

Hvidovre hospital, Copenhagen, Denmark - ENTOG stáž a meeting

Michal Pětroš

Porodnicko-gynekologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod

Letošní stáž byla opět úspěšná a organizačně skvěle zvládnutá. Výměnné čtyřdenní stáže se zúčastnilo rekordních 48 gynekologů z celé Evropy a navíc byly letos poprvé na akci ENTOG i dva američtí kolegové. Česká republika byla zastoupena čtyřmi lékaři. Týden proběhl tradičně podle osvědčeného scénáře: pondělí až čtvrtek stáž na gynekologicko-porodnických odděleních v nemocnicích po celém Dánsku, pátek a sobota ENTOG semináře a council meeting.

Pořádající organizace byly [ENTOG](#) s místní dánskou [FYGO](#) (Foreningen af Yngre Gynækologer og Obstetrikere) za podpory [EBCOG](#) (European Board of the Obstetrics and Gynaecology) a [UMSA](#) (Union Européenne des Médecins Spécialistes).

Základní myšlenka ENTOG setkání se opakuje již po šestnácté: kritický pohled účastníků na zdravotní a edukační systém hostitelské země, jeho srovnání se svým domácím prostředím a současně porovnání se zkušenostmi stážistů ostatních evropských států. Všichni přítomní si pak odnáší domů dostatečné množství nových myšlenek.

Nemocnice

Můj týdenní pobyt se odehrával v Kodani v nemocnici Hvidovre. V této nemocnici jsme byli dva cizinci: lotyška Gita Rama z Rigy a já. Hned na začátku musím zdůraznit vřelé přijetí, slušnost a pohostinnost hostitelů. Veškeré schůzky a předávání služeb se odehrávaly v angličtině a celý kolektiv vycházel vstříc všem našim přáním. Měl jsem možnost asistovat u několika císařských řezů, laparoskopické operaci na adnexech a abdominální hysterektomii. Viděl jsem chod gynekologické ambulance, ultrazvukového oddělení i porodního sálu.

Gynekologicko-porodnická klinika této nemocnice je největší porodnice v Dánsku. V roce 2005 měli 5541 porodů. O její chod se stará necelých 50 lékařů pod vedením profesora Petera Hornnese. Součástí kliniky je celé spektrum gynekologie a porodnictví kromě onkogynekologie. Onkologicky nemocné pacientky centralizují v jiné nemocnici v Kodani.

O chodu porodnické části kliniky vypovídají následující data z roku 2005:

Císařských řezů (SC) měli celkem 21,9%. Technika císařského řezu je podle Misgav-Ladacha. Indikace u konců pánevních a dvojčat jsou vesměs shodné s indikacemi platnými u nás. Hlavní rozdíl je v možnosti císařského řezu na přání rodičky.

Vakuumextrakcí (VEX) měli 10,4%, z toho jednu třetinu (3,5%) tzv. vysoký VEX na nevstoupilou hlavu a zbylé dvě třetiny (6,9%) tzv. nízký VEX. Neúspěšných vakuumextrakcí bylo 0,8%. Počet císařských řezů po neúspěšné předchozí vakuumextrakci bylo 37 (0,7%). *Klešťových porodů* měli celkem 8 (0,1%). Důvodem tohoto nepoměru je obava z poranění matky při klešťovém porodu, která je dokumentována v několika studiích.

Indukce: indukovaných porodů bylo celkem 17,7%, z toho 6,2% amniotomií, v 9,3% prostaglandiny a v 1,8% oxytocinem. Pro podporu děložní činnosti podali oxytocin v 33,9% a amniotomii v průběhu porodu provedli ve 24,2%.

K monitoraci porodu používají CTG, odběr kapilární krve ze skalpu plodu k určení pH (Salingova metoda) a STAN. Během porodu provedli Salinga v 17,0%, který posuzují následovně: pH nad 7,25 - pokračují v normálním porodu, pH 7,20-7,25 - kontrola testu za 30 min, pH pod 7,20 - porod. Intrapartální fetální pulsní oxymetrii nemají a mladší lékaři ji ani neznají. CTG mají na každém ze 14 porodních pokojů s možností centrální monitorace v nemocničním počítačovém systému, dále disponují dvěma přístroji pro STAN.

Komplikace: episiotomii provedli u 7,3% z celkového počtu porodů, parciální ruptura perinea 3.stupně byla u 2,0% porodů, kompletní ruptura u 0,6%, suturu ruptury děložního čípku provedli u 0,4% porodů a manuální lýzu placenty u 2,2%. Z dalších komplikací: placenta praevia 0,3%, abrupce placenty 0,9%, cervikokorporální dystokie 34,0%, prolaps pupečníku 0,3%, kefalopelvicá disproporce 2,8%, polyhydramnion 1,0%, preeklampsie 3,6%, insuficience placenty 4,9%.

Konec pánevní (KP): celkem měli 294 (5,2%) KP, úspěšných externích verzí plodu měli celkem 50, neúspěšných 105, akutních SC pro KP před začátkem porodu 46 (0,8%), plánovaných SC pro KP před začátkem porodu 129 (2,3%), plánovaných SC pro KP v průběhu porodu 19 (0,3%), akutních SC pro KP v průběhu porodu 63 (1,1%), vaginálně porodili 37 (0,7%) KP. Indikace k SC u prvorodičky s KP je v Dánsku shodná.

Ultrazvukové vyšetření (UZ) ve III.trimestru mělo 38,0% rodiček, ve 20.týdnu 97,2%, CVS bylo indikováno u 3,5% žen, amniocentéza u 2,7%. UZ vyšetření u fyziologických těhotenství provádějí pouze erudované sestry. Erudici svých dovedností jak pro NT tak pro 20. týden musí ověřovat v Londýně u prof.Nicolaidese. UZ pacoviště má 9 UZ přístrojů nejvyšší kategorie. Další zpracování výsledků jednotně probíhá na programu Astraia. K lékařům se dostanou jen patologické nálezy.

Analgezie/anestezie: bez analgezie porodilo 16,6% rodiček, nejběžnější úlevou od bolesti byl N₂O v 42,6%, paracervikální blok 0,1%, pudendální blok 9,4%, lokální infiltrace perinea 27,1%, EDA - analgezie 25,0%, EDA - anestezie 6,5%, kombinovaná spinální/epidurální blokáda 0,8%, celková anestezie 1,2%, morfin 5,3%, spinální anestezie 15,3%, relaxační vanu použilo 15,1% rodiček, zónovou/tlakovou terapii celkem 3 (0,1%), akupunkturu 11,2%.

Mrtvorozenost 20 (0,4%), z toho před prodem zemřelo 19 (0,3%) a v průběhu porodu jeden. Apgar skóre nižší než 7 v 5.minutě mělo 1,1%

Porod záhlavím 75,7%, abnormální rotace 3,2%, naléhání čelem 0,4%, naléhání obličejem 0,4%, konec pánevní 5,2%, příčná poloha 0,3%, nespecifikováno 14,8%. Jednočetných gravidit měli 97,8%, dvojčat 2,2%, trojčata porodili jednou.

Novorozenců s nízkou porodní hmotností měli 292 (5,2%). Porodů před 28. týdnem gestace měli 0,2%, mezi 28. a 37. týdnem 6,0%, předčasných porodů měli celkem 6,3%, mezi 37. a 42. týdnem porodili 87,4% rodiček, po 42. týdnu 6,4%. S indukci pro potermínovou graviditu začínají až ve 42+0. I přestože jsou největší porodnicí v zemi, nejsou místem tzv. perinatologického centra jako u nás. Nemocnice, kde se v Kodani koncentrují patologie a předčasné porody se jmenuje Rigshospitalet.

Novorozenců označovaných jako *SGA* (small for gestational age = pod 22%) měli 3,6%, a naopak *hypertrofických* (heavy for date = nad 22%) měli 6,4%. *Malformovaných novorozenců* bylo 24 (0,4%).

Do celkového počtu porodů mají započítány i porody, které proběhly plánovaně v *domácnosti* rodiček 52 (0,9%), neplánovaně doma 13 (0,2%) a cestou do porodnice porodilo 10 rodiček (0,2%).

Sociologická struktura rodiček je následující:

vdané	2749	49,6%
svobodné	2553	46,1%
rozvedené	218	3,9%
vdovy	2	0,0%
registrované partnerství	18	0,3%

Všechny pokoje pro šetinedělky byly jednolůžkové. Všechny porodní pokoje měly vanu k relaxaci v první době porodní. Za žádnou službu se neplatilo jako za nadstandart.

Pro porovnání výše uvedených výsledků se situací v *celém Dánsku v roce 2004*. Celkem se narodilo 6,5% novorozenců s gestačním stářím méně než 37 týden. S váhou pod 2500g se narodilo 5,6% dětí. Váhu přes 4000g mělo 18,6% novorozenců. Průměrná porodní hmotnost byla u všech dětí 3458g, u chlapců 3547g, u dívek 3425g, u jednočetných gravidit 3534g. Mrtvorozenost pro váhovou kategorii 1000g a výše byla 2,5/1000 novorozenců, novorozenecká úmrtnost 4,3/1000 novorozenců, perinatální úmrtnost 3,6/1000 novorozenců. Frekvence císařských řezů byla 20,7% ze všech porodů. Primipar bylo 42,8%, multipar (4 porody a více) 5,3%. Mladších 20-ti let bylo 1,3% rodiček, starších 35-ti let bylo 17,3% rodiček, průměrný věk rodičky byl 30,6%. Fertilita dánských žen byla v roce 2004 1,76. Celkový počet živě narozených dětí byl 64681 z celkového počtu 66377 porodů.

Prenatální péče těhotných žen může probíhat jak u praktického lékaře tak u obvodního gynekologa. Častěji ženy volí gynekologa, protože součástí jeho ordinace je ultrazvukový přístroj.

Další nespornou výhodou Dánských kolegů je možnost využití *misoprostolu* k farmakologickým potratům.

Postgraduální systém vzdělávání

Získání specializace v oboru gynekologie a porodnictví není pro Dány snadnou záležitostí. I přestože na konci neskládají závěrečnou zkoušku. Po absolvování lékařské fakulty (6,5 let) nastupují na kolečko (6 měsíců interna, 6 měsíců chirurgie, 6 měsíců pediatrie), které je shodné pro jakýkoliv obor. Následuje 1 rok nástupní praxe na porodnicko-gynekologickém oddělení, které se nezapočítává do specializační přípravy. Ta samotná trvá 4 roky. Zájemců o por-gyn je však více než volných pracovních míst. Vybrán je nakonec ten, kdo získá větší počet tzv. kreditů. Pro tento v Dánsku oblíbený obor je jich obvykle zapotřebí 10-12. Např. za získání titulu Ph.D. obdrží 3 kredity, půl roku práce v zahraničí 1 kredit, původní práce v časopise další kredity atd. Specialistou se pak stávají ve věku 40 let. Každý školenec má

svého školitele, který je zodpovědný za jeho přípravu. Od zařazení do specializační přípravy se průběžně snaží splnit výkony dle logbooku. Dále probíhá rotace na jednotlivých odděleních podle předem dohodnutého řádu. Část přípravy musí strávit také v nemocnici třetího typu. Jednotlivé operační výkony vyžadované logbookem se nesnaží splnit v jejich počtu jak u nás. U každého operačního a diagnostického výkonu mají určeno do jaké úrovně znalosti jej musí ovládat (A-E). Některé výkony stačí zvládat na úrovni A, tj. pasivní účast a asistence, u jiných musí dosáhnout úrovně D, tj. schopnost výkon provádět samostatně bez supervizora.

Seminář a council meeting (zasedání rady)

Tématy letošního semináře byl výzkum v postgraduálním vzdělávání a kvalifikace a hodnocení lékařů ve výuce. Volba témat byla více než vhodná, soudě dle živé diskuze přednášejících a publika. Dá se říci, že většina zúčastněných souhlasila s užitečností určité formy výzkumu k dosažení specializace. V mnoha zemích je výzkum již povinnou součástí specializační přípravy. Ve Skandinávii tráví lékaři i přes svůj zájem o klinickou praxi několik let v laboratoři přípravou Ph.D. Například v Dánsku třetina mladých gynekologů získá Ph.D. titul ještě před začátkem specializace v oboru. A naopak v Portugalsku otázka jakéhokoliv výzkumu naráží na nedostatek volného času. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou stále obrovské. Druhé téma získávání kvalifikace a hodnocení lékařů ve výuce se zdálo být natolik důležité, že bylo vybráno jako nosné téma pro příští rok ve Vídni.

Závěr

Pokud jste se dosud nezúčastnili ENTOG stáže, zvažte Rakousko příští rok nebo Portugalsko v roce 2008! Dojmy z nemocnice budou jen zlomek toho, co zažijete. Ať program ve volném čase připravený hostiteli nebo ubytování v rodinách místních doktorů vždy stmelí všechny dohromady a vytvoří nové přátele.