid.	bilat.	0	300g	ano	6,3	ano	5dnů	0	0	0
253	11.6.2003	60	hyperplasia endometrii, polypus endometrii	bilat.	0	90g	0	7	0	6dnů	0	0	0
254	11.6.2003	52	stp.ablaci mammae, stp HSK+PC	bilat.	0	100g	0	12,1	0	6dnů	0	0	0
255	12.6.2003	45	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	12,1	0	10dnů	0	0	0
256	12.6.2003	49	uterus myomatosus	bilat.	0	250g	0	10,9	0	5dnů	0	0	0
257	18.6.2003	52	uterus myomatosus, cystis ovarii bilat.	bilat.	0	200g	0	8,5	0	5dnů	0	0	0
258	18.6.2003	43	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	11,6	0	5dnů	0	0	0
259	1.7.2003	54	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	330g	0	14,4	0	5dnů	0	0	0
260	1.7.2003	47	uterus myomatosus, metrorrhagia itterativa	sine	0	200g	0	8,6	0	5dnů	0	0	0
261	7.7.2003	48	uterus myomatosus, dysplasia colli	bilat.	0	200g	0	15,7	0	6dnů	0	0	0
262	21.7.2003	45	menometrorrhagia itt.	sine	B,ZP,SPD	200g	0	9,9	0	5dnů	0	0	0
263	21.7.2003	38	menometrorrhagia itt.	sine	0	200g	0	9,7	pozitivní	5dnů	0	0	0
264	23.7.2003	52	uterus myomatosus, inkontinentia urinae stress	sine	TVT	200g	ano	12,6	ano	7dnů	0	0	0

265	1.8.2003	52	hyperplasia endometrii	bilat.	0	100g	0	7,9	0	5dnů	0	0	0
266	6.8.2003	41	uterus myomatosus	sine	0	450g	0	7,5	0	5dnů	0	0	0
267	20.8.2003	47	uterus myomatosus, cystis ovarii I.dx.	bilat.	0	270g	0	4,8	0	6dnů	0	0	0
268	20.8.2003	39	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	9,8	0	7dnů	0	0	0
269	25.8.2003	48	uterus myomatosus, metrorrhagia irregul.	sine	0	150g	0	13,8	0	4dny	0	0	0
270	27.8.2003	48	uterus myomatosus, menometrorrhagia gravis	bilat.	0	200g	ano	14,2	0	6dnů	0	ano	0
271	10.9.2003	51	uterus myomatosus, enometrorrhagia	sine	0	250g	0	17,7	0	5dnů	0	0	0
272	16.9.2003	49	laesio colli uteri	bilat.	0	100g	0	10,6	0	6dnů	0	0	0
273	18.9.2003	47	uterus myomatosus, menometrorrhagia itterativa	bilat.	0	200g	0	6,9	0	6dnů	0	0	0
274	22.9.2003	49	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	11,1	0	7dnů	0	0	0
275	22.9.2003	44	uterus myomatosus, menometrorrhagia	bilat.	adhesiolysis	260g	0	12,1	0	6dnů	0	0	0
276	24.9.2003	48	uterus myomatosus, cystis ovarii I.dx.	l.dx..	0	300g	0	11,3	0	4dny	0	0	0
277	30.9.2003	39	uterus myomatosus	sine	0	550g	0	12,2	0	5dnů	0	ano	0
278	6.10.2003	53	ASKUS opak.	bilat.	0	100g	0	9,1	0	4dny	vel.3-4cm	0	0
279	8.10.2003	50	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	180g	0	11,6	0	7dnů	0	0	0
280	14.10.2003	46	uterus myomatosus, atypická hyperplasia endometria	l.dx..	adhesiolysis	300g	0	16,9	0	5dnů	0	0	0

281	16.10.2003	50	hyperplasia endometrii simplex, metrorrhagia	bilat.	0	100g	0	7	0	5dnũ	0	0	0
282	16.10.2003	47	CIN III	sine	0	100g	0	14,5	0	5dnũ	0	0	0
283	17.10.2003	48	uterus metricus,cystis	l.dx..	adhesiolysis	200g	0	13,4	0	5dnũ	0	0	0
284	20.10.2003	72	descensus uteri, cystoectocele	l.dx..	PP, ZP, adhesiolysis,	60g	0	11,7	0	7dnũ	0	0	0
285	23.10.2003	41	uterus myomatosus	sine	0	400g	0	11	0	5dnũ	0	0	0
286	23.10.2003	44	adenomyosis susp., pellipathia	sine	0	100g	0	14,9	0	6dnũ	0	0	0
287	29.10.2003	52	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	11,6	0	5dnũ	0	0	0
288	4.11.2003	33	uterus myomatosus, menometrorrhagia	sine	0	250g	0	15,7	0	5dnũ	0	0	0
289	12.11.2003	51	hyperplasia endometrii atypica	bilat.	0	100g	0	15	0	5dnũ	0	0	0
290	18.11.2003	56	uterus myomatosus, hyperplasia endometrii complex	bilat.	0	200g	0	6,2	0	4dny	0	0	0
291	18.11.2003	47	uterus myomatosus, menometrorrhagia, hyperplasia endometrii simplex	bilat.	0	190g	0	16	0	5dnũ	0	0	0
292	19.11.2003	49	hyperplasia endometrii	bilat.	0	100g	0	11,1	0	5dnũ	0	0	0
293	19.11.2003	52	uterus myomatosus	bilat.	0	280g	0	11,9	0	4dny	0	0	0
294	20.11.2003	51	uterus myomatosus, menometrorrhagia	bilat.	0	200g	ano	12,9	0	10dnũ	vel.3-4cm	0	0
295	20.11.2003	47	uterus myomatosus	sine	0	200g	ano	17,1	0	7dnũ	0	0	0



296	25.11.2003	54	uterus myomatosus, menometrorrhagia iterativa	bilat.	0	250g	0	12,8	0	6dnů	0	0	0
297	2.12.2003	66	ca ovarii cysticus, polypus endometrii	bilat.	operat.s.Pereyra	100g	0	9,2	0	7dnů	0	0	0
298	2.12.2003	51	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	11,4	0	4dny	0	0	0
299	8.12.2003	43	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	17,8	0	11dnů	0	ano	0
300	10.12.2003	55	uterus myomatosus, menometrorrhagia, hyperplasia endometrii	bilat.	0	110g	0	9,3	0	5dnů	0	0	0
301	11.12.2003	51	uterus myomatosus	bilat.	0	180g	0	7,1	0	5dnů	0	0	0
302	12.1.2004	49	uterus myomatosus	bilat.	0	500g	ano	12,1	pozitivní	8dnů	vel.3-4cm	0	0
303	13.1.2004	47	uterus myomatosus, metrorrhagia, hypermenorhea	sine	0	200g	ano	16,2	0	4dny	0	0	0
304	13.1.2004	56	uterus myomatosus	bilat.	0	240g	0	14,9	0	4dny	0	0	0
305	16.1.2004	42	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	16,1	0	6dnů	vel.2-3cm	0	0
306	19.1.2004	74	polypus endometrii, myoma uteri	bilat.	PP,ZP	100g	0	11,4	0	6dnů	0	0	0
307	19.1.2004	43	uterus myomatosus	sine	0	200g	ano	11,3	0	6dnů	vel.0,5cm	0	0
308	21.1.2004	56	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	320g	0	8	0	5dnů	0	0	0
309	27.1.2004	52	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	21,7	0	6dnů	0	0	0
310	28.1.2004	55	uterus myomatosus	bilat.	0	130g	ano	17,4	0	7dnů	0	0	0
311	29.1.2004	55	metrorrhagia irreg.	bilat.	PP	100g	ano	12,8	0	7dnů	0	0	0
312	3.2.2004	52	uterus myomatosus	bilat.	0	650g	0	8,1	0	5dnů	0	0	0
313	4.2.2004	68	descensus uteri et par vaginam	bilat.	PP,ZP	100g	0	15,1	0	6dnů	0	0	0
314	4.2.2004	59	uterus myomatosus	bilat.	0	115g	0	16,4	0	5dnů	0	0	0

315	6.2.2004	55	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	8,2	0	5dnů	drobný	0	0
316	12.2.2004	70	hyperplasia simplex	bilat.	0	100g	0	6,6	0	5dnů	0	0	0
317	26.2.2004	45	uterus myomatosus	sine	0	160g	0	16,2	0	4dny	0	0	0
318	1.3.2004	42	uterus myomatosus	sine	0	170g	0	7,8	0	3dny	0	0	0
319	1.3.2004	53	hyperplasia endometrii simplex	bilat.	0	120g	0	10,1	0	4dny	0	0	0
320	4.3.2004	62	uterus myomatosus	bilat.	0	275g	0	9,5	0	5dnů	0	0	0
321	9.3.2004	32	metrorrhagia irreg.	sine	0	90g	0	7,5	0	4dny	0	ano	0
322	16.3.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	250g	0	5,7	0	4dny	vel.4cm	0	0
323	23.3.2004	36	pellipathia	sine	0	130g	0	10,9	0	5dnů	vel.2-3cm	0	0
324	25.3.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	470g	0	13,4	0	4dny	0	0	0
325	1.4.2004	42	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	10,8	0	5dnů	0	0	0
326	13.4.2004	42	uterus myomatosus	sine	0	250g	0	13,08	0	4dny	0	0	0
327	15.4.2004	68	uterus myomatosus, metrorrhagia recid.	bilat.	0	50g	0	9,8	0	5dnů	0	0	0
328	19.4.2004	49	uterus myomatosus	bilat.	0	192g	0	25,8	0	4dny	0	0	0
329	19.4.2004	45	uterus myomatosus, menometrorrhagia, fibroma ovarii I.sin.	l.sin.	0	230g	0	17	0	4dny	0	0	0
330	20.4.2004	37	uterus myomatosus	sine	0	400g	0	9	0	5dnů	0	0	0
331	19.4.2004	46	uterus myomatosus	bilat.	0	170g	ano	11,6	0	6dnů	0	0	0
332	26.4.2004	50	uterus myomatosus	l.dx..	0	250g	0	12,9	0	4dny	0	0	0
333	12.5.2004	56	uterus myomatosus	bilat.	0	160g	0	9,8	0	5dnů	0	0	0
334	12.5.2004	50	uterus myomatosus	bilat.	0	650g	0	16,4	pozitivní	6dnů	0	ano	ano
335	17.5.2004	36	uterus myomatosus	sine	0	660g	0	16,1	0	4dny	0	0	0
336	25.5.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	8,1	0	6dnů	0	0	0
337	25.5.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	11,4	0	5dnů	0	0	0
338	25.5.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	350g	0	12,9	0	7dnů	0	ano	0

339	2.6.2004	63	hyperplasia endometrii compl.	bilat.	adhesiolysis	100g	0	11,1	0	5dnů	0	0	0
340	2.6.2004	44	uterus myomatosus, menorrhagia	sine	0	240g	0	6,8	0	6dnů	0	0	0
341	16.6.2004	51	uterus myomatosus	sine	0	160g	ano	11,8	pozitivní	19dnů	0	0	0
342	24.6.2004	52	uterus myomatosus, metrorrhagia	bilat.	0	370g	0	12,7	0	5dnů	0	ano	0
343	28.6.2004	47	uterus myomatosus, metrorrhagia	sine	0	250g	0	18,1	0	5dnů	0	ano	0
344	30.6.2004	57	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	10,1	0	7dnů	0	0	0
345	7.7.2004	44	uterus myomatosus	sine	0	340g	ano	15,6	pozitivní	12dnů	0	0	0
346	9.7.2004	47	uterus myomatosus	sine	0	550g	0	12,4	pozitivní	5dnů	0	0	0
347	19.7.2004	64	adnextumor I.sin., hyperplasia endometrii	bilat.	0	100g	0	5,8	0	5dnů	0	0	0
348	20.7.2004	49	uterus myomatosus	bilat.	0	100g	ano	16,1	pozitivní	8dnů	0	0	0
349	20.7.2004	56	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	6,5	0	5dnů	0	0	0
350	22.7.2004	49	uterus myomatosus	sine	adhesiolysis	300g	0	13,9	0	4dny	0	0	0
351	26.7.2004	49	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	310g	0	16	0	5dnů	0	0	0
352	19.8.2004	51	inventus cytologicus s	bilat.	adhesiolysis	100g	0	19,2	0	5dnů	0	0	0
353	31.8.2004	49	uterus myomatosus, menorrhagia	sine	0	200g		12,8	0	6dnů	0	0	0
354	6.9.2004	50	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	14,1	0	4dny	0	0	0
355	13.9.2004	48	uterus myomatosus	sine	dilatatio uretrae	200g	0	20,5	0	5dnů	0	0	0
356	20.9.2004	65	uterus myomatosus, cystosis ovarii bilat.	bilat.	0	200g	0	20,9	0	6dnů	0	0	0
357	23.9.2004	41	menometrorrhagia	sine	0	160g	0	16,3	0	4dny	0	0	0
358	23.9.2004	43	uterus myomatosus	sine	0	240g	0	14,5	0	4dny	0	0	0
359	27.9.2004	42	uterus myomatosus, de	sine	TVT-O	100g	0	13,7	0	4dny	0	0	0

360	5.10.2004	57	hyperplasia endometrii atypica	bilat.	0	109g	0	9,8	0	4dny	0	0	0
361	5.10.2004	54	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	13,5	0	4dny	0	0	0
362	6.10.2004	48	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	ano	9,9	0	4dny	0	0	0
363	7.10.2004	40	menometrorrhagia	sine	0	200g	0	17,7	0	4dny	0	0	0
364	13.10.2004	47	uterus myomatosus	sine	0	410g	0	12,7	0	5dnů	0	0	0
365	14.10.2004	75	laesio endometrii	bilat.	0	100g	0	13,9	0	7dnů	0	0	0
366	14.10.2004	50	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	300g	0	15,1	0	4dny	0	0	0
367	15.10.2004	52	descensus uteri	bilat.	TVT-O	100g	0	9,3	0	5dnů	0	0	0
368	19.10.2004	46	uterus myomatosus, menometrorrhagiæ	bilat.	0	320g	0	14,6	0	6dnů	0	0	0
369	19.10.2004	51	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	12,4	0	5dnů	0	0	0
370	20.10.2004	48	uterus myomatosus, endometriosis	bilat.	adhesiolysis	200g	0	12,8	0	5dnů	0	0	0
371	21.10.2004	49	uterus myomatosus	bilat.	adhesiolysis	200g	0	11,8	0	5dnů	0	0	0
372	25.10.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	400g	ano	13,9	ano	5dnů	0	0	0
373	26.10.2004	55	centrální defekt gr.I, defekt zadního kompartmentu	l.sin.	ZP	200g	ano	13,9	ano	7dnů	0	0	0
374	26.10.2004	53	cystorectoenterokéle gr.I	bilat.	0	50g	0	13,3	0	7dnů	0	ano	0
375	27.10.2004	47	uterus myomatosus	bilat.	0	200g	0	13	0	5dnů	0	0	0
376	1.11.2004	78	descensus uteri et vaginae, cystocela	bilat.	PP	100g	0	11,9	pozitivní	6dnů	0	0	0
377	3.11.2004	59	uterus myomatosus, cystokele	bilat.	PP	200g	0	14,7	pozitivní	5dnů	0	0	0
378	4.11.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	200g	0	15,8	0	5dnů	0	0	0
379	8.11.2004	49	uterus myomatosus	bilat.	0	120g	0	10,1	0	4dny	0	0	0

380	9.11.2004	61	uterus myomatosus, endometriosis, inkontinentia urinae	bilat.	TVT-O, adhesiolysis	100g	0	11,8	ano	6dnů	0	0	0
381	10.11.2004	48	uterus myomatosus, menorrhagia	bilat.	0	410g	0	11,6	0	5dnů	0	0	0
382	11.11.2004	53	uterus myomatosus	bilat.	0	375g	0	11,8	0	6dnů	0	0	0
383	11.11.2004	54	uterus myomatosus, dysplasia colli uteri	l.dx..	0	100g	0	10,2	0	6dnů	0	0	0
384	15.11.2004	41	uterus myomatosus	sine	adhesiolysis	118g	0	6,2	0	5dnů	0	0	0
385	16.11.2004	46	uterus myomatosus	sine	0	300g	0	12,2	0	5dnů	0	0	0
386	18.11.2004	50	uterus myomatosus	bilat.	0	300g	0	11,2	0	5dnů	0	0	0
387	18.11.2004	43	uterus myomatosus	l.sin.	adhesiolysis, extirpatio cystis paraovarialis I.dx.	380g	0	20,4	0	5dnů	0	0	0
388	20.11.2004	27	pellipathia, endometriosis	sine	resectio fornicis vaginae posterioris, resectio	100g	ano	11,4	pozitivní	7dnů	0	0	0
389	30.11.2004	57	uterus myomatosus, menometrorrhagia	bilat.	0	150g	0	15,7	0	5dnů	0	0	0
390	1.12.2004	47	uterus myomatosus	sine	0	470g	0	9,6	0	4dny	0	0	0
391	1.12.2004	57	hyperplasia endometrii	bilat.	0	100g	0	8,4	0	4dny	0	0	0
392	7.12.2004	40	menometrorrhagia	l.dx..	0	200g	ano	13,7	0	4dny	0	0	0
393	8.12.2004	62	hyperplasia endometrii	l.dx..	TVT-O	100g	0	16,2	0	5dnů	0	0	0

394	14.12.2004	46	hematometra, sactosalpinx I.sin.	bilat.	adhesiolysis	200g	0	5,5	0	5dnů	0	0	0
-----	------------	----	-------------------------------------	--------	--------------	------	---	-----	---	------	---	---	---