

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

prosinec 2019
číslo 10 • ročník 19



téma čísla

Dětská gynekologie



- Usnesení celostátní konference SPLDD ČR
- Předčasné ovariální selhání
- Krvácení z rodidel v dětském věku z pohledu dětského gynekologa
- Dejte plnou moc pro SPLDD
- Záněty vnitřních rodidel
- Nástrahy pohlavního dozrávání u dívek
- Onemocnění a poruchy zevního genitálu u děvčátek a dospívajících dívek
- Swyerův syndrom – dysgeneze gonád, kazuistiky
- Synechia vulvae



Pracujeme pro zdravější svět™



do more
feel better
live longer



PF 2020



Radostné Vánoce a rok 2020
ve znamení štěstí a prosperity
Vám přeje a za dosavadní
spolupráci děkuje

Paola Curovicova

Ing. Alexandra Plevačková se spolupracovnicí



Dětská léčebna respiračních nemocí se speleoterapií
Odborný léčebný ústav pro děti a dorost Zlaté Hory v Jeseníkách

Indikace:

- | | |
|---|-------------------------|
| • Alergické rýmy, recidivující KHCD | J30, J31, J35, J37, J39 |
| • Recidivující bronchitidy, astma bronchiální | J41, J42, J45 |
| • Dermorespirační syndrom, atopický ekzém | J98 |
| • Cystická fibróza | E84 |
| • Stav po operacích DC | |

Naše dětská léčebna:

- přijímá pacienty od 2 do 18-ti let k léčebným pobytům v délce 4 – 8 týdnů, děti do 6-ti let přijímá s doprovodem
- má smlouvy se všemi ZP
- má vlastní ZŠ a MŠ přímo v budově léčebny
- zajišťuje nepřetržitý monitoring ŽP v okolí léčebny
- opírá účinek léčebného pobytu především o speleoterapii, skupinovou a individuální rehabilitaci, skupinové a individuální LTV, inhalace, zdravý denní režim s cílem posílení imunity
- má nepřetržitě přítomného lékaře, denní vizity, má vlastní ORL ambulanci

Naše speleoterapie:

- je vzdálena 7 km od léčebny – doprava autobusem, nachází se ve zrekonstruovaném dole
- děti zde mají k dispozici odpočívárnu, tělocvičnu, rehabilitační místnosti, WC
- má celoroční teplotu 8°C a vlhkost 98%
- pacienti jezdí na speleoterapii 2 x denně na cca 2,5 hod, přičemž se s ohledem na kapacitu střídají; na speleoterapii probíhá skupinové LTV, sportovní hry, rehabilitace DC
- pacienti jsou doprovázeni zdravotnickým, pedagogickým a technickým personálem



SANATORIUM EDEL s.r.o.



Lázeňská 491
793 76 Zlaté Hory v Jeseníkách



584 425 327-8



www.speleoterapie.cz



edel@speleoterapie.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- XXV. celostátní setkání okresních a krajských předsedů SPL ČR v Milovech – prohlášení	6
	- Otevřená výzva prezidentu České lékařské komory MUDr. Milanu Kubkovi	
	- Tiskové prohlášení KSL a SSG ČR k výsledku jednání Rady poskytovatelů s premiérem a ministrem zdravotnictví ČR	
	- Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020	
	Usnesení celostátní konference SPLDD ČR	10
	Dejte plnou moc pro SPLDD	11
	MUDr. Jana Skřenková	
	Onemocnění a poruchy zevního genitálu u děvčátek a dospívajících dívek	12
	MUDr. Helena Neumannová	
	Předčasné ovariální selhání	17
	MUDr. Dana Ondrová, Ph.D., MBA, IFEPAG	
	Záněty vnitřních rodidel	20
	MUDr. Helena Neumannová	
	Swyerův syndrom – dysgeneze gonád, kazuistiky	23
	MUDr. Hana Kosová, Ph.D.	
	Synechia vulvae	25
	MUDr. Hana Kosová, Ph.D.	
	Krvácení z rodidel v dětském věku z pohledu dětského gynekologa	27
	MUDr. Helena Máslová	
	Nástrahy pohlavního dozrávání u dívek	31
	Řádková inzerce	41
	Silvestrovské testy	42
	Doporučení ČPS a OSPDL ČLS JEP pro suplementaci dětí a dospívajících vitaminem D	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI
Dr. Konrad
HIPP
MSD
Sanatorium Edel

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
 MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
 MUDr. Ctirad Kozderka, MUDr. Klára Vitoušová

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
 GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

Redakce VOX:
 telefon: 267 184 065
 e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Věřte mi, není to snadné promlouvat k těm, jichž si nesmírně vážím a kteří mne provázejí celým mým životem. Vždyť už při narození jsem byla pod kontrolou pediatri, alespoň v to doufám, v dětství jsem pak byla dlouhé roky v péči laskavé a důsledné paní doktorky Jelínkové u nás na malém městečku za Prahou. To ona mne poslala několikrát do ozdravovny kvůli mým dýchacím obtížím, neustále se opakujícím angínám a zánětům průdušek, kterým tehdy velmi populární antibiotika dokázala učinit přítrž, u mne bohužel jen na pár měsíců. Mockrát k nám zavítala domů, když jsem ležela v horečkách, aby mi pomohla a kromě léků mne balila do ledového prostěradla, mým rodičům pak dodávala naději v rychlé uzdravení. Dítě nevnímá fakta, recepty či pragmatické soudy a rozhodnutí. Dítě vnímá empatii, laskavost a osobnost lékaře, člověka, který pomáhá, když je vám ouvej.

Další výrazný pediatr se objevil v mém životě s příchodem mých dětí na svět. Byla to paní doktorka Mucková. Klidná síla. Neuvěřitelně oddaná svému povolání pediatra, které vykonávala s pečlivostí sobě vlastní a hlavně s láskou, která se nedala přehlédnout. Mohla jsem se na ni obrátit kdykoli. Doslova. Docházela i k nám domů, když bylo nejhůř, kdykoli se děti potácely v horečkách. Měla moji absolutní důvěru. Antibiotiky šetřila, skoliózu páteře u mojí dcery odhalila ještě v počátcích, stejně jako šelest na

srdci či nutnost použít tzv. Vojtovu metodu u mého syna brzy po narození anebo poslat obě moje děti k vyšetření na alergologii, kam bohužel docházejí dodnes. I skvělá dětská kožní lékařka Čapková se mi stala svým způsobem vzorem pro předobraz seriálové doktorky Běly. Pečlivá, důsledná, přemýšlivá, milá ke svým dětským pacientům. To jsou synonyma, která postupně vytvářela obraz role mojí dětské lékařky v seriálu Ordinace v růžové zahradě. Doktorka Páleníková, jak se zpočátku moje postava jmenovala, byla scénáristy napsaná jako energická, rázná ženská, která se tzv. „nepárá“ se svým okolím a vyžaduje maximální profesionalitu od svých pracovních kolegů. Ve vztahu k dětským pacientům jsem se pak nechala inspirovat dětskými lékařkami, o kterých jsem již psala.

Jde sice jen o roli v televizním seriálu, ale přesto cítím jakousi zodpovědnost za to, abych působila věrohodně, abych se pokusila spolu s tvůrci vytvořit obraz poctivé doktorky bez předsudků, bez přehnaných ambicí, navíc se smyslem pro humor, s životním nadhledem a hlavně profesionála každým coulem. Prostě mi jde o to, abych vám pediatriům neudělala ostudu.

Jo, kde jsou ty časy, kdy jsme si hrávali na doktory. Bylo to dobrodružné a vzrušující zachraňovat cizí životy s bakelitovým kufříkem, který skýtal stejnou bakelitovou a papírovou výbavu. Dneska si ze mne moji známí utahují, že by potřebovali lékařskou pomoc a že je bolí tuhle a támhle, ale já mám pokaždé skvělou výmluvu: Promiňte, ale já jsem „pediatr“!

S tím má momentálně problém můj tříletý vnuk Viktor. Občas mě totiž zahlédne v televizi v bílém plášti a pokaždé trochu znejistí, co se mu s tou babičkou stalo... Až bude větší, určitě mu co nejrychleji vysvětlím, že si na pediatra jenom hraji a že to je něco, co nás herce s lékaři spojuje či alespoň přibližuje, protože spousta dobrých pediatriů musí občas při nedobré diagnóze před malým pacientem zahrát trochu „divadlo“, aby jej zklidnili a dodali mu naději a víru, že se uzdraví, prostě že bude lépe.

A teď dovolu, abych se pochlubila, dělám to nerada, ale nyní mám sakra důvod. Pořádila jsem vám pediatriům další práci. Tedy ne já, ale moje dcera. Na konci listopadu se mi totiž narodila vnučka Klára. Už jsem s ní dokonce byla sama na pravidelné pediatrické prohlídce. Přibrala 400 g a vyrostla o 2 cm. Je krásná, samozřejmě pohledem nekritické babičky, ale hlavně je zdravá. Myslím, že to je to hlavní, co bychom si asi přáli všichni bez rozdílu, aby naše děti a vaši dětští pacienti byli zdraví a vlastně nás, tedy vás pediatri, moc nepotřebovali. Víím, že je to zbožné přání, ale v čase vánočním a na konci tohoto roku může mít i své opodstatnění.

Na závěr bych vám pediatriům chtěla poděkovat za to, že jste nejen v mém životě zanechali nesmazatelnou stopu, a budu se ze všech svých sil snažit, aby náhled na vaši práci nebyl tou mojí „pediatriickou misí“ na televizních obrazovkách nějakým způsobem poznamenán. Moc si vážím vaší práce a přeji vám klidné vánoční svátky a do nového roku hodně zdraví a síly k překonání všech překážek.

V úctě vaše Zlata Adamovská



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Nejdůležitější událostí uplynulého období byla Celostátní konference SPLDD, která se konala v sobotu 9. 11. v Brně. Ve své zprávě o činnosti Sdružení jsem se podrobně zaměřila na události proběhlého roku a zejména výstupy dohodovacího řízení o cenách pro rok 2020. Rok byl nabitý událostmi a stále se zvyšujícím počtem pracovních jednání. Začátkem letošního roku byly zveřejněny teze koncepce primární péče a postupně dochází k jejich naplňování. Jedná se o dlouhodobý proces, který ovlivní síť ordinací a fungování ordinací zejména v budoucnosti. Letošní jednání o úhradách pro rok 2020 byla složitá a ve výsledku se podařilo vyjednat rekordně vysoké navýšení pro náš segment. Předpokládané navýšení úhrad činí přes 10 %. Navýšení bude rozloženo částečně do kapitální platby, částečně do zvýšené bodové hodnoty mimokapitačních výkonů a do nových výkonů. Úhradová vyhláška byla vydána a během listopadu a prosince budeme jednat se zdravotními pojišťovnami nad individuálními úhradovými dodatky, do kterých jsou zakomponovány další bonifikace. V panelu hostů jsme opět přivítali ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha, který více než dvě hodiny odpovídal na naše dotazy. Dalším vzácným hostem byl ředitel VZP Zdeněk Kabátek. Spolu s JUDr. Havlasovou odpovídali na dotazy PLDD a představili výstupy mapování dostupnosti poskytovatelů PLDD v ČR. Jednotlivé mapy sítě ordinací PLDD (modelovány dle zadaných různých kritérií) jen dokreslují současnou nepříznivou věkovou situaci a hrozící rozpad primární péče o děti. Tradičními hosty byli zdravotní ředitelé dalších zdravotních pojišťoven. Účastníci konference odhlasovali výzvu delegátům ČLK, ve které žádají o zastavení štvavé a neobjektivní kampaně, vedené prezidentem ČLK proti profesním sdružením soukromých lékařů.

30. 10. 2019 se konalo další kolo jednání o uvolnění preskripce léků pro PLDD a VPL. Vyjádřili jsme nespokojenost nad pomalostí celého procesu a postojem SÚKL.

1. 11. 2019 se sešlo před konáním celostátní konference předsednictvo SPLDD. Předmětem jednání bylo projednání roz-

počtu a změna využívání a plnění Fondu vzdělávání SPLDD. Reagovali jsme tak na situaci, kdy se zástupci OSPDL rozhodli před koncem roku změnit financování jejich odborných seminářů. Jejich rozhodnutím bude následně ovlivněno financování jednotlivých regionů SPLDD a také organizace regionálních odborných akcí.

9. 11. 2019 proběhla v Brně XXVIII. celostátní konference SPLDD. Přes 100 volených zástupců vyslechlo přednesené zprávy o činnosti a hospodaření, zprávu revizní komise. Vzhledem ke krokům, které činí výbor OSPDL, se diskutovalo, jak bude vypadat další spolupráce s naší odbornou společností.

Pf' 2020



„Náš život je jen hra na tenkém ledě.“

Hodně štěstí v roce 2020 přeje redakční rada a výkonný výbor SPLDD.



Informace SPLDD

■ XXV. celostátní setkání okresních a krajských předsedů SPL ČR v Milovech – prohlášení

Delegáti projednali zásadní body probíhající reformy primární péče, výsledek dohodovacího řízení, vývoj úhrad pro segment primární péče a situaci v regionech. Na závěr svého jednání přijali toto usnesení.

Považujeme za důležité, že se nám spolu s ostatními členy Rady poskytovatelů na jednání na Úřadu vlády 11. 10. 2019 podařilo přesvědčit premiéra ČR o tom, že nemají být zpochybněny výsledky dohodovacího řízení o úhradách na rok 2020 a že vládou plánované navýšení osobních příjmů lékařů a sester o 1 500 Kč měsíčně v roce 2020 se nemůže týkat jen státních nemocnic. Vítráme slib premiéra ČR, že toto navýšení získají všechny segmenty zdravotní péče, a to mimo prostředky v DŘ určené na samotnou léčbu pacientů.

Oceňujeme dosavadní práci ministra zdravotnictví, podporujeme jeho snahu o prosazení systémových změn v českém zdravotnictví a vyzýváme k jejich pokračování. Varujeme před opakovanými politickými zásahy, které mohou způsobit pouze další pokřivení podmínek a nerovnováhu zdravotního systému, ale nevyřeší jeho současné personální potíže. Jejich skutečným řešením je pouze systémová změna v podobě optimalizace sítě zdravotnických zařízení, restrukturalizace lůžkového fondu a racionalizace procesů poskytování zdravotní péče.

Podporujeme kroky probíhající reformy primární péče, která posiluje roli praktických lékařů ve zdravotním systému a jejich kompetence. Upozorňujeme na to, že je nutné zrychlit proces rušení preskripčních omezení pro praktické lékaře, jehož tempo není dostatečné.

Vyzýváme k posílení role zdravotních pojišťoven a požadujeme nově definovat vztah mezi pojištěncem a pojišťovnou. Je potřeba vytvořit mechanismy k posílení odpovědnosti pacienta a racionalizaci jeho pohybu zdravotním systémem.

Vyjadřujeme hlubokou nespokojenost s dosavadním stavem přípravy elektronické neschopenky. Projekt není dobře připraven. Ukazuje se, že dva měsíce před jeho spuštěním existuje řada vážných nejasností

a komplikací, které mohou způsobit to, že eNeschopenka nebude od ledna dobře fungovat a nebude lékaři přijata. Vyzýváme ministryni práce a sociálních věcí k urychlenému jednání, jehož předmětem bude také otázka úhrady práce spojené s agendou vedení pracovní neschopnosti. Trváme na tom, že MPSV musí tuto práci hradit, stejně jako hradí ostatní činnosti delegované na lékaře státem.

Hlavním posláním a také zásadním kritériem smysluplnosti jakékoliv elektronizace je zjednodušení agendy a snížení administrativní zátěže, což stávající eNeschopenka rozhodně nesplňuje. Je polovičatým řešením a dalším typickým příkladem toho, jak elektronizace nesmí vypadat. SPL ČR podporuje smysluplnou elektronizaci zdravotnictví, ale odmítáme jakýkoliv nárůst e-byrokracie a trváme na tom, aby další projekty elektronizace zdravotnictví byly aplikovány do praxe až po dostatečném odzkoušení a opo-
nentuře širokou lékařskou veřejností.

■ Věc: Otevřená výzva prezidentu České lékařské komory MUDr. Milanu Kubkovi

Pane prezidente,
my, níže podepsaní představitelé soukromých lékařů, tímto reagujeme na Vámi šířené mailly z 13. 9., 21. 10. a 24. 10. 2019 a na některé články v časopisu Tempus Medicorum 10/2019 na stranách 9 až 19.

Ve všech těchto textech tvrdíte, že špatně zastupujeme soukromé lékaře a nejednáme v zájmu našich členů, že přistupujeme na návrhy MZ, které jsou mířeny proti soukromým lékařům, že jsme se v rámci dohodovacího řízení o úhradách na rok 2020 spokojili s horšími podmínkami, než bylo možné vyjednat. Protiřekáte si, neboť nás zároveň obviňujete, že dosaženými výsledky parazitujeme na odborářích a lékařích z nemocnic.

Rozeštváváte znovu lékařský stav šířením těchto smyšlených obvinění a využíváte k tomu adresář a časopis České lékařské komory (ČLK), tedy i její finanční prostředky, ačkoli ty mají sloužit zcela jiným účelům.

Vyzýváme Vás tedy:

1. Zastavte neprodleně tuto štvavou kampaň. Soukromí lékaři nestojí proti nemocničním. To, že tento dojem trvale vytváříte a snažíte se vyvolávat a pěstovat konflikt mezi členy ČLK, se hrubě protíví roli, kterou máte jako její prezident zastávat. Přestaňte se vměšovat do záležitostí našich profesních organizací, které na rozdíl od ČLK (a ČLK o.s.) fungují na dobrovolné bázi a nezpochybnitelných demokratických principech. Začněte se, prosíme, chovat jako prezident instituce, která zastupuje zájmy všech lékařů, a ne jako odborář. Začněte konečně ve svých dopisech a článcích o nás psát pravdu.

2. Sdělte korektně, že v dohodovacím řízení (DŘ) pro rok 2020 bylo dosaženo historicky nebývalého navýšení úhrad soukromých lékařů, ale rozhodně se tak nestalo na úkor nemocnic. Rozdělení finančních prostředků mezi segmenty je spravedlivé, soukromí ani nemocniční lékaři nejsou nijak protežováni.

3. Informujte o tom, jakých výhod bylo dosaženo v dalších jednáních zejména s VZP a následně i na úrovni ministerstva zdravotnictví a vlády ČR. Přiznejte otevřeně, že toho bylo dosaženo naší zásluhou, nikoli aktivitou ČLK či Krizového štábu. Přiznejte také, že prosadila-li by ČLK nedohodu, bylo by navýšení úhrad soukromých lékařů v roce 2020 podstatně nižší, než je dnes, a k následným jednáním např. s VZP a k jejím ústupkům by jistě vůbec nedošlo.

4. Sestavte seznam toho, co jste v posledních např. 3 letech pro soukromé lékaře opravdu udělal. A vysvětlete, proč jste vždy zastával požadavky odborů na získání co největšího podílu rozdělovaných prostředků pro nemocnice na úkor ambulantního sektoru a proč jste se nikdy nesnažil vyvažovat zájmy jednotlivých skupin lékařů, které tvoří ČLK. Vysvětlete, proč jste v minulém týdnu v České televizi řekl, že peníze by měly jít zejména do nemocnic.

5. Vezměte zpět nás obviňující tvrzení z Vašeho dopisu z 13. 9. 2019 ve věci návrhu změny zákona č. 48/1997 Sb. ze začátku září 2019. Jistě jste si vědom, že jste varování před námi nechal rozeslat v době, kdy



už jste několik hodin měl ve své e-mailové schránce naše k návrhu MZ odmítavá stanoviska.

6. Tuto naši výzvu v nezkrácené podobě nechte zveřejnit na stránkách nejbližšího vydání časopisu Tempus Medicorum a rozešlete nejpozději do 5 pracovních dnů na stejný seznam adres, jako jste nechal rozeslat své dopisy 13. 9., 21. a 24. 10. 2019.

V Praze dne 29. 10. 2019

Koalice soukromých lékařů a Sdružení soukromých gynekologů ČR

**■ Tiskové prohlášení KSL a SSG
ČR k výsledku jednání Rady
poskytovatelů s premiérem
a ministrem zdravotnictví ČR
11. 10. 2019**

Koalice soukromých lékařů a Sdružení soukromých gynekologů ČR vítá, že se jejich zástupcům spolu s ostatními členy Rady poskytovatelů na jednání na Úřadu vlády 11. 10. 2019 podařilo přesvědčit premiéra ČR o tom, že nemají být zpochybňovány výsledky dohodovacího řízení (DŘ) o úhradách na rok 2020 a že plán navýšení osobních příjmů lékařů a sester o 1 500 Kč měsíčně v roce 2020 se nemá týkat jen těch, kteří pracují ve státních nemocnicích.

Vítáme slib premiéra ČR, na základě něhož má být toto navýšení zajištěno zdravotníkům pracujícím ve všech segmentech zdravotní péče, a to mimo prostředky v DŘ určené na samotnou léčbu pacientů.

V Praze dne 14. 10. 2019

Koalice soukromých lékařů a Sdružení soukromých gynekologů ČR

**■ Dne 29. 10. 2019 byla vydána
vyhláška č. 268/2019 Sb.,
o stanovení hodnot bodu,
výše úhrad hrazených služeb
a regulačních omezení pro rok
2020**

Vyhláška na rok 2020 výrazně navyšuje příjmy ordinací PLDD, a to několika mechanismy:

- Meziroční zvýšení věkových koeficientů
- Příplatky ke kapitaci (za celoživotní vzdělávání, za akreditaci)
- Meziroční zvýšení hodnoty bodu u preventivních výkonů, u ostatních mimokapitač-

ních výkonů, u dopravy v návštěvní službě a u ošetření zahraničního pojištěnce

- Meziroční zvýšení příplatku k výši bodu u preventivních výkonů za celoživotní vzdělávání a za rozšířené ordinační hodiny
- Meziroční zvýšení bonusu za 10 služeb LPS
- Jednorázový bonus za každou epizodu péče o pacienta od 18 let věku

Věková skupina	Věkový index 2019	Věkový index 2020
0–4 roky	4,02	4,10
5–9 let	1,80	1,90
10–14 let	1,40	1,45
15–19 let	1,00	1,00

Lze tedy dosáhnout kapitační platby až do 56,60 Kč (u akreditovaných pracovišť až 57,60 Kč) a hodnota bodu může dosáhnout až 1,29 Kč.

Ke získání bonusu za CŽV ke kapitaci i bodovému ohodnocení je nutné odeslat na všechny smluvní zdravotní pojišťovny doklad o celoživotním vzdělávání platný po celý rok 2020 nejpozději do 31. 1. 2020. Pokud využijete Diplom celoživotního vzdělávání vydaný ČLK, který má platnost 5 let, pak doporučuji zkontrolovat jeho platnost. Můžete ale použít i Certifikát celoživotního vzdělávání vydaný SPLDD, který má vždy platnost 1 rok. Dle Vzdělávacího řádu SPLDD obdrží člen SPLDD certifikát při dosažení alespoň 30 kreditů SPLDD, případně alespoň 20 kreditů vydaných SPLDD doplněných o mini-

málně 10 kreditů od jiné autority. Kreditující autoritu naleznete vždy na potvrzení o účasti na vzdělávací akci. Po získání potřebného počtu kreditů evidovaných v kanceláři SPLDD si může člen SPLDD certifikát stáhnout po přihlášení na webové stránky www.detskylekar.cz. Jako každý rok se budeme snažit se všemi zdravotními pojišťovnami domluvit hromadné předání seznamu držitelů Certifikátu celoživotního vzdělávání SPLDD. VZP požaduje hromadné zaslání seznamu držitelů certifikátu do 30. 11. 2019. Po uplynutí tohoto termínu pak bude muset žadatel dodat potvrzení individuálně, a to do vyhláškou stanoveného termínu.

Ke získání bonusu za minimálně 10 odsloužených LPS je nutné odeslat potvrzení na všechny smluvní zdravotní pojišťovny nejpozději do 31. 3. 2020. Toto potvrzení Vám vydá provozovatel LPS.

Dalšího meziročního zvýšení příjmů ordinací PLDD bude možno dosáhnout nasmlouváním nových fakultativních výkonů:

02039 – záchyt a sledování pacienta s obezitou v ordinaci PLDD

02037 – sledování novorozence s mimořádnými nároky na péči

Od 1. 1. 2021 budou v příští úhradové vyhlášce uvedeny pro naši odbornost již letos schválené edukační výkony očkování:

02160 – edukační pohovor lékaře s rodinou – očkování provedeno

02161 – edukační pohovor lékaře s rodinou – očkování odmítnuto

	2019	2020
Kapitace zákl./vyšší (Kč)	50/56	50/56
Navýšení kapitace za CŽV	+0,60	+0,60 (do 31. 1. 2020)
Navýšení kapitace za akreditaci	+1,00	+1,00
Bod mimokapitační (prevence)	1,20	1,20
Bod mimokapitační (ostatní)	1,18	1,19
Bod doprava – návštěvní sl.	0,90	1,00
Bod – zahr.pojištěnec	1,22	1,29
Navýšení mimokap. bodu za CŽV	+0,01	+0,04 (do 31. 1. 2020)
Navýšení mimokap. bodu za rozšíř. ord.	+0,01	+0,05
10 služeb LPS	35 000 (do 31. 3. 2020)	40 000 (do 26. 2. 2021)
Uznaná položka na eRp	1,70	1,70
Epizoda péče o pacienta od 18 let věku (při klin.vyš.)	----	55,00



Tyto kódy výkonů budeme vykazovat vždy jen jednou za život pro daný druh očkování (např. jednou pro očkovací látky obsahující všechny nebo jen některé složky hexavakcíny – Hexacima/Infanrix hexa, Adacel, Boostrix polio, Vacteta).

VZP i SZP přislíbily, že tyto kódy budeme moci vykazovat již od r. 2020, a to pomocí interních kódů, které obdržíme v úhradových dodatcích.

Z uvedeného přehledu vyplývá, že meziroční bazální navýšení příjmů ordinací PLDD je skutečně výrazné, přičemž další navýšení lze realizovat splněním fakultativních podmínek.

Na www.detsky lekar.cz budeme stejně jako v předchozích letech postupně zakládat odsouhlasené vzorové úhradové dodatky jednotlivých zdravotních pojišťoven.

■ Nové výkony v ordinaci PLDD

Na začátek svého sdělení si neodpustím pohled do minulosti. Vzpomínám si na rozhovor v roce 1993 s revizním lékařem jedné zdravotní pojišťovny, který procházel moje vyúčtování pojišťovně a nad výkony např. vyšetření FW, moče a podobnými rutinně prováděnými vyšetřeními v našich ordinacích říkal: „nechte to laboratořím“ a nad výkony jiných klinických odborností: „nechte to na odborníky“. Pravda, byl původní profesí neurochirurg a o práci v ordinaci tehdejšího „obvodního dětského lékaře“ toho pravděpodobně mnoho nevěděl. Mně ten pohled zpátky ale připomíná, jak jsme se posunuli ve svých kompetencích, možná i v pohledu na naši práci. Trend současně probíhající reformy primární péče, který spočívá mimo jiné v posílení kompetencí v ordinacích primární péče, je jasný. S přibývajícím kompetencemi v našich ordinacích a tím i zvyšující se časovou náročností je třeba, aby taková práce nad rámec běžné péče (taková, která v minulosti nebyla kalkulována do kapitační platby) byla PLDD i uhrazena. Profesní organizace se proto již několik let snaží prosadit nové výkony, které by tuto práci navíc zaplatily. Podařilo se prosadit výkony nové POCT metody: strep A test, vyšetření moči Uricultem, časný záchyt PAS, sledování novorozenecké žloutenky, otoskopické vyšetření v ordinaci PLDD.

Od 1. 1. 2020 v vyjdou v seznamu zdravotních výkonů dva nové výkony:

02037 Sledování novorozence s mimořádnými nároky na péči v ordinaci PLDD

Výkon je určen pro novorozence nebo kojence od propuštění z center vysoce specializované perinatologické péče, případně dítě porozené mimo zdravotnické zařízení/předčasně propuštěné:

1. novorozenec narozený před 32. týdnem gestace (31 + 6),
2. dítě matky závislé na návykových látkách v případě závažných komplikací ohrožujících další vývoj dítěte,
3. novorozenec se závažnými vrozenými vadami a onemocněními ohrožujícími další vývoj, novorozenec po závažné poporodní asfyxii, závažné infekci po porodu a další novorozenci, kteří v perinatálním období prodělali patologický stav, který se může negativně projevit na jejich dalším vývoji,
4. novorozenec narozený mimo zdravotnické zařízení nebo novorozenec propuštěný z porodnice po ambulantním porodu. Výkon se vykazuje při nutných kontaktech nad rámec daný vyhláškou o preventivních prohlídkách. Vykazuje se s frekvencí 1×/den, max. 4× za život.

02039 Záchyt a sledování pacienta s obezitou v ordinaci PLDD

Výkon je určen pro děti se záchytem obezity či nadváhy s dalšími rizikovými faktory, pokud PLDD pacienta přebírá do péče. Vstupním kritériem pacienta je BMI > 97. percentil nebo BMI 90.–97. percentil a jedna ze známek možných rozvíjejících se metabolických komplikací (hyperlipidémie či dyslipidémie, hypertenze, porucha glukózové tolerance). Respektive u dětí do 5 let nahrazuje BMI hmotnostně-výškový poměr. Výstupním kritériem pacienta je:

1. Úspěšná redukce hmotnosti (snížení možnosti vzniku zdravotních rizik, pokles TK, snížení hladiny sérových lipidů a inzulinu, zlepšení psychického stavu dítěte).
2. Následující dlouhodobá dispenzarizace již v rámci preventivních prohlídek.
3. Prokázané sekundární příčiny obezity – další terapie primární příčiny.
4. Nespolupráce pacienta nebo rodiny. I po úspěšné redukci hmotnosti by měly být děti dlouhodobě kontrolovány v rámci preventivních prohlídek a dospívajícím je možno doporučit další péči v obezitologických poradnách pro dospělé. Výkon je možno vykázat s frekvencí 1×/den, max. 6×/rok.

Další dva výkony budeme moci v roce 2020 vykazovat formou tzv. „vnitřních kódů“ zdravotních pojišťoven a v seznamu zdravotních výkonů budou vydány v roce 2021. Tyto výkony reflektují stále větší časové a opakované nároky na edukaci rodičů o prospěšnosti a smyslu očkování v ordinacích PLDD. Oba tyto výkony se vykazují u očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, nevyskytují se u tzv. dobrovolného nadstandardního očkování, které si hradí pacient nebo jeho zákonný zástupce sám.

02160 Edukační pohovor lékaře s pacientem/rodinou – očkování provedeno

Výkon se vykazuje při zahájení pravidelného očkování nebo nepovinného očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění. Výkon se vykazuje při **zahájení očkování**. Vykazuje se s frekvencí 1× pro daný druh očkování s vazbou na diagnózu očkování daným druhem očkovací látky. Nevyskytuje se při opakování dávek základního očkování ani při přeočkování booster dávkou daného druhu očkování. Vykazuje se s frekvencí 1× pro 1 léčivý přípravek, obsahující jednu nebo více očkovačích látek.

Příklad: očkování hexavakcínou. Vykážeme kód 02160 při zahájení očkování v 9. týdnu, nevyskytujeme již při opakování dávek základního očkování ani při booster dávce v 5 a 10 letech. Výkon se přičítá ke kódu očkování. Budeme tedy vykazovat kód 020105/02125 + 02160 + DG příslušného očkování

02161 Edukační pohovor lékaře s pacientem/rodinou – očkování odmítnuto

Výkon se vykazuje s frekvencí jedenkrát pro daný druh očkování s vazbou na Dg očkování daným druhem očkovací látky. Týká se pravidelného nebo nepovinného očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění. Vykazuje se: a/**při podepsání negativního reverzu** odmítnutí očkování nebo b/**s vazbou na věk**, kdy by mělo být základní očkování příslušnou očkovací látkou ukončeno podle platné vyhlášky (tzv. očkovacího kalendáře). Vykazuje se s frekvencí 1× pro 1 léčivý přípravek, obsahující jednu nebo více očkovačích látek.

Příklad vykázání kódu 020160: Očkování proti invazivním pneumokokovým infekcím v 8. měsíci, očkování hexavakcínou v 1 roce, očkování MMR v 18 měsících, očkování HPV ve 14 letech. Při podepsání negativního



reversu kdykoli. Budeme v tomto případě vykazovat samostatný kód 02161 + DG příslušného očkování.

V době, kdy je sestavováno toto sdělení, nejsou ještě ukončena všechna jednání se zdravotními pojišťovnami. To, zda budete muset požádat o nasmělování výše představených kódů sami, či zda některé z nich budou zařazeny mezi tzv. obligatorní kódy, které zdravotní pojišťovny zařadí do přílohy č. 2 automaticky, ještě se všemi zdravotními pojišťovnami není dohodnuto. Určitě se však tuto informaci včas dozvíte prostřednictvím webových stránek, občasníku Vox Info a v neposlední řadě bude tato problematika zařazena do seriálu seminářů Managementu ordinace PLDD.

MUDr. Jana Kulhánková

■ Ministr zdravotnictví podepsal úhradovou vyhlášku pro rok 2020

Úhradová vyhláška pro rok 2020 počítá s rekordním nárůstem úhrad ve všech segmentech zdravotní péče. Na zdravotní péči se celkem rozdělí 35 miliard korun navíc. Dnes to svým podpisem finálně stvrdil ministr zdravotnictví Adam Vojtěch a odeslal vyhlášku do Sbírky zákonů.

Rozdělení úhrad v příštím roce vychází z odhadovaného růstu příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění. Očekávané příjmy v roce 2020 činí částku 350 miliard korun, což znamená meziroční nárůst o 19 miliard korun. Na zdravotní péči vynaloží zdravotní pojišťovny podle úhradové vyhlášky v příštím roce celkem 340 miliard korun, což je téměř o 29 miliard korun navíc. Kromě toho půjde na péči dalších 6 miliard korun nad rámec úhradové vyhlášky ze zůstatků zdravotních pojišťoven. „**Celkem, v rámci úhradové vyhlášky i ze zůstatků zdravotních pojišťoven míří příští rok za pacienty 350 miliard korun. To je skutečně nejvíce v historii,**“ zdůraznil ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Úhradová vyhláška plně respektuje výsledek dohodovacího řízení mezi zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven. Současně také počítá s dodatečným navýšením prostředků o 4,9 miliardy korun, na kterém se dohodli zástupci poskytovatelů s premiérem a ministrem zdravotnictví. Důvodem je kompenzace navýšení tabulkových platů ve veřejné sféře o 1 500 korun, ke kterému došlo po dohodovacím řízení a dotýká se zejména nemocnic.

„My zastáváme názor, že pokud navýšíme jednomu segmentu, musí se navýšit všem. Tento princip musíme dodržet. Proto jsme dodatečně 4,9 miliardy rozdělili napříč všemi segmenty proporcionálně. Tedy tak, aby byl i nadále respektován výsledek dohodovacího řízení. To znamená další nárůst úhrad pro všechny segmenty v průměru o 1,5 procenta. S výjimkou domácí péče, která byla zvýhodněna již v původním návrhu vyhlášky, protože zde vnímáme určitý dluh z minulosti, kdy byla opomíjena. Domácí péči tedy navýšujeme úhrady výrazněji a směřujeme je do platů. Plat sester v domácí péči tak může vzrůst až o 10 tisíc korun měsíčně,“ uvedl ministr.

Domácí péče si v příštím roce podle úhradové vyhlášky kromě již avizovaných 340 milionů korun polepší o dalších 330 milionů. Peníze navíc směřují zejména na navýšení mzdových indexů o 35 procent, což znamená navýšení superhrubé mzdy sester o 10 tisíc korun. „**V celkovém součtu, i s penězi ze zůstatků zdravotních pojišťoven, jde v příštím roce do domácí péče téměř 1 miliarda korun navíc, což meziročně znamená absolutně rekordní nárůst 42 procent,**“ doplnil ministr.

V segmentu akutní lůžkové péče budou z peněz navíc navýšeny paušální úhrady i minimální základní sazby o dalších 1,5 procenta, také budou podpořeny urgentní příjmy a lékařská pohotovostní služba a navýší se i úhrady za nepřetržitý provoz ambulancí v nemocnicích. Peníze budou směřovat také na úhradu nadprodukce, tedy péči, kterou nemocnice poskytnou nad limit. V následné a dlouhodobé péči se navýší paušální úhrada za ošetřovací den i bonifikace za splnění kvalitativních kritérií, například za lepší personální (přítomnost psychologa, logopeda, ergoterapeuta, nutričního terapeuta nebo sestry specializky na hojení ran) a technické vybavení (nižší počet lůžek na pokoji, vybavení elektricky polohovatelnými lůžky). Lůžková péče tak bude podpořena dodatečnými 3 miliardami korun. Celkově, včetně zůstatků zdravotních pojišťoven, čeká nemocnice v příštím roce nárůst o 12,2 procenta, což je 20,8 miliardy korun.

Ambulantním segmentům vzrostou úhrady o dalších přibližně 1,5 procenta, která půjdou částečně do základních úhrad pro všechny a částečně do úhrady za splnění bonifikačních kritérií, jako jsou delší ordináční doby a přijímání nových pacientů.

Šest miliard korun ze zůstatků zdravotních pojišťoven, které jdou nad rámec úhradové vyhlášky, budou zdravotní pojišťovny směřovat na vyšší kvalitu a dostupnost péče spravedlivě napříč všemi segmenty. Tedy například budou bonifikovat malé nemocnice v oblastech s hůře dostupnou zdravotní péčí, uhradí segmentům nadprodukcí, podpoří místní a časovou dostupnost, primární, následnou a domácí péči. Rozdělení těchto finančních prostředků bude zcela transparentně zaneseno do zdravotně pojistných plánů, které schvalují správní rady zdravotních pojišťoven, následně vláda a Poslanecká sněmovna.

Vyhláška jako celek klade velký důraz na zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní péče. Lidé se mohou těšit například na dostupnější stomatologickou péči, delší ordináční hodiny i nové služby praktických lékařů, lepší dostupnost fyzioterapie a rehabilitační péče, gynekologů i ambulantních specialistů. Významně také příští rok podporuje urgentní, tedy tu nejnáročnější medicínu a bonifikuje zařízení, která přijmou od zdravotnické záchranné služby pacienta. Úhradová vyhláška přináší celou řadu pozitivních změn také v segmentu domácí péče. Její poskytovatelé budou například lépe placeni za péči o náročnější pacienty.

V neposlední řadě je nutné zmínit i vyjmutí diagnózy dětské mozkové obrny a dalších diagnóz získaného poškození mozku z limitů poskytovatelů fyzioterapie a hrazení výkonů zcela bez omezení. „**Nově bude tedy neurorehabilitační péče u takto vážně nemocných pacientů výrazně dostupnější,**“ dodal ministr.

Vyhláška bude do konce měsíce zveřejněna ve Sbírce zákonů.

Zdroj: www.mzcr.cz, 18. 10. 2019

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Usnesení celostátní konference SPLDD ČR konané dne 9. 11. 2019 v Brně

Konference:

1. Schválila

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
 - návrhová komise: MUDr. Libor Beneš, MUDr. Hana Cabrnová, MBA, MUDr. Štefan Hrunka, MUDr. Parvina Gricová, MUDr. Ctirad Kozderka, MUDr. Michal Pukovec, MUDr. Zdeňka Růžicková, MUDr. Daniela Verdánová, MBA, MUDr. Pavla Zemánková
 - mandátová komise: MUDr. Miroslava Svobodová, MUDr. Johnová, MUDr. Aleš Polách, MUDr. Hudečková
 - zapisovatel: pí. Eva Střechová
- návrh rozpočtu na rok 2020

2. Vyslechla

- zprávu o činnosti SPLDD ČR (MUDr. Ilona Hülleová)
- zprávu o hospodaření SPLDD ČR (MUDr. Jiřina Dvořáková)
- zprávu kontrolní komise SPLDD ČR (MUDr. Jiří Dufka)
- vystoupení hostů: MZ, ZP, SPL

3. Konference konstatuje

- nárůst úhrady PLDD na příští rok, a to jak díky navýšení věkových indexů a hodnoty bodu, tak díky úhradě nových výkonů a bonifikační přírůžce ke kapitační platbě. Konference děkuje MUDr. Iloně Hülleové za vyjednání navýšení úhrad pro PLDD.
- uspokojení s rozšířením spektra nových výkonů pro PLDD od 1. 1. 2020 a děkuje MUDr. Janě Kulhánkové za jejich prosazení.
- znepokojení nad vývojem situace v souvislosti se zrušením oboru PLDD a neobsazením rezidenčních míst v oboru pediatrie.
- vítá jasné prohlášení ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha ve prospěch podpory primární péče.
- obavy ze zavádění EET a možných dopadů na systém očkování u dětí.

4. Konference doporučuje

- v jednání o úhradách pokračovat v systému KKVP.

- v případě problémových žádostí o výběrové řízení informovat zdravotní ředitele jednotlivých ZP.
- dále spolupracovat v rámci KSL.
- podporu a legislativní ukotvení stávajících akreditovaných ordinací PLDD.

5. Konference protestuje

- proti konfrontačnímu jednání prezidenta ČLK MUDr. Milana Kubka, který lékařský stav rozděluje, který členy ČLK informuje neobjektivně a tendenčně.

6. Konference přijala

- výzvu delegátům XXXIV. sjezdu ČLK.

7. Konference ukládá:

- VV SPLDD ČR usilovat o co nejjednodušší a nepovinné zavádění všech nástrojů elektronizace ve zdravotnictví.
- regionálním zástupcům SPLDD možnost jednat ve spolupráci s VV o síti PLDD v regionu.
- VV SPLDD, aby v jednáních o úhradách PLDD usiloval o navýšení v obdobné procentní výši odpovídající nárůstu úhrad v lůžkové péči.
- delegovaným zástupcům PLDD spolupracovat na přípravě reformy primární péče.
- VV SPLDD, aby na základě podepsané deklarace o spolupráci s MZ ČR trval na dodržování možnosti připomínkovat včas legislativní záměry MZ ČR.
- VV SPLDD, pokračovat ve spolupráci s MZ ČR na společném řešení problematiky posudkové péče a omluvenek s MŠMT a MPSV.
- VV SPLDD aby pracoval na vytvoření systému podpory předávání praxí PLDD
- VV SPLDD pracovat ve spolupráci s MZČR na možnosti předávat hlášení o výskytu infekčních onemocnění KHS elektronickou formou
- předsednictvu SPLDD pokračovat dále nejúčinnějším možným způsobem ve spolupráci s OSPDL ČLS JEP s cílem jednotného prosazování zájmů PLDD.

8. Konference vyzývá

- všechny PLDD k udělení plné moci SPLDD k zastupování ve veškerých dohodovacích

řízení týkajících se jednání zejména o úhradách, seznamu výkonů a rámcových smlouvách dle zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, a to do konce prosince 2019 (v originální podobě).

9. Konference žádá

- urychlené vyřešení problémů s agendou ePN. Konference podporuje požadavek VPL, aby tato agenda byla spojena s úhradou z rozpočtu MPSV.

Součástí usnesení je Výzva delegátům XXXIV. sjezdu ČLK.

■ Výzva delegátům XXXIV. sjezdu ČLK

Vážení kolegové, delegátky a delegáti XXXIV. sjezdu České lékařské komory, účastníci 28. výroční konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR se obračejí na vás, nejvyšší orgán naší České lékařské komory, se žádostí a výzvou. Byli bychom rádi, kdyby sjezd pomohl zastavit štvavou a neobjektivní mediální kampaň vedenou prezidentem ČLK proti profesním sdružením soukromých lékařů. Náš zásadní nesouhlas s touto kampaní jsme zveřejnili v „Otevřené výzvě prezidentu ČLK“ ze dne 29. 10. 2019.

Vyzýváme vás, abyste se zabývali postavením ČLK mezi lékaři, a to bez rozdílu jejich pracovního zařazení. Není nám lhostejné, jak je jednání prezidenta ČLK, a tím i celé lékařské komory, vnímáno většinou soukromých lékařů. Vzájemné osočování, osobní útoky a jednostranný pohled na stávající problémy lékařského stavu a jejich řešení vede naši stavovskou organizaci do slepé uličky a snižují její vážnost mezi veřejností. Celostátní konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, zastupující přes 2 000 členů ČLK, vyslovuje svoji nedůvěru prezidentovi ČLK MUDr. Milanu Kubkovi. Vyzývá tímto delegáty sjezdu ČLK, aby se vzniklou situací zabývali.

V Brně dne 9. 11. 2019



Dejte plnou moc pro SPLDD

Vážené kolegyně a kolegové, praktičtí dětské lékaři, členové ČLK, obracíme se na vás v této „rozbourané“ době. Jak jste určité informováni, pan prezident naší společné ČLK rozpoutal proti nám, vašim zástupcům v dohodovacích řízeních, nenávislnou a štvavou kampaň. Její příčinou je náš nesouhlas s odborářskými praktikami dr. Kubka, které do této povinné profesní organizace nepatří. Více informací najdete na našem webu, kde jsou jasně formulovány naše výhrady i důvody našeho nesouhlasu s postupem tzv. Krizového štábu. Demagogická tvrzení pana prezidenta Kubka zcela převrací realitu současného

stavu nejen úhradové vyhlášky, ale také našeho vztahu k našim kolegům v nemocnicích. Tuto štvavou kampaň se snaží ČLK o.s. využít k získání nových plných mocí, na jejichž základě by mohl získat majoritu k rozhodování o vašich potřebách a diktovat své představy nejen o ekonomických parametrech, ale o vaší každodenní činnosti. Jménem VV bychom vám rádi poděkovali za vámi již udělené plné moci SPLDD. Díky vám má SPLDD v segmentu praktiků významnou majoritu.

I přes tuto skutečnost a na základě kampaně „všechny plné moci do rukou ČLK“ **vás žádáme o znovuzaslání plných mocí pro**

SPLDD s aktualizovanými informacemi o Vás jako poskytovateli zdravotní péče, jde zejména o eventuální změnu právní formy poskytovatele (přechod z fyzické osoby na právnickou osobu – např. s.r.o.), aby i v budoucnosti vás mohli důstojně a ve váš prospěch zastupovat ti, které jste si demokraticky a dobrovolně zvolili. Příložené plné moci zašlete nejpozději do konce roku 2019 na adresu kanceláře SPLDD.

V úctě za VV
MUDr. Ilona Hülleová,
předsedkyně SPLDD ČR

Pozn. redakce:

- **Formulář Plná moc SPLDD** najdete vložený v tomto čísle časopisu Vox pediatriae nebo je ke stažení na <http://www.detskylekar.cz/plna-moc-spldd-cr>
- Plnou moc vyplňte vždy za konkrétního poskytovatele zdravotních služeb, tzn. pokud jste OSVČ, pak svým jménem (např. MUDr. Alfréd Kolibřík), pokud jste právnická osoba, pak jménem právnické osoby (např. Ordinance u ošklivého káčátka, s.r.o.). Pokud jste změnili právní postavení např. z fyzické osoby na právnickou, není předchozí plná moc platná, a musíte tedy vyplnit plnou moc nově s aktuálními údaji.

- Plnou moc zašlete i v případě, kdy si nejste jisti, zda je Vaše poslední plná moc platná.
- Plnou moc udělenou i v nedávné době jinému účastníkovi dohodovacího řízení (např. ČLK) můžete zneplatnit zasláním plné moci udělené SPLDD. O platnosti rozhoduje naposledy zaslání plná moc.
- Plnou moc zašlete **v originální verzi** (nelze posílat kopie, nelze posílat elektronicky apod.) nejpozději **do 31. 12. 2019** do kanceláře SPLDD na adresu: **SPLDD ČR, U Hranic 16, 100 00 Praha 10.**

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a OSPDL ČLS JEP

si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2020. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Jakub Štádler, MUDr. Bohuslav Procházka

9. ledna 2020

Poruchy dospívání a pohlavního vývoje

MUDr. Stanislava Koloušková, CSc.
Pediatrická klinika FN Motol



OSPDL ČLS JEP



Onemocnění a poruchy zevního genitálu u děvčátek a dospívajících dívek

MUDr. Jana Skřenková

Specializovaná gynekologická ambulance pro děti a dospívající,
Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Základy vývoje pohlavních orgánů, močového ústrojí a části trávicího ústrojí jsou společné. Také topografická blízkost vyústění těchto tří soustav určuje vzájemné ovlivňování a prolínající se problematiku patologických stavů či vývojových poruch této části lidského těla, v našem případě u jedinců ženského pohlaví. V tomto článku se budeme zabývat především stavy či onemocněními v oblasti vývodných pohlavních cest a zevního genitálu.

Gynekologie dětí a dospívajících je samostatný podbor gynekologie a porodnictví založený v roce 1940 prof. MUDr. Rudolfem Peterem, DrSc., který zahrnuje péči o dívky od narození do období pohlavní zralosti. Je součástí komplexní péče o ženu nejen ve smyslu léčebném, ale především výsostně preventivním, zajišťujícím buď gynekologicky zdravou ženu schopnou ideálně přirozeného plánovaného rozmnožování, nebo ženu připravenou k úspěšné asistované reprodukci.

■ Rozdělení dětského věku

Dětský věk z hlediska gynekologa rozdělujeme do tří etap závislých na přítomnosti a působení ženských pohlavních hormonů, zejména estrogenů, na dependentní orgány a tkáně:

- **Novorozenecké období** (od narození do zhruba 8 týdnů)
- **Klidové období** (do věku 8–9 let)
- **Období pohlavního dospívání** (plynule přecházející do dospělosti)

Nejen vývoj, ale i projevy, průběh a léčba onemocnění těchto orgánů závisejí na měnících se hladinách ženských pohlavních hormonů. V novorozeneckém období je zevní genitál ovlivněn mateřskými estrogeny – rodidla jsou prosáklá, panenská blána je zřasená, výrazněji červená až lividní a spolu s malými stydkými pysky nápadně vystupují nad niveau velkých stydkých pysků. Hymen může překrývat ústí uretry a představovat pro nezkušeného komplikaci cévkování. Tvar hymenu je individuální – anulární, semilunární, septovaný, křibiformní aj. Pochva s proliferovaným dlaždicovým epitelem obsahuje *Döderleinův Lactobacillus acidophilus*

a současně další aerobní i anaerobní mikroorganismy, které tvoří typický poševní ekosystém (charakterizovaný kyselým pH). Hlen produkovaný žlázkami děložního hrdla spolu s odloupanými poševními epitelii tvoří čistý novorozenecký výtok **fluor neonatalis purus**, odcházející skrz panenskou blánu, kde jej pozorujeme v introitu poševním. Je důležitou známkou průchodnosti vývodných cest pohlavních! Popsané změny po poklesu hladiny estrogenů po porodu postupně odeznívají, obvykle během 6–8 týdnů. V klidovém období jsou estrogendependentní tkáně a orgány ve stadiu funkčního klidu a nerostou. Vulva je uzavřena přiléhajícími velkými stydkými pysky, malé stydké pysky jsou drobnými kožními řasami, za nimiž je bledá, tenká průsvitná panenská blána. V pochvě není přítomná sekrece, její pH je neutrální. Období pohlavního dospívání je odstartováno centrálním řídicím endokrinním systémem s následnou produkcí endogenních estrogenů folikulárním aparátem vaječníků a bouřlivým rozvojem všech závislých orgánů a tkání. Pochva se prodlužuje a rozšiřuje, stěny se řasí, sliznice poševní proliferuje, buňky hromadí glykogen, probíhá kolonizace mikroorganismy, zejména *Döderleinovým laktobacilem*, a pH pochvy opět klesá. Cylindrický epitel hrdla děložního produkuje hlen a s poševními epitelii vytváří čistý pubertální výtok **fluor pubertalis purus**. Hymen odděluje zevní rodidla a pochvu, začíná a končí pod uretrou, nabývá na objemu, zvětšuje se, skládá se do fimbrií, je *de facto* „zrcadlem působení estrogenů“ na vulvě. Tkáně zevních rodidel se ztlusťují, malé stydké pysky se zvětšují, kůže na velkých stydkých pyscích hrubne a pigmentuje se, hrma mohutní uložením

tuku nad stydkou kostí, roste pubické ochlupení.

■ Vyšetřování v ambulanci dětského gynekologa

Je zcela odlišné od ambulance pro dospělé. Vyžaduje zkušeného, erudovaného a trpělivého specialistu, který volí specifický psychologický přístup k dítěti a současně k doprovodu s respektováním jejich osobností, aby získal důvěru a ochotu ke spolupráci. Zatímco dospělá žena je motivována ke gynekologickému vyšetření, dívkám motivace chybí, gynekologická poloha je pro ně neobvyklá, mají strach z dosud nepoznané situace, samy ještě dobře neznají svoje tělo, v pubertě jsou stydlivé a obecně, nemají-li výrazný gynekologický problém, jsou k vyšetření naladěné negativisticky. Velmi záleží na doprovodu, obvykle na matce dívky, a jejím postoji k vyšetření, ale i na vztahu k dívce samotné a schopnosti ji usměrnit. V této souvislosti je důležitá role ošetřujícího pediatra a jeho vysvětlení zainteresovaným členům rodiny. Rodič je přítomen vyšetření jednak z forenzních důvodů, a jednak k usnadnění komunikace s dítětem. Důležitá je anamnéza, která může být klíčem ke správné diagnóze. Odebírá se od zákonného zástupce, a pokud je to možné, údaje získáváme také od dívky. Sdělení se překvapivě mohou rozcházet, dobrat se validních informací vyžaduje takt, komunikační obratnost, zkušenost a čas. Bezprostředně před vyšetřením požadujeme vyprázdnění močového měchýře, výhodou je také vyprázdněné rektum. Při odkládání oděvu a obuvi či otírání se po vyšetření lze odhalit četné nesprávné hygienické návyky, vedoucí k příčinám některých onemocnění. Je potřeba situaci



citlivě okomentovat a upozornit na správný postup. Prohlížíme celé tělo, nejen oblast genitálu, hodnotíme v souladu s věkem rozvoj sekundárních pohlavních znaků podle Tannerovy klasifikace. Po uložení dívky na vyšetřovací stůl do gynekologické polohy začínáme vyšetřením břicha a tříselných krajin, pokračujeme prohlídkou zevních rodidel, všímáme si prováděné hygieny (smegma, interlabiální zbytky menstruační krve, nedostatečné otření stolice kolem konečníku). Pozorujeme anatomické utváření a jeho odchylky, změny na kůži a sliznicích (zarudnutí ústí uretry, známky přítomnosti střevních parazitů, fisury v řitním otvoru atd.), stav estrogenizace genitálu, prohlédneme hymen a určíme jeho tvar. Pochvu vyšetřujeme vaginoskopem (endoskopicky) bez porušení hymenu. Sledujeme přítomnost a charakter sekretu, přehlédneme čípek děložní se zevní brankou, poševní stěny a změny na nich, pátráme po výskytu cizího tělesa (lze je touto cestou také extrahovat), známkách VVV (neúplná gynatrezie, vaginální cysty aj.), odebíráme cíleně stěry na mikroskopické a mikrobiologické vyšetření. Následuje bimanuální rektoabdominální vyšetření. Ne pokaždé je nutné komplexní vyšetření, vždy záleží na důvodu vyšetření. Doplnková vyšetření volíme dle příznaků (nenáročné vyšetření dle Brumpta na přítomnost střevních parazitů, sonografické vyšetření malé pánve či zkouška dvou cévek při suspekci na duplicitní VVV, krevní testy apod.)

■ Vulvovaginitis – zánět zevních rodidel a vulvy

Obvykle se vyskytují společně, z příznaků dominuje výtok (hlenovitý, hlenohnisavý, hnisavý, zpěněný, hrudkovitý, kompaktní), bezbarvý nebo bělavý, žlutavý, zelenkavý i krvavý. Fluor je suverénně nejčastějším problémem, který přivádí dětskou pacientku s matkou do gynekologické ordinace. Z dalších potíží mohou dívky udávat pálení nebo svědění vulvy, bolesti, dysurii, zarudnutí, edém, maceraci, ragády, exkoriace, puchýřky, furunkly, zápach, zduření tříselných uzlin či pobolívání v podbřišku nad sponou stydkou. Stává se ovšem, že zejména malé děti někdy neumějí přesně pojmenovat obtíže, které mají.

V novorozeneckém období je patologický výtok (**fluor neonatalis mixtus**) vzácný, bývá způsoben přenosem infekce při prostupu infikovanými porodními cestami či zanedbá-

ním základních hygienických pravidel v péči o novorozence. Častěji se ale setkáváme s tímto problémem u hospitalizovaných imunokompromitovaných novorozenců na JIP nebo odděleních intermediární péče. Patogeny bývají obvykle bakterie střevního traktu nebo horních cest dýchacích.

V klidovém období fyziologický výtok neexistuje, každý výtok je patologický. Poševní epitel je nízký, tvořený jen několika vrstvami parabazálních buněk, nicméně pochva není ani v tomto období abakteriální. K rozvoji infekce jsou nutné zřejmě ještě další faktory jako snížená imunitní obrana organismu, masivní bakteriální nálož, opakované infekce v dalších ústrojích, nevhodné kosmetické přípravky, obezita atd. Cesty přenosu zahrnují nesprávnou hygienu zevních rodidel a obrácené otírání po močení a stolici, zanedbání hygienických pravidel (neumyté ruce, svlékání oděvu přes obuv, sedání si bez prádla, koupání v nevhodných lokalitách), dále průjemová onemocnění, infekce močových cest, zavlečení infekce s cizím tělesem při manipulaci s rodidly, přítomnost synechie vulvy, vaginálního influxu moče, střevních parazitů, svoji úlohu jistě mají i delší dobu nevyměněné jednorázové pleny a nesmíme zapomenout i na možnost pohlavního zneužívání. Hematogenní i kontaktní přenos bakterií se uskutečňuje při celkových infekcích (spála, tonsilitis). Nejčastějšími patogeny jsou bakterie střevního a dýchacího ústrojí. I v tomto období se mohou projevit pohlavně přenosné infekce (gonokoky, vibria, mykoplasmata, herpes virus), u kterých předpokládáme přenos nepohlavní cestou, vždy ale musíme vyloučit i možnost pohlavního zneužívání dívky! Jen výjimečně, protože nemá v pochvě příznivé podmínky, je vulvovaginitis v klidovém období způsobena mykotickou infekcí (pubertas praecox, diabetes mellitus, dlouhodobá nebo opakovaná antibiotická léčba). První pomoc při výtoku a jeho projevech představuje omytí dětským mýdlem a teplou vodou, oplach koncentrovaným výluhem černého čaje, lokální aplikace masti Infadolan, Rosen neoPhytol, Rybilka Neo nebo Sudocrem, při svědění lze podat antihistaminika. Nedoporučujeme podávat lokálně na vulvu antibiotické a zejména antimykotické masti bez zjištění etiologického původce. Terapii určujeme vždy podle citlivosti z mikrobiologického vyšetření odběru z pochvy, nikoli z introitu poševního. Léčíme dětskými vaginálními čípkami (magistraliter připravovanými) či zaváděním masti speciál-

ním dětským aplikátorem 1× denně večer (zahajuje odborník, který provede instruktáž rodičů). Celková léčba ATB je nutná u celkových infekcí, antihelmintiky u parazitární infekce, herpes genitalis léčíme celkově i lokálně antiviroty. U opakujících se zánětů lze využít po konzultaci s ošetřujícím pediatrem autovakcínu v kapkách aplikovaných do nosu či krku (zpracovaný materiál z krku, nosu, pochvy a moče). Prevence tkví ve správné hygieně (sprchování teplou vodou a omývání dětským mýdlem), oblékání přírodních materiálů, dodržování pitného a vyprazdňovacího režimu, omezení různých chemických látek působících na zevní genitál (přidávat máchání v pračce, používat vhodnou kosmetiku).

V období pohlavního dospívání, kdy genitál reaguje a mění se vlivem estrogenů, je nejobvyklejší fyziologický **fluor pubertalis purus**. Nepůsobí žádné obtíže, nicméně svojí přítomností, vlhkostí a nakyslým pachem může přivést pubertální dívku k lékaři. Zde je nutná, po vyloučení patogenů v pochvě, správná edukace dívky o projevech dospívání, jeho průvodních jevech a odpovídající hygieně rodidel. Naproti tomu, jsou-li vyšetřením prokázány patogenní mikroorganismy, jedná se o **fluor pubertalis mixtus**. Škála mikroorganismů je stejná jako u dospělých žen, cesty přenosu do zahájení pohlavního života identické jako v klidovém období. Koitarche je přelomem měnícím spektrum etiologických agens a cestu přenosu. Nejčastěji se vyskytuje bakteriální vaginóza, mykotická kolpitis, hnisavá kolpitis, herpes genitalis a poševní laktobacilóza. Hlavními vyšetřovacími metodami jsou stanovení pH pochvy, KOH test a mikroskopické vyšetření. Léčba odpovídá diagnostice, je cílená, patří do rukou odborníka a je prevencí pozdějších komplikací (ascenze infekce do vnitřních rodidel, poruchy fertility).

Diferenciálnědiagnosticky musíme po vyloučení obvyklé infekční etiologie pomýšlet na jiné příčiny kožních změn na vulvě. Kůže dětí má odlišné vlastnosti než u dospělého, je zranitelná, lépe prostupná pro mikroorganismy, citlivá k chemikáliím, ale i k léčivům. Diagnostika, dispenzarizace, ev. léčba patří ve většině případů do rukou příslušného dětského odborníka.

- Plenková dermatitis
- Atopická dermatitis
- Iritální a alergická kontaktní dermatitis – podráždění vulvy koncentrovanou



močí při nedostatečném pitném režimu, vaginálním influxu moče, infikovanou močí, stolicí při průjemovém onemocnění, nedostatečné hygieně aj., chemikáliemi v nedostatečně vymáchaném prádle, nevhodnou kosmetikou, vlhčenými papírovými ubrousky apod.

- Lichen sclerosus (dříve et atrophicus) vulvae
- Psoriáza (i inverzní forma)
- Condylomata accuminata
- Vitiligo
- Erythrasma
- Molluscum contagiosum
- Scabies
- Pediculosis pubis (po pubarche)

■ Synechia vulvae

Je definována jako srůst normálně vyvinutých zevních rodidel dívky. Přesněji jde v první fázi o sekundárně vzniklé slepení – conglutinatio, ve druhé fázi následně srůst protilehlých stran poševního vchodu. Vyskytuje se pouze na sliznicích, které nejsou pod vlivem estrogenů, kde epitelová výstelka je nízká, složená pouze z několika buněčných vrstev. Jestliže sliznice zůstávají dlouhodobě k sobě přiloženy, slepí se. Tato konglutinace vzniká v řádu několika týdnů a nejčastěji se vyskytuje u děvčátek ve věku do 6 let. Nedojde-li k rozlepení, vymizí epitel styčných ploch a vzniká za individuálně

dlouhou dobu pevný kožovitý srůst. Podle lokalizace rozlišujeme:

- Přední srůst – synechia **ventralis** – výskyt vzácný, jde o spojení malých stydkých pysků.
- Střední srůst – synechia **media** – výskyt sporadický, jedná se o spojení prostřední části sliznice poševního vchodu.
- Zadní srůst – synechia **dorsalis** – typický a nejčastější, od zadní komisury hráze se směrem kraniálně uzavírá oblast poševního vchodu tak, že může zbývat pouze drobný otvor pro odtok moče.
- Laterální srůst – synechia **lateralis** – stejnostranné spojení malého a velkého stydkého pysku je normálním nálezem v klidovém období, v pubertě se spontánně rozvolní, nepůsobí obtíže.

Na jejich vzniku se podílí nesprávná hygiena vulvy, může k ní přispět iritace sliznice pracími prostředky (nedostatečné máchání prádla). Při správné péči je třeba každodenně oddálit protilehlé sliznice poševního vchodu a šetrně omýt zbytky moče (i stolice u vyměšování do plen) a sekretu vestibulárních žlázek mechanicky i s použitím dětského mýdla. Synechie většinou nepůsobí žádné obtíže, bývá náhodným nálezem při prohlídce u pediatra, méně často si někdo z rodiny všimne změněného vzhledu zevních rodidel. Může ale na sebe upozornit změnou proudu moče (přečůrávání nočníku), nut-

ností usilovného tlaku při močení, dokáže imitovat inkontinenci (vyprazdňování moče zateklé do pochvy). Stagnující moč může způsobovat dyskomfort (pálení vulvy) nebo se sekundárně infikovat. To vede i k nebezpečí ascendentních recidivujících infekcí močových cest. Léčba synechie závisí na fázi, v které ji zastihneme. Konglutinaci lze velmi lehce manipulací rozlepit a následně aplikovat epitelizační mast nebo gel na hojení ran. Jednoduchý rychlý zákrok neboli, jen je nepříjemný, proto lze použít znečítlivující mast či od 4 let lokální anestetikum v kožním spreji. Kožovitý srůst je třeba řešit v krátkodobé anestezii termokauterem (ambulantní výkon s dospáním), neboť jeho rozrušení by bylo bolestivé, spojené s krvácením. Hojení je nekomplikované, nejdůležitější je správné poučení rodičů, jak o rodidla pečovat. V literatuře, zejména zahraniční, se doporučuje aplikace estrogenového krému na rodidla se synechií. Jedná se o terapii dlouhodobou, ne vždy účinnou. Její komplikací je zduření prsních žlázek, proto ji dětští gynekologové v ČR odmítají. Správná péče o zevní rodidla je prevencí vzniku a recidivy synechie i jejích komplikací. Zhodnocením dat naší ambulance jsme potvrdili preventabilní skutečnosti:

- názorné poučení matky novorozenceho děvčátka v porodnici o správné hygieně vulvy,



Obr. Synechia vulvae medialis



Obr. Cizí těleso vyjmuté z pochvy



- stejná edukace rodičů a dalších osob pečujících o dítě ošetřujícím pediatrem,
- přidávání režimu máchání v programu automatické pračky.

■ Poranění rodidel

Samotné úrazy zevních rodidel jsou v předškolním a mladším školním věku vzhledem k pohyblivosti a neopatrnosti děvčátek poměrně časté. K poranění nejčastěji dojde při pádu s rozkročenými nohama na tupý předmět (prudké posazení na plastový nočník, pád na prolézačce, uklouznutí a pád na hranu při vylézání z vany, naražení na rám kola), kdy dochází ke zhmoždění měkkých tkání s tvrdým podkladem (okolí klitoris, ústí močové trubice a malých stydkých pysků). Komplikovanější jsou pády na vyčnívající předměty (větve, kořeny, pařezy, nábytek) s penetrací a silným krvácením, zasahující i okolní a hlouběji uložené orgány. K poranění rodidel může dojít také při sexuálně podbarvených hrách se zaváděním cizích těles do pochvy, často druhou osobou, a samozřejmě při pohlavním zneužívání nebo znásilnění. V těchto případech jsou poranění lokalizovaná na hráz, zadní komisu, hymen mezi čísly 4–8 (dle hodinového ciferníku) a do pochvy. Rozsáhlá poranění zahrnující i vnitřní rodidla jsou součástí autonehod a jiných polytraumat. Při vyšetření jsou důležité anamnestické údaje, vždy je nutné vyloučit sexuální násilí nebo týrání! Ale protože obvykle úrazy silněji krvácejí a situace je dramatická, dítě je vyděšené, neklidné, navázání kontaktu není snadné. Je nutno postupovat racionálně, vytvořit klidné a přívětivé prostředí. Nikdy neopomeneme řešit současně močení, dítě může moč zadržovat ze strachu z bolesti, někdy je třeba i krátkodobá derivace moče permanentním katetrem!

Ošetření úrazů rodidel patří do rukou zkušeného gynekologa. Otevřená poranění řešíme chirurgicky vstřebatelným materiálem, v celkové anestezii za hospitalizace, neboť je nutná podrobná revize rány ke zjištění ev. dalších, oku skrytých poranění. Sutures tržně-zhmožděných ran se obvykle hojí *per secundam*. Uzavřená poranění – hematomy ošetřujeme zpočátku konzervativně, incizi, evakuaci a drenáž provádíme s odstupem nejméně 5–7 dnů. Komplikované úrazy s poraněním okolních orgánů řeší gynekolog ve spolupráci s dalšími odborníky (urologem, chirurgem, ortopedem). Vždy se snažíme,

pokud je to možné, o zachování fertility *per vias naturales*.

■ Vrozené vývojové vady (VVV) rodidel a poruchy diferenciacce pohlaví s postižením zevního genitálu

1. Intersexuální malformace (disorders of sex development, DSD) jsou stavy, které zpochybňují pohlavní zařazení dítěte. Jsou interdisciplinárním tématem, dětský gynekolog je součástí týmu. Podílí se na diagnostice, operační korekci a hormonální substituční terapii s cílem zajištění fyziologických orgánových funkcí a zachování fertility do budoucna.

- Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH, dříve adrenogenitální syndrom, pseudohermafroditismus femininus), 46, XX, následek autozomálně recesivně dědičného enzymatického defektu vedoucího k poruše syntézy steroidních hormonů. Vede k různému stupni maskulinizace zevního genitálu (Prader I–V).
- Syndrom smíšené dysgeneze gonád 46, XY/45, X, vede k maskulinizaci genitálu, jednostrannému chybění dělohy a vejcovodu, dysgenetické gonády jsou rizikové z hlediska malignizace, proto vždy provádíme gonadektomii. Po úpravě genitálu a následné hormonální substituci lze dovést pacientku do programu IVF s darovaným oocytem.
- Ovotestikulární DSD (hermafroditismus verus) – genitál je oboupohlavní, v mnoha možných variacích, jsou přítomny obě pohlavní žlázy. Při řešení stavu se volí individuální přístup, o pohlaví rozhoduje zpravidla jednodušší typ úpravy genitálu a zařazení do běžného života.

2. Vývojové vady odvodných pohlavních cest vyplývají z embryonálního vývoje. Vyvíjejí se sestupem a splýváním dvou parametonefrických Müllerových vývodů, pro které jsou ovšem zásadní důležitou vodicí strukturou mezonefrické Wolffovy vývody, které také indukují vznik ledvin. Proto mohou být VVV současně na obou soustavách, tj. močové i pohlavní. Podle mechanismu vzniku je dělíme na typy horizontální, vertikální a kombinované.

- **Horizontální** – *gynatrezie* – nejčastější malformace rodidel jsou vady průchodnosti s přítomností překážky v různé výši odvodných pohlavních cest. Suspekci na

tuto vadu lze vyslovit již u novorozence, chybí-li hlen v introitu poševním. Konečná diagnóza a řešení probíhá až v adolescenci. Podle výšky překážky a následné retence menstruační krve je dělíme na:

- Hymenální atrezie s hematokolpos, mukokolpos či pyokolpos – neprůchodná panenská blána se projevuje v adolescenci cyklickými, postupně se zhoršujícími bolestmi břicha u dívky s rozvinutými sekundárními pohlavními znaky, která ještě nikdy nemenstruovala. Bimanuálně palpujeme různě velikou fluktuující ovoidní rezistenci zasahující kaudálně k hrázi, při zvýšení nitrobršíšního tlaku lze ve vestibulum vaginae pozorovat promodrávající vyklenutí. Může zahrnovat kromě hematokolpos také hematometru, komplikující jsou hematosalpingy s následnými adhezemi a primární sterilitou. Mukokolpos pozorujeme u novorozenců, kdy pochva je naplněna hlenovitým bělavým sekretem tvořeným hlenem z hrdla děložního a odloupanými epitelii z pochvy a vyklenuje neperforovaný hymen v introitu poševním. Popsané útvary mohou imitovat tumory. Problémem mohou být retence moče nebo ischuria paradoxa, neboť naplněná pochva, ev. i děloha, působí útlakem okolí jako překážka močení. Řešení je chirurgické, výhodněji až v dospívání. Spočívá v dostatečné discizi hymenu s evakuací retinovaného obsahu, následnou drenáží a zajištěním trvalé průchodnosti. Jedině pokud je mukokolpos překážkou močení, řešíme tento stav už u novorozence.
- Parciální aplazie pochvy s hematokolpos partialis – stav, kdy je překážka výše nad introitem poševním, není vytvořena dolní část pochvy a menstruační krev stagnuje nad překážkou. V diagnóze pomůže palpační vyšetření a sonografie. Provádíme kolpostomii, při které poševní stěny stáhneme kaudálně a vyústíme na sliznici vchodu poševního.
- Aplazie pochvy a děložního hrdla s hematometrou – izolovaná hematometra při chybění pochvy a hrdla děložního je vzácná VVV, která se řeší brzy po menarche individuálním operačním postupem se snahou zachovat fertilitu, tedy vytvořením hrdla děložního a neoplastikou pochvy vaginálně nebo kombinovaným abdominovaginálním přístupem.



- **Vertikální – zdvojené malformace derivátů Müllerových vývodů.** Jednoplášťové vady jsou prezentovány jedním děložním tělem s kompletním nebo inkompletním septem v dutině děložní a řeší se vaginálním přístupem hysteroskopicky. Dvoupplášťové vady mají tvarově odlišnou dělohu, jsou zpravidla klinicky němé a nepůsobí obtíže.
- **Kombinované (atrezie a zdvojení) – syndrom inkompletního zdvojení vnitřních rodidel –** primárně způsobeny poruchou jednoho Wolffova vývodu, na postižené straně chybí ledvina a ureter, Müllerovy vývody nesplynou a na téže straně se nenapojí na kloaku. Máme tři stupně dle výšky postižení hemihematokolpos, hemihematometru nebo hematometru v rudimentárním rohu dělohy. V tomto případě není diagnóza snadná, dívka totiž menstruuje, přesto má cyklické zhoršující se bolesti v podbřišku. V páni se hromadí krev v atretické struktuře a vzniká cystická rezistence. Chybění jedné ledviny při sonografii je pomůckou ke správné diagnóze. Pokud je pediatrovi známo, že dívka nemá ledvinu, je vhodné v pubertě vyšetření dětským gynekologem k brzkému objasnění stavu a jeho správnému vyřešení, tj. vaginálně provedené resekci přepážky (vytvoření komunikace) mezi průchodným a neprůchodným orgánem.
- **Aplazie dělohy a pochvy** (syndrom Rokistanského, Küsterův, Mayerův a Hauserův) je VVV distálních částí Müllerových vývodů, při které chybí děloha a pochva, vaječníky jsou funkční. Prezentuje se primární amenoreou u dívky s normálně vyvinutými sekundárními pohlavními znaky. K umožnění kohabity se vytváří neovagina, z hlediska fertility je nadějí transplantace dělohy nebo surrogátní mateřství.

■ Nepravé nádory (pseudotumory) vulvy a pochvy

Řadíme k nim stavy a afekce, které mohou být za nádor považovány.

- **Cystis paraurethralis** je retenční cista v blízkosti ústí močové trubice, ošetření spadá do kompetence urologa.
- **Cystis hymenalis**, velikosti 5–10 mm, má serózní obsah a nízkou výstelku, lokalizována je na okraji panenské blány, nejčastěji vzadu. Obvykle se vyskytuje u novorozenců, po odeznění hormonální novorozenecké reakce se ztrácí, pokud je překážkou, lze ji ligovat a snést. Podobně se může prezentovat mukokolpos, pyokolpos či hematokolpos, které jsou následkem atrezie hymenalis, při které ale nelze pochvu nasondovat (viz odstavec vrozených vývojových vad).
- **Fimbria polyposa hymenis**, lokalizovaná taktéž nejvíce na zadním okraji hymenu, bývá i několik cm dlouhá, vlivem působení estrogenů zvýrazněná u novorozenců. Zpravidla obtíže nezpůsobuje, ale může být zraňována kontaktně a krvácet, proto je možné ji ligovat, sama se do týdne po nekrotizaci odloučí.
- **Cysta nebo absces glandulae Bartholini** v dolní třetině velkého stydkého pysku, u dětí jsou vzácné.
- **Pouřazový neošetřený hematoma** může imitovat nádor, řešení je chirurgické.
- **Přidatná mamma** nebo mammilla vyskytující se v průběhu mléčné lišty v čáře axilolinguální.
- **Inguinální kýla**, jejímž obsahem může být i pohlavní žláza (cave i varle u syndromu androgenní insenzitivity), retinovaná gonáda může být i dysgenetická, řešení je chirurgické.
- **Hypertrofie labiorum minorum**, mnohdy jednostranná nebo asymetrická, je bez problémů identifikovatelná. Plastická úprava malých stydkých pysků je možná až po úplném ukončení pohlavního dozrání.
- **Cystis vaginalis** je útvar vzniklý ze zbytků embryonálních struktur, nejčastěji z Gartnerova kanálku (zbytek Wolffova vývodu) nebo zakrnělé části pochvy při jejím neúplném zdvojení u nesplynutí Müllerových vývodů. Zpravidla nejsou objemné a nečiní obtíže, bývají vedlejším nálezem při vaginoskopii. Výjimečně je nutné chirurgické řešení marsupializací či extirpací.
- **Jednostranný edém labia majora pudendi** se zarudnutím/bez zarudnutí a s tužší spodinou můžeme pozorovat při kožní formě Crohnovy choroby, bývá i prvním projevem nemoci a vyskytuje se někdy několik let před gastrointestinálními příznaky. Diagnóza z biopsie postižené tkáně je histologická, léčba systémová.
- **Prolaps močové trubice** spontánní nebo traumatický (po tvrdém dopadu s plným močovým měchýřem – často při skocích na trampolíně), je patrný interlabiálně jako kroužek světle červené až lividní

tkáně. Způsobuje krvácení, dysurii či polakisurii, léčba patří do rukou urologa.

■ Benígní nádory zevních rodidel a pochvy

- **Kožní névy** dispenzarizujeme, měříme velikost, pozorujeme změny, ev. při obtížích odstraňujeme.
- **Lipom, fibrom, aterom, hydradenom, epidermoidní cista vulvy** – nádory vycházející z kožních adnex a podkožních tkání, obvykle nepůsobí obtíže a jsou nalezeny náhodně. Je-li to nutné, většinou z důvodu velikosti či dráždění v exponovaném místě, provádíme chirurgickou exstirpaci.
- **Hemangiomy** jsou dispenzarizovány specialistou dermatologem, často regredují spontánně v předškolním věku, rizikové jsou krvácením při místním dráždění.
- V pochvě se benígní nádory v dětském věku nevyskytují, ale je třeba zmínit prekancerózu, jíž je adenositis vaginae. Jde o prominující tužší ložiska hlenotvorného cylindrického epitelu vznikající ze zbytků Müllerových vývodů exponovaných působením estrogenů v průběhu vývoje pochvy, lokalizovaná nejčastěji v její horní třetině. Nacházíme je u novorozenců, v období pohlavního dospívání a často u dívek s gynaeziemi. Dívky dispenzarizujeme, vaginoskopicky sledujeme do úplného vymizení ložisek, při jejich perzistenci lze použít kauterizaci.

Maligní nádory zevních rodidel a vulvy nejsou předmětem tohoto sdělení.

■ Literatura

- Hořejší J, Kosová H a kol. Dětská gynekologie. 2. vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 019.22.
- Kosová H, Záněty vulvy a pochvy u dětí a dospívajících, Gynekolog 2/2018, Mladá fronta, a.s.
- Skřenková J. Každodenní problémy v ambulanci dětského a dorostového gynekologa. Moderní gynekologie a porodnictví 2015; 23: 241–288.
- Skřenková J, Fait T, Synechia vulvae infantum, Česko-slovenská pediatrie, 56, 2001, 5, 281–286.
- Skřenková J, Fait T, Edém vulvy jako první příznak Crohnovy choroby, Česká gynekologie, 71, 2006, č. 4, 348–350.
- Skřenková J, Synechia vulvae infantum – still a problem at the end of the 20th century 8th ed. Praha, ECPAG 2000.



Předčasné ovariální selhání

MUDr. Helena Neumannová, MUDr. Monika Müllerová

Gynekologicko-porodnická klinika Nemocnice Na Bulovce, Praha

Předčasné ovariální selhání je heterogenní onemocnění, které přináší řadu zdravotních rizik. Musíme myslet na to, že nasazení antikoncepce u dospívajících dívek může toto onemocnění dlouhodobě maskovat. Metody asistované reprodukce přinášejí naději na vlastní dítě i ženám s předčasným ovariálním selháním. Substituce hormonálního deficitu je důležitá pro odstranění nepříjemných pocitů spojených s předčasným ovariálním selháním i pro snížení rizika pozdních následků.

Klíčová slova

předčasné ovariální selhání, hypergonadotropní hypogonadismus, amenorea, gonádová dysgeneze, kryoprezervace

Premature ovarian failure

Summary

Premature ovarian failure is a heterogeneous disease that brings about several health risks. We must consider that the use of contraception in adolescent girls can mask this disease for a long time. Assisted reproductive technology has brought hope to women with premature ovarian failure to have their own child. Substitution of hormonal deficiency is important for eliminating unpleasant feelings associated with premature ovarian failure as well as for reducing the risk of late effects.

Keywords

premature ovarian failure, hypergonadotropic hypogonadism, amenorrhea, gonadal dysgenesis, cryopreservation

Definice

Předčasné ovariální selhání (POF – premature ovarian failure) je onemocnění, pro které se v literatuře vyskytuje řada názvů. Jako první byl popsán termín primární ovariální insuficience (POI – primary ovarian insufficiency) Fullerem Albrightem v roce 1942. Albright ho charakterizoval jako onemocnění s vysokými „postmenopauzálními“ hladinami folikulostimulačního hormonu (FSH) a zároveň s nízkými hladinami estrogenů a amenoreou u mladých žen (6). Incidence předčasného ovariálního selhání neustále vzrůstá. V současné době postihuje asi 1 % žen před 40. rokem věku, 0,1 % žen před 30. rokem věku a 0,01 % žen ve věkové skupině do 20 let.

Předčasné ovariální selhání je definováno jako předčasná porucha funkce vaječníků, charakterizovaná nepřítomností menarche (primární amenoreou) nebo sekundární amenoreou trvající nejméně 4 měsíce, spojenou se ztrátou folikulů před 40. rokem věku. Její sekundární klinickou manifestací je hypergonadotropní hypogonadismus. V laboratorním nálezu je POF charakterizováno sníženou koncentrací ovariálních hormonů (estradiol, AMH – antimülleriánský hormon, inhibin B) a zvýšenou koncentrací gonadoliberinů (FSH, LH) ve dvou po sobě jdoucích odběrech. Asi u 5–10 % žen se může jednat o přechodný stav a je popisováno i spontánní otěhotnění (6, 12).

Etiologie

Předčasné ovariální selhání je z hlediska etiologie značně heterogenní onemocnění. Současné poznatky o etiopatogenezi onemocnění poukazují na několik skupin příčin. Přesný mechanismus vzniku POF je však dosud neznámý a až u 50 % patientek s předčasným ovariálním selháním zůstává příčina onemocnění neobjasněna (8). Mezi základní příčiny vzniku POF patří chromozomální poruchy, autoimunitní onemocnění a iatrogenní vlivy, kam řadíme především gonadotoxický účinek léčby nádorových onemocnění, účinek imunosupresivní léčby autoimunit a po transplantacích, chirurgické zákroky na vaječnících a účinek toxických látek z prostředí (kouření, vliv těžkých kovů, rozpouštědel, pesticidů apod.) (7). Manifestace POF v období před menarche je především důsledkem chromozomálních abnormalit nebo iatrogenních vlivů (především aplikace protinádorové léčby či chirurgických zákroků v malé pánvi). Krátce po menarche se manifestuje POF zejména v důsledku gonádové dysgeneze. Ve vyšším

věku se na POF nejvíce podílejí autoimunitní poruchy (8).

Chromozomální poruchy

U žen s hypergonadotropním hypogonadismem mladších 30 let se doporučuje vyšetření karyotypu (1, 7). Nejčastějšími příčinami jsou abnormality chromozomu X. Mezi ně řadíme Turnerův syndrom, mozaicismus 45X, delecii a translokaci chromozomů a syndrom fragilního X.

Turnerův syndrom je porucha, při které chybí nebo je defektní jeden chromozom X. Ovaria jsou u těchto žen založena normálně, dochází však k rychlé ztrátě folikulů. Rychlost ztráty závisí na stupni genetické poruchy. U klasického Turnerova syndromu 45X se ovaria do 10 let věku změní ve vazivové proužky. Ženy s mozaikou Turnerova syndromu mohou mít menarche a několik let pravidelně menstruat (5).

Druhou nejčastější příčinou POF je premutace genu FMR1 uloženého na chromozomu X. Samotná mutace genu FMR1 je zodpovědná za syndrom fragilního X (1). Jedná se o onemocnění, pro které je specifická abnormalita, a to fragilita v části dlouhých ramen chromozomu X. Je nejčastější genetickou příčinou mentální retardace a ženy s tímto onemocněním trpí předčasným ovariálním selháním až ve 25 % (8). Další možnou příčinou POF jsou polyzomie pohlavních chromozomů (47XXX, 48XXXX, 49XXXXX) a jejich mozaiky (46XX/47XXX). Se vzrůstajícím počtem chromozomů X klesá intelekt a sociální dovednosti.

Autoimunitní onemocnění

Další příčinou rozvoje POF mohou být autoimunitní mechanismy nebo přímo autoimunitní onemocnění. Uvádí se, že přibližně 15–20 % případů POF lze přičíst autoimunitám (1). Jedná se o postižení ovarií v rámci polyglandulárních syndromů (autoimunitní tyreoiditida, diabetes mellitus I. typu, hypoparatyreóza apod.), kdy jsou nacházeny cir-



kulující protilátky proti steroidogenním buňkám. Vzácnou příčinou POF jsou protilátky proti receptoru FSH, ovarium je rezistentní na vysoké koncentrace FSH. K postižení ovarií může také dojít při systémových autoimunitách, jako je lupus erythematosus, revmatoidní artritida, myastenia gravis, alopecie, vitiligo atd. Stejně tak léky používané v léčbě systémových autoimunit mohou vést k postižení funkce ovarií, proto je někdy velmi složité odlišit základní příčinu (1, 2).

Iatrogenní vlivy – gonadotoxický účinek léčby nádorových onemocnění

Až 10 % žen, u kterých je zjištěna malignita, se nachází ve fertilním věku. U 70–90 % těchto žen patří POF mezi dlouhodobé následky chemoterapie, radioterapie či kombinace obou léčebných modalit (10). Chemoterapie může způsobit poškození ovarií dvěma mechanismy, a to postižením maturace folikulů nebo ztrátou primordiálních folikulů, popř. obojím. Existují dvě základní prevence poruchy ovariálních funkcí u onkologických pacientek. První možností je farmakologická ochrana ovarií pomocí aplikace analog GnRH. Další možností je kryoprezervace embryí, oocytů nebo ovariální tkáně před zahájením chemoterapie (10, 11). Mezi iatrogenní příčiny poškození ovariálních funkcí dále řadíme poškození ovarií během chirurgických zákroků v malé pánevi, a proto je třeba se na provedené operace při odběru anamnézy aktivně ptát.

Příznaky

Základním klinickým příznakem pro předčasné ovariální selhání je nepřítomnost menstruace (amenorea) – nepřítomnost menarche do 15. roku věku dívky (primární amenorea) nebo ztráta menstruace minimálně na 4 a více měsíců (sekundární amenorea) u dívky či ženy, která již menstruovala. Klinický obraz se liší především podle věku v době stanovení diagnózy (1, 2). Pokud se jedná o selhání funkce vaječníků ještě před nástupem puberty, je dominantním příznakem nepřítomnost pubertálního vývoje a s tím spojená primární amenorea. V klinickém obraze je charakteristická nepřítomnost vývoje sekundárních pohlavních znaků. Může však být přítomen mírný hirsutismus vyvolaný účinkem adrenálních androgenů. Při ultrazvukovém vyšetření nejčastěji nacházíme hypoplastickou dělohu a ovariální tkáň bez jakékoliv folikulární aktivity (1, 6). Pokud dojde k selhání funkce vaječníků v období po pubertě, je

klinický obraz předčasného ovariálního selhání charakterizován typickou manifestací klimakterického syndromu stejného jako u fyziologické menopauzy (6).

Diagnostika

Do diagnostického algoritmu předčasného ovariálního selhání patří získání podrobné anamnézy, fyzikální a klinické vyšetření gynekologem včetně ultrazvukového vyšetření malé pánve. Z laboratorních vyšetření pak odběr základního hormonálního profilu (FSH, LH, estradiol, prolaktin, AMH), vyšetření štítné žlázy (TSH, fT4), vyšetření hormonů nadledvin a markerů autoimunitních onemocnění. U žen mladších 30 let je doporučeno vyšetření karyotypu. Ze zobrazovacích metod lze kromě ultrazvukového vyšetření malé pánve a břicha využít také magnetickou rezonanci k vyloučení léze hypofýzy. Z dalších pomocných vyšetření se uplatňuje například densitometrie ke stanovení hustoty kostní hmoty.

Diferenciální diagnostika

Při diagnostice POF je nutné vyloučit všechny ostatní příčiny amenorey. Dále se může jednat o postižení hypofýzy (adenomy s nadprodukcí hormonů, nejčastěji prolaktinom, afunkční adenom utlačující stopku hypofýzy nebo onemocnění poškozující funkci hypofýzy). U těchto stavů jsou nacházeny normální nebo snížené koncentrace gonadotropinů. Vhodným vyšetřením k upřesnění diagnózy je provedení MRI tureckého sedla. Další příčinou může být hypotalamická amenorea indukovaná stresem, intenzivním cvičením, váhovým úbytkem, mentální anorexií či bulimií, obezitou, závažným systémovým onemocněním (renální insuficience, jaterní poruchy, kardiální insuficience, chronické střevní záněty). V těchto případech bývají nalezeny normální nebo mírně snížené koncentrace gonadotropinů. U pacientek s primární amenoreou je nutné vyloučit vývojové poruchy a poruchy pohlavní diferenciace. Až 10 % primárních amenoreí je zapříčiněno syndromem testikulární feminizace (7, 8).

Léčba

Péče o pacientku s předčasným ovariálním selháním zahrnuje dvě základní oblasti. První je substituce hormonálního deficitu, tedy léčba symptomů spojených s POF a předcházení jeho pozdním následkům. Druhou oblastí je léčba neplodnosti (1, 6).

Substituce hormonálního deficitu

Přístup k nahrazení hormonálního deficitu u žen s POF musí být komplexní a zohledňovat příčinu rozvoje POF, věk pacientky, potíže pacientky a její osobní preference (2). K léčbě hormonálního deficitu lze využít kombinovanou orální kontracepci (COC – combined oral contraception) nebo hormonální substituční terapii (HRT – hormonal replacement therapy) (1, 2). Z dlouhodobých studií se zdá HRT pro terapii POF výhodnější než COC, především pro nižší množství estrogenů obsažené v HRT a její menší metabolický vliv zejména na parametry hemokoagulace a metabolismus sacharidů. Pacientce je třeba podrobně vysvětlit rizika spojená s hormonálním deficitem a také rizika a prospěch při užívání substituce.

Léčba neplodnosti

Nejspolehlivější a nejúspěšnější metodou dosažení těhotenství u žen s POF je *in vitro* fertilizace s využitím darovaného oocyty spolu s estrogen-gestagenní přípravou endometria. V řadě zemí je ale z náboženských, právních či etických důvodů darování oocytů prakticky nemožné. Stimulace ovulace gonadotropiny je u žen s POF neúčinná (13). V centrech asistované reprodukce se u žen s POF udává úspěšnost početí s darovaným oocytem 40–50 % na cyklus (12). U 5–10 % žen zůstává šance na spontánní otěhotnění (6, 12). Tato šance je závislá především na etiologii vzniku předčasného ovariálního selhání u dané pacientky. Druhou rovinou problematiky v oblasti neplodnosti je péče o ženy, které podstupují léčbu pro nádorové onemocnění, která s sebou nese riziko rozvoje POF. Pro tyto pacientky existuje několik přístupů k zachování možnosti těhotenství v budoucnosti. Jedná se o farmakologickou ochranu gonád pomocí analog GnRH a také kryoprezervace embryí, ovariální tkáně nebo oocytů. Kryoprezervace embryí je nejčastěji používanou metodou pro zachování plodnosti. Nevýhodou této metody je nutnost stimulace ovarií, a tím posunutí onkologické léčby o 2–3 týdny, proto je nevhodná u nemocí, kde je nutné zahájit léčbu co nejdříve. Neméně závažným legislativním a etickým omezením je nutnost existence partnera pacientky, který musí písemně souhlasit s poskytnutím spermií a jejich následným použitím (15). Relativně novou možností pro mladé dívky či ženy bez partnera je kryoprezervace oocytů. Oocyt je největší a nejvodnatější buňka v lidském těle, proto mrazení a uchovávání lidských oocytů nebylo dlouho úspěšné. S rozvojem



metody vitrifikace má v současné době kryoprezervace oocytů vysokou úspěšnost (1, 10). Vitrifikace je metoda ultrarychlého mražení, kdy se vzorek ponoří do tekutého dusíku o teplotě -196°C , čímž dojde k přechodu vzorku z tekutého do pevného stavu bez tvorby krystalů (15). Kryoprezervace ovariální tkáně je vhodná i u prepubertálních dívek. Odběr ovariální tkáně se provádí většinou laparoskopicky. Odebírá se část ovariální kůry, která obsahuje největší koncentraci folikulů. Rozmrazené proužky kortexu mohou být použity pro ortotopickou transplantaci, kdy ukládáme štěp do malé pánve, nebo heterotopickou transplantaci, kdy se štěp ukládá do podkoží, nejčastěji předloktí či podbřišku (15). Pokud je transplantace úspěšná, obnoví se ovariální a endokrinní funkce štěpu za 4–5 měsíců (16). Tato metoda však s sebou nese i riziko relapsu onkologického onemocnění, tak jak je například popsáno u leukémie, kde hrozí riziko metastatického postižení ovariální tkáně již v době stanovení diagnózy leukémie (10, 11). Nevýhodou je také limitovaná doba funkčnosti štěpu z důvodu zjištění a odhojení tkáně. Každý případ je vždy nutné řešit individuálně ve spolupráci gynekologa a onkologa. Celosvětově je dokumentováno více než 100 narozených dětí a ve velkých centrech asistované reprodukce se stává tato metoda rutinní (14).

Seznam použitých zkratk

AMH – anti-Müllerian hormone
COC – combined oral contraception
FMR1 gen – Fragile X mental retardation gene
FSH – follicle-stimulating hormone
GnRH – gonadotropin releasing hormone
hCG – human chorionic gonadotropin
HRT – hormone replacement therapy
LH – luteinising hormone
MRI – magnetic resonance imaging
MRS – menopause rating scale
POF – premature ovarian failure
POI – primary ovarian insufficiency
SHBG – sex hormone binding globulin
TSH – thyroid-stimulating hormone

Literatura:

1. Santoro N, Cooper A. Primary Ovarian Insufficiency – A Clinical Guide to Early Menopause. Springer 2016. ISBN 978-3-319-22490-9.
2. Sultan C, Genazzani AR, eds. Pediatric and Adolescent Gynecological Endocrinology. Frontiers in Gynecological Endocrinology,

- Vol 4. Springer, 2017, pp. 68–96, 181–192. ISBN 978-3-319-41431-7.
3. Hořejší J a kol. Dětská gynekologie. Mladá fronta 2017, s. 47–57, 148–158. ISBN 978-80-204-4027-3.
4. Sultan C, ed. Pediatric and Adolescent Gynecology: Evidence-Based Clinical Practice. Karger, 2012, pp. 82–104. ISBN 978-3-805-59336-6.
5. Zapletalová J, Lebl J, Šnajderová M, a kol., Turnerův syndrom. Galén 2003, s. 67–97, 117–129. ISBN 80-7262-204-8.
6. Nelson L. Primary ovarian insufficiency. N Engl J Med. 2009; 360: 606–614.
7. Shorge J, et al. Williams Gynecology. McGraw-Hill, 2008, pp. 369–381. ISBN 978-0-07-147257-9.
8. Kolařík D. Repetitorium gynekologie. Maxdorf, 2008, pp. 306–355, ISBN 978-80-7345-138-7.
9. Fait T, Zikán M, Mašata J. Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví. Maxdorf, 2014, s. 62–67, 122–135. ISBN 978-80-7345-403-6.
10. Huser M, Juránková E, Crha L, et al. Fertility preservation strategies in women undergoing chemotherapy for haematological malignancy. Eur Clin Obstet Gynaecol. 2008; 2: 77–81.
11. Huser M, Juránková E, Crha L a kol. Kryokonzervace ovariální tkáně – šance na záchranu fertility žen s nádorovým onemocněním. Čes Gynekol. 2007; 72: 68–73.
12. Altchek A, Deligdisch L. Diagnosis and management of ovarian disorders, New York Academic Press, 2003, pp. 169–179.
13. Hudeček R, Ventruba P, Crha I a kol. Terapeutické možnosti asistované reprodukce u perimenopauzálních žen. Praktická Gynekologie, 2006; 10: 105–107.
14. Donnez J, Silber S, Andersen CY, et al. Children born after autotransplantation of cryopreserved ovarian tissue. A review of 13 live births. Ann Med. 2011; 43: 437–450.
15. Huser M, Žáková J, Crha I a kol. Kryokonzervace ovariální tkáně u onkologických pacientek – 6 let klinických studií. Čes Gynekol. 2012; 77: 118–122.
16. Řezáčová J et al. Reprodukční medicína, 2018, s. 447–454. ISBN 978-80-204-4657-2

Autor práce prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku není ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou. Toto prohlášení se týká i všech spoluautorů.

Na jižní Moravě je 40 % pediatriů starších 60 let

V Jihomoravském kraji je 40 % lékařů pro děti a dorost a třetina praktických lékařů starších 60 let. Novinářům to včera v Brně na konferenci Zdraví a zdravotnictví Jihomoravského kraje v číslech řekl ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR Ladislav Dušek. Pokud tito lékaři během pěti let odejdou, může péče podle Duška zkolabovat. Ústav pro kraj vypracoval analýzu zdravotnictví. Kraj výstupy zařadil do nové koncepce zdravotnictví, kterou chce schválit do konce roku. S obdobnými problémy se potýkají i další kraje v ČR. Dušek na konferenci uvedl, že jihomoravské a brněnské zdravotnictví je na velmi vysoké úrovni, přesto se dá najít spousta problémů. „Jihomoravské a brněnské zdravotnictví je suprově vybavené. Na žádném z míst, kde jsem pracoval, není zdravotnictví tak vybavené a s takovou koncentrací přístrojů. Je tam mnoho dobrého, ale také spousta negativ,“ uvedl Dušek, který působil v USA nebo Švýcarsku.

Podle něj populace v kraji stárne. Z 1,2 milionu obyvatel tvoří pětinu důchodci, v roce 2050 budou tvořit skoro třetinu. Za nejhorší označil tento vývoj u praktických lékařů a pediatriů. „Třetina praktických lékařů je ve věku 60 a více let, stejně jako 40 % lékařů dětí a dorostu. Takže až oni odejdou, péče může zkolabovat,“ řekl Dušek. V analýze, kterou vytvořil ústav pro Jihomoravský kraj, uvedl například to, že se v kraji prodloužila délka života, posunul se průměrný věk matky při narození dítěte, že má kraj výkonnou záchrannou službu nebo že je region druhý hned za Prahou v počtu akutních lůžek na 1 000 obyvatel. Na druhé straně má jižní Morava nejméně lůžek následné péče na 1 000 obyvatel. Podle Duška data slouží k tomu, aby s nimi někdo pracoval. „Informace jsou natolik zásadní, že jsme je použili nejen do koncepce zdravotnictví, kterou jsme vytvářeli, ale také to bude mít odraz ve strategickém plánu kraje,“ uvedl krajský radní pro zdravotnictví Milan Vojta (ANO). Podle něj je velkým problémem nejen jihomoravského zdravotnictví personální oblast. Kraj se snaží problém řešit například stipendiem pro studenty zdravotních oborů.

Zdroj: www.mediprofi.cz, 22. 10. 2019



Záněty vnitřních rodidel

MUDr. Dana Ondrová Ph.D., MBA, IFEPA

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Mezi záněty vnitřních rodidel řadíme celé spektrum zánětů, které postihují vnitřní pohlavní ústrojí ženské reprodukční soustavy.

■ 1.1 Zánět děložního hrdla – cervicitis

Zánět děložního hrdla se v dětském věku nevyskytuje jako samostatné onemocnění. Obvykle se zánětlivé změny na hrdle přidružují k vulvovaginitidě. Cervicitidu diagnostikujeme při vaginoskopickém vyšetření nebo u starších dívek při vyšetření v poševních zrcadlech. Sliznice hrdla děložního je zduřená, rozbrázděná, je na ní patrná zmnožená cévní kresba a drobné slizniční petechie. Takové zánětlivé změny jsou ještě výraznější na terénu kongenitální ektopie cylindrického epitelu. Křehkost a hyperémie zanícené sliznice způsobuje kontaktní krvácení a je příčinou toho, že fluor bývá zakrvavělý. Laboratorní diagnostika a terapie je obdobná jako u vulvovaginitidy. Je vhodné odebrat mikrobiální poševní obraz a kultivaci. Dle zjištěného nálezu pak nasadit cílenou lokální léčbu. Při torpidní cervicitidě je nutné kromě lokální léčby léčit zánět i celkově podáváním ATB perorálně.

■ 1.2 Zánět děložního těla

Zánět děložní sliznice (endometritis), svaloviny děložní (myometritis) nebo celé dělohy (metritis) jako samostatné onemocnění známe zejména u dospělých pacientek, převážně v souvislosti s gestací (po porodu, potratu nebo při komplikaci s nitroděložním tělískem – IUD). V dětském věku se zánět dělohy vyskytuje minimálně. Se známkami endometritidy se můžeme setkat při diagnóze juvenilní metroragie. Tato diagnóza může být endometritidou vzácně vyvolaná, častěji jen juvenilní metroragii komplikuje a zhoršuje. Proto u diagnózy juvenilní metroragie, která nereaguje na obvyklou hormonální terapii, nasazujeme ATB.

■ 1.3 Zánět vaječníku a vejcovodu – adnexitis

Zánětem může být postiženo ovarium (oophoritis) i vejcovod (salpingitis). Oba orgány

jsou anatomicky velmi blízko, mají společné cévní zásobení i lymfatickou drenáž. Proto zánět postihuje zpravidla oba orgány společně a je klasifikován jako zánět děložních přívesků – adnexitis.

V ambulancích pro dětskou gynekologii v posledních letech pozvolna narůstá počet vyšetřovaných a následně léčených pacientek se záněty děložních přívesků. Zpravidla postihuje dívky, které prošly nebo procházejí pubertou, jež je charakterizována akcelerací vývoje vnitřních rodidel se zvýšením jejich prokrvení a vnímavostí k usídlení zánětu. Dívky ve věku 15–19 let jsou často hospitalizovány pro zánět malé pánve. V klidovém období se ale toto onemocnění nejčastěji vyskytuje jako součást jiného zánětlivého procesu v malé pánvi, např. appendicitidy. Vzhledem k tomu, že záněty dělohy a adnex jsou často společné, i když s predominancí jednoho orgánu, je proto vhodné používat anglický termín pelvic inflammatory disease (PID).

■ 1.4 Etiopatogeneze

Infekce přestupuje na adnexa několika možnými cestami. Nejčastěji z gastrointestinálního traktu, ascenzí z nižších partií rodidel nebo metastaticky krevní cestou při jiném zánětlivém onemocnění. Ze střevního traktu přechází infekce nejčastěji z appendixu postiženého zánětem několika možnými cestami:

- Per kontinuitatem z appendixu v positisio pelvina, který svým hrotem dosahuje pravých adnex.
- Lymfaticky mezi appendixem a adnexy v tzv. Clado-Durandově řase.
- Zatékáním výpotku ne zánětlivě změněné serózy appendixu do malé pánve s následnou možnou tvorbou adhezí v podobě perisalpingoophoritis s častým následkem okluze vejcovodu.

Ascendentní adnexitis vzniká ascenzí infekce z pochvy. Po zahájení pohlavního života riziko vzniku zánětlivého onemocnění adnex stoupá. Zánět v malé pánvi je obvykle polymikrobiální onemocnění a může vzniknout také na podkladě pohlavně přenosného onemocnění. Nejčastěji se jedná o *Neisseria gonorrhoeae* a *Chlamydia trachomatis* nebo též anaerobní patogeny. Rizikovými faktory pro vznik zánětu malé pánve jsou věk pacientky nad 15 let a sexuální aktivita.

Hematogenní cestou vzniká adnexitis při jiném zánětlivém onemocnění, např. při *tonsillitis chronica* nebo u stavů se sníženou imunitou. Z možných původců zánětu adnex nejčastěji předpokládáme kmeny *Escherichia coli*, *proteus*, enterokoky a stafylokoky. Kultivační nálezy z pochvy a děložního hrdla jsou shodné s kultivačními nálezy na adnexech v 50–70 %.

■ 1.5 Klinický obraz a diagnostika adnexitis

Konstantním projevem a nejdůležitějším subjektivním steskem u adnexitid je bolest, častěji ale jen pobolívání v podbřišku, lokalizovaná nejčastěji vpravo nebo do celého podbřišku, pouze ojediněle vlevo. Dospívajícími dívkami je popisována jako opakované pobolívání v podbřišku se zvýrazněním při změnách polohy, pohybech či otřesech. Často bolesti iradizují do křížové oblasti a do stehů. Menstruace při adnexitidě bývá bolestivější ve většině případů, a to i u dívek, které dysmenoreou netrpí.

Dalším příznakem pro adnexitidu je zvýšená tělesná teplota v podobě nepravidelně se opakujících subfebrilů trvajících mnohdy i déle než dva týdny. Závažné horečnaté stavy, jaké známe u dospělé populace, jsou při adnexitidách u mladistvých výjimečné. Výtok z rodidel u dospívajících dívek s adnexitidou nacházíme jen někdy, přičemž kultivační nálezy z pochvy nebývají často



u postižených dívek totožné s kulturačními nálezy na adnexech.

Důležité pro diagnostiku zánětu v malé pánvi je palpační vyšetření, ale v počátečních stadiích onemocnění nebývá palpační nález příliš výrazný. Adnexa jsou nejprve jen mírně citlivá, teprve zánětlivá infiltrace a edém vejcovodu či mesovaria umožňuje palpativně bolestivé zduření nebo infiltrát v adnexální krajině, později i rezistenci v podobě zánětlivého adnextumoru. Podle Hořejšího zjišťujeme ve 45 % zduření adnex vpravo, ve 22 % oboustranně a ve 33 % nacházíme převládající nález vlevo.

Součástí gynekologického vyšetření je ultrazvuk malé pánve, který rovněž umožňuje diagnostikovat změny na adnexech a zároveň pak napomáhá při monitoringu efektu následné protizánětlivé terapie.

Nezbytným vyšetřením pro diagnostiku zánětu malé pánve je laboratorní vyšetření. Z laboratorních testů provádíme vyšetření krevního obrazu, sedimentaci erytrocytů, C-reaktivní protein – CRP, interleukin 6 – IL-6, kultivaci pochvy, případně kultivaci z děložního hrdla, u horečnatých stavů pak vyšetření hemokultury. U závažných forem zánětu doplňujeme laboratorní vyšetření o jaterní testy, testy na vyšetření ledvin, iontogram, kultivaci moče a při septických teplotách o hemokulturu. Bohužel u dospívajících patientek se často setkáváme s ne příliš přesvědčivými výsledky těchto vyšetření.

Krevní obraz nebývá většinou u dospívajících při adnexitidě alterován v červené ani v bílé řadě, a to jak při akutní, tak při chronické fázi zánětu. Zrychlená, ale nijak významně, bývá sedimentace erytrocytů. Až při hnisavých abscedujících formách zánětu dosahuje sedimentace vysokých hodnot 100 mm/hod. Spolehlivějším ukazatelem je elevace CRP či elevace IL-6. U recidivujících nebo dlouhodobě probíhajících zánětů nalézáme sideropenii.

Vzhledem k ne příliš přesvědčivým laboratorním vyšetřením při podezření na zánět v malé pánvi u dospívajících dívek často indikujeme diagnostickou laparoskopii. Umožňuje odběr materiálu na kultivaci, rozlišit formu adnexitidy na serózní, adhe-

zivní či abscedující nebo odhalit jiné příčiny pánevních bolestí. Při laparoskopii můžeme vyloučit appendicitidu, adnexální torzi, torzi ovariální cysty nebo vyloučit jiná chirurgická onemocnění.

Na základě laparoskopicky stanoveného gradingu zánětu pak můžeme odhadnout délku a úspěšnost následné léčby s přihlédnutím k riziku tubární sterility v dospělosti. Hnisavý zánět může způsobit zužování lumina vejcovodu až jeho obliteraci. Okluzi tuby často způsobuje konglutinace a adheze fimbrií abdominálního ústí. V tubě se pak hromadí zánětlivý, eventuálně hnisavý exsudát – pyosalpinx, po přeléčení zůstává hydrosalpinx. Postupující hnisavý zánět může vyústit v zánětlivý adnextumor nebo tuboovariální absces. Postižená adnexa mohou být součástí periappendikulárního abscesu, který vznikl po předchozí perforaci appendixu.

Podle délky trvání zánětu, síly jeho průběhu a charakteru nálezu dělíme adnexitidy na akutní a chronické. Akutní je provázena výraznějšími subjektivními obtížemi, především silnými bolestmi trvalého rázu a vyššími teplotami. U dospívajících dívek nemívá však akutní fáze zánětu adnex tak bouřlivý průběh jako u dospělých žen. Charakteristické při palpačním vyšetření je bolestivé zduření vejcovodu a výrazně bolestivé ovarium, nicméně palpační nález bývá chudší než u dospělých.

Není-li akutní fáze zánětu včas diagnostikována a adekvátně léčena, přechází zpravidla do **chronické fáze**, při které jsou subjektivní potíže méně výrazné, ale palpační nález naopak větší. Záněty v malé pánvi se podle závažnosti dělí do čtyř stupňů (podle Modífa):

- Prostý zánět vejcovodu
- Zánět adnex s příznaky pelveoperitonitidy
- Zánět s pelveoperitonitidou a tuboovariálním abscesem
- Ruptura tuboovariálního abscesu se zánětem peritonea

■ 1.6 Terapie

Léčba zánětu adnex u dospívajících závisí na nálezu a klinickém průběhu.

Adnexitis acuta

Léčíme převážně antibiotiky a chemoterapeutiky, která podáváme parenterálně

cestou. Většinu zánětů léčíme, aniž známe kultivaci a citlivost. Proto volíme preparáty, které jsou účinné na střevní flóru včetně anaerobní, streptokoky a stafylokoky. Léčba trvá většinou více než deset dní, s výhodou za hospitalizace. Mezi nejčastěji podávaná antibiotika a chemoterapeutika v dětské gynekologii patří amoxycilin s kyselinou klavulanovou, cefalexin, doxycyklin, klindamycin a azitromycin.

V klinické praxi dáváme přednost kombinaci výše uvedených preparátů s metronidazolem, které jsou velmi účinné u anaerobních infekcí. Strategii léčby volíme ale vždy po předchozí konzultaci s antibiotickým centrem. Vzhledem k tomu, že palpační nález odeznívá pozvolna a většinou přetrvává ještě po skončení ATB léčby, doplňujeme léčbu o tzv. resorpční terapii nesteroidními antiflogistiky (ibuprofen, indometacin, diclofenac).

U závažných, zejména abscedujících forem zánětu adnex a malé pánve je nutné kombinovat medikamentózní léčbu antibiotiky s operací – nejčastěji laparoskopií. Dle nálezu zvolíme další postup. Vždy se snažíme postupovat pokud možno konzervativně, neradikálně, vyprázdněním hnisavého obsahu, uvolněním adhezí a drenáží. Je nutné podotknout, že u mladých patientek bychom neměli postupovat tak radikálně jako u dospělých žen, s ohledem na zachování jejich budoucí fertility. Měli bychom být konzervativnější a věřit v reparabilitu mladého organismu. Mnohé nálezy řeší gynekolog společně s dětským chirurgem, neboť abscedující formy zánětu u mladistvých vznikají nejčastěji po perforaci appendixu.

Adnexitis chronica

V případě chronického zánětu u dospívajících se jedná o velmi složitou problematiku jak co do diagnostiky, tak léčby. Léčbu chronické formy zánětu řešíme ve spolupráci s ATB centrem, nejčastěji podáváním kombinace antibiotik. Často doplňujeme ATB léčbu o enzymoterapii (Wobenzym) a o resorpční terapii pomocí nesteroidních antiflogistik. Nedílnou součástí léčby chronické adnexitidy, s ohledem na zachování budoucí fertility, je doléčení v lázních – balneoterapie.

Po ukončení léčby pacientky sledujeme v pravidelných intervalech a nejméně po



dobu jednoho měsíce doporučujeme tělesné šetření, osvobozujeme od tělesné výchovy a nedoporučujeme zátěž spojenou s možným prochlazením. Poučení dívek a jejich rodičů o povaze onemocnění je samozřejmostí. Klinika u adnexitid u dětí je mnohem méně výrazná než u dospělých žen, proto se na tuto diagnózu u dětských pacientek nemyslí. Často vídáme, že dívka je při bolestech v podbřišku odesílána k dětskému chirurgovi, od kterého se vrací s negativním nálezem.

Na gynekologii se mnohdy dostane dětská pacientka až po několika měsících obtíží v době, kdy adnexitida přešla do chronického stavu. V této fázi onemocnění je již léčení velmi svízelné, zdlouhavé a vyřazuje dívky ze školní docházky a sportovních aktivit. Někdy následek limituje i výběr povolání (ne práce v chladnu a vlhku, např. ve

skladech a v zemědělství). Není výjimečné, že prodělaná adnexitida v dětství může negativně ovlivnit budoucí fertilitu, což dříve znamenalo trvalou bezdětnost. Dnes se tyto pacientky stávají adeptkami asistované reprodukce. Také mimoděložní těhotenství v dospělosti může být důsledkem prodělané adnexitidy v dětství.

Gynekologické vyšetření by mělo být indikováno u každé dívky s bolestmi či při pobolívání v podbřišku, zvláště pokud se současně vyskytují subfebrilie a jsou elevovány zánětlivé markery. Stejně tak by mělo následovat gynekologické vyšetření u každé dívky po appendektomii, nejpозději do čtyř týdnů po operaci, při komplikovaném průběhu či závažném nálezu při operaci by mělo být gynekologické vyšetření indikováno ještě za pobytu na chirurgii. Tyto dětské pacientky by

měly být odesílány k následné časné balneoterapii.

Následkem chronické nebo opakované adnexitis je, že se adnexa stávají fokusem, který snadno exacerbuje při jakémkoli zánětu v těle. Obecně platí, že pokud má dívka s anamnézou adnexitidy při tonsilitidě nebo otitidě nebo jiném zánětlivém onemocnění současně i bolesti v podbřišku, rozhodně by měla být gynekologicky vyšetřena se zaměřením na možnost exacerbace adnexitis.



Přejeme Vám i Vaším blízkým
příjemné prožití vánočních svátků
a v roce 2020 pevné zdraví,
mnoho štěstí a spokojenosti.

Společnost Orion Diagnostica



Od března 2020 budeme

AIDIAN



Swyerův syndrom – dysgeneze gonád, kazuistiky

MUDr. Helena Neumannová

Gynekologicko-porodnická klinika Nemocnice Na Bulovce, Praha

Swyerův syndrom byl poprvé popsán v roce 1955 Gimem Swyerem. Postižení jedinci mají karyotyp 46 XY, zevní a vnitřní genitál je ženský, fenotypická i psychosexuální identifikace je ženská. Incidence této poruchy je přibližně 1:90 000 živě narozených. U těchto dívek se setkáváme s opožděnou pubertou, primární amenoreou, která je nejčastěji vede k prvnímu gynekologickému vyšetření. V laboratorním vyšetření hormonů hypofýzy zjišťujeme známky hypogonadotropního hypogonadismu (elevace FSH, nízký estradiol). Při ultrazvukovém vyšetření nacházíme malou dělohu a drobné gonády bez folikulární aktivity. Gonády jsou dysgenetické a mají maligní potenciál, proto je indikována gonadektomie. Při genetickém vyšetření zjišťujeme karyotyp 46XY a při molekulárněgenetické analýze v 15–20 % mutaci genu SRY, v ostatních případech je příčina v mutaci jiných faktorů. K nahrazení hormonálního deficitu se používá hormonální substituce nebo kombinovaná orální kontracepce, tato léčba je celoživotní. Jedinou metodou k dosažení těhotenství je *in vitro* fertilizace s využitím darovaného oocyty a estrogen-gestagení přípravou endometria. Tento způsob léčby je v České republice dostupný.

■ Kazuistika 1

16letá dívka, 183 cm, 62 kg, sekundární pohlavní znaky vyvinuty – dle Tanner M3A3PH4, přichází k vyšetření do ambulance dětské gynekologie pro primární amenoreu. Při ultrazvukovém vyšetření se zobrazuje malá děloha 36 × 14 × 21 mm, vlevo se zobrazuje drobné ovarium bez folikulární aktivity, vpravo se ovarium ne-

zobrazuje, ledviny jsou normálního tvaru a uložení. Z laboratorních vyšetření estradiol < 100 nmol/l, FSH 90,6 IU/l, LH 35,6 IU/l, prolaktin 7,6 µg/l, štítná žláza v normě. Karyotyp 46 XY, molekulárněgenetickým vyšetřením byla zjištěna přítomnost genu SRY, ale nebyla zjištěna jeho mutace, genetické vyšetření rodičů prokazuje normální

karyotyp u obou. Pro riziko maligního zvratu dysgenetických gonád byla provedena laparoskopická adnexektomie, histologické vyšetření potvrdilo malé množství vazivové tkáně připomínající vzhled ovariálního stromatu, ve které jsou disperzně umístěné drobné tubuly vzhledu rete ovarii, nález odpovídá obrazu proužkovité gonády.

Obrázek 1 Vyšetření karyotypu dívky



Obrázek 2 Nález při laparoskopii, malá děloha, lištovitá gonáda





Obrázek 3 a 4 LPSK operační nález malá děloha a ovaria s dysgerminomem

Kazuistika 2

Téměř 17letá dívka vyšetřovaná pro primární amenoreu, rok pokus o indukci menstruace opakovaným progesteronovým testem. Zjištěna elevace FSH, nízké LH, karyotyp 46 XY, při magnetické rezonanci břicha zjištěna malá děloha, levá gonáda v pánvi, pravá v tříslu. Provedena laparoskopická oboustranná adnexektomie, v endobagu adnexa odstraněna, při operaci vpravo drobná gonáda, v typické lokalizaci vlevo gonáda 2 × 1 cm. Při histologickém vyšetření zjištěn dysgerminom obou ovaríí, nelze bezpečně stanovit, zda se jedná o bilaterální postižení, nebo metastázu. Klasifikace FIGO IB, pT1bcNOMX, další dispenzarizace na dětské onkologii FN Motol, nyní bez nutnosti další onkologické léčby, trvalá substituce hormonálního deficitu.

Včasnou diagnózou a operační léčbou byla první dívka uchráněna dalších vyšetření i případné onkologické léčby. Při trvalé substituci vede plnohodnotný život, je zubní lékařkou a připravuje se na graviditu v programu asistované reprodukce. Druhá dívka je rok sledována na dětské onkologii v Motole bez nutnosti další léčby. Dalším typem čisté dysgeneze gonád je androgen insensitivity syndrom (AIS), zde je diagnóza snazší pro nepřítomnost dělohy a nevyvinutou pochvu v horních dvou třetinách. Včasná diagnóza pacientek obou skupin je důležitá pro riziko gonadální malignity, estrogení deficit je nutné hradit k dokončení puberty a správnou kostní densitu. U dívek se Swyerovým syndromem, které mají zachovanou dělohu i pochvu, může nasazení hormonální antikoncepce vést k přehlédnutí správné diagnózy se všemi negativními důsledky.

Literatura

1. Sultan C, Genazzani AR, eds. Pediatric and Adolescent Gynecological Endocrinology. Frontiers in Gynecological Endocrinology, Vol 4. Springer, 2017, pp. 68-96, 181-192. ISBN 978-3-319-41431-7.
2. Hořejší J a kol. Dětská gynekologie. Mladá fronta 2017, s. 47-57, 148-158. ISBN 978-80-204-4027-3.
3. Sultan C, ed. Pediatric and Adolescent Gynecology: Evidence-Based Clinical Practice. Karger, 2012, pp. 82-104. ISBN 978-3-805-59336-6.
4. Řezáčová J et al. Reprodukční medicína, 2018, s. 447-454. ISBN 978-80-204-4657-2
5. R Panicker, S.Srinivas, Swyer's Syndrome: Uncommon Cause of Primary Amenorrhoea Case report MJAFI 2009,65 186-187 ISSN: 0377-1237
6. Azidah AK, Nik Hazlina NH, Aishan MN : Swyer syndrome in a woman with pure 46,XY gonadal dysgenesis and hypoplastic uterus Malaysian Family Physician 2013,8(2) 58-61 , ISSN 1985-207X

Obrázek 5 a 6 Dysgerminom levého ovaria





Synechia vulvae

MUDr. Hana Kosová, Ph.D.

Gynekologie Studentský dům s.r.o., Praha

Synechie vulvy je v současné době problém, se kterým se velmi často setkává jak ošetřující pediatr dítěte, tak dětský gynekolog. Zdá se, že postižených dětí v populaci přibývá, zejména vinou špatné informovanosti o tom, jak správně pečovat o dívčí zevní genitál. Stále se setkáváme s kontroverzními názory na to, jak se k problému synechie postavit, zda aktivně se snahou synechii rozrušit, nebo – jak se na mnohých, zejména mezinárodních fórech doporučuje – přístup „don't touch“ nebo s použitím estrogenních mastí. Čeští dětské gynekologové k problému přistupují aktivně a preferují tupé rozrušení, protože používání mastí s hormony může kvůli vedlejším účinkům léčby dítěti aktivovat růst sekundárních pohlavních znaků, zejména prsů, což u dětí v klidovém období není žádoucí.

Klíčová slova: synechie, ženský zevní genitál, sekundární pohlavní znaky, zánět močových cest, smegma

Synechia vulva is currently a oftenly problem, with which child pediatrician and a child's gynecologist meet. It seems to increase amount of disabled children, mainly due to poor awareness of how to properly care for the female external genitalia. We are still confronted with controversial views on how to solve the problem, if actively cut it or how it is recommended in many, especially international forums – the “don't touch” approach or the use of estrogen ointments. Czech pediatric's and adolescent's gynecologists are active to dealing with the problem and prefer break synechia because the use of hormone ointments can activate the growth of secondary sexual signs, especially breasts as the side effects of treatment for the child.

Key words: synechia, female external genitalias, secondary sexual signs, urinary tract inflammation, smegma

Zevní genitál dívky je stejně jako i ostatní gynekologické orgány hormonálně dependentní tkáň, a reaguje tedy na měnící se hladiny hormonů. Právě měnící se hladiny ženských pohlavních hormonů nám umožňují dělit dětský věk na tři období. Novorozenecké období je věk od porodu do přibližně 6–8 týdnů po porodu, kdy má dítě díky dozrívající stimulaci mateřskými gonadotropiny vysokou hladinu ženských

pohlavních hormonů. Zevní genitál dívky, zejména stydké pysky, je zduřelý, pochva se rychle kolonizuje laktobacily a z pochvy vytéká typický fyziologický, bělavý fluor. Po krátké aktivaci dochází po snížení hladiny gonadotropinů i k poklesu ženských pohlavních hormonů a dítě do 8–9 let věku přechází do období klidového, všechny hormonálně dependentní tkáně jsou ve stavu funkčního klidu (1). V tomto období je kůže a sliznice genitálu velmi tenká, atrofická, velké stydké pysky zcela kryjí malé stydké pysky, malé stydké pysky jsou nevýrazné. Právě v tomto období se setkáváme se synechií vulvae.

Synechie vulvy je definována jako srůst protilehlých sliznic poševního vchodu nebo malých stydkých pysků. Přestože je mezinárodní klasifikací chorob zařazena mezi vrozené vývojové vady zevního genitálu – Q52.5, nejedná se v žádném případě o vrozenou vadu (4). V oblasti zevního genitálu je množství drobných mazových žlázek, které svou produkci spolu s detritem odloupaných epitelů vytvářejí smegma. Tyto drobné bělavé hmoty, pokud nejsou správně mechanicky odstraňovány, nejprve slepí tenkou kůži poševní předsíně (oblast před panenskou blánou a močovou trubicí) a vzniká konglutinace – slepení. Vzniklou konglutinaci postupně přeroste tenká kůže za vzniku tenkého, blanitého srůstu – vlastní synechie (2). Pokud se ani v tomto stadiu spojení nerozruší, do vzniklého srůstu postupně prorůstají kapiláry za vzniku pevného kožovitého srůstu, jenž může dosahovat tloušťky až několika milimetrů.

Vznik synechie je způsoben především nesprávnou hygienou zevního genitálu, Z empirických zkušeností je doba vzniku velmi krátká, srůst se může vytvořit během 14 dní. Na vině je také vlhká zapárka, používání jednorázových plen, působení moči a stolice.

Dle lokalizace rozlišujeme 3 typy srůstu – zadní, nejčastější typ synechie, který postupuje od hráze a postupně nahoru uzavírá poševní předsíně. Poměrně často se setkáváme s takřka kompletními srůsty, kdy jen s obtížemi hledáme otvůrek, kterým postiženému dítěti odtéká moč z vestibulum vaginae. Vzácně se setkáváme se synechií mediální, kdy srůst vytváří můstek uprostřed poševní předsíně. Vlastní srůst malých stydkých pysků, od klitoris dozadu, směrem k hrázi označujeme jako synechii přední. V této souvislosti je potřeba se zmínit o srůstu malých stydkých a velkých stydkých pysků. Tento srůst je občas nesprávně označován jako synechie laterální. Je potřeba si uvědomit, že v klidovém období, zejména kolem 3.–5. roku života, je toto spojení zcela fyziologické, nejedná se tedy o žádnou patologii. Toto fyziologické přilnutí malého a velkého stydkého pysku samo s růstem hladin pohlavních hormonů vymizí, mechanické rozrušování tohoto fyziologického spojení v klidovém období je nesmírně bolestivé a provádět se nemá.

Vznikající synechie uzavírá oblast poševní předsíně za vzniku jakési kapsy. V první řadě klade překážku proudu moči, takže jedním



z prvních projevů problému je změna proudu moči, dítě „přečůrává“ nočník. Je-li srůst velký, subtotální, tak moč ve vzniklé kapse retinuje, může otvorem v hymenu zatéct do pochvy a odtud ascendentně dělohou a vejcovody se dostane až do peritoneální dutiny. Stagnující moč se může infikovat, a proto je dalším častým doprovodným jevem onemocnění recidivující infekce močových cest. Teprve vyšetřování příčiny potíží často odhalí synechii. Moč stagnující ve vzniklé kapse pomalu po vertikalizaci dítěte odtéká po toaletě otvůrkem ven, děti mohou být pak nesprávně vyšetřovány pro pomočování nebo výtok z rodidel. Při prudkém dosednutí dítěte se vzniklý srůst může opakovaně narušovat, a způsobuje tak dítěti opakovanou bolest genitálu či slabý zakrvalý sekret na prádle, což vede rodiče k vyhledání lékařské pomoci.

Stále se na odborných setkáních, zejména s kolegy ze západních zemí, setkáváme s názorem, že přístup k synechii by měl být pasivní, tedy již zmíněné „don't touch“. Další variantou léčení je aplikace estrogenů mastí a krémů, vycházející z toho, že se zvyšováním hladin ženských pohlavních hormonů v době pohlavního dospívání se již se synechiemi nesetkáváme. Estrogenní masti k léčbě je však potřeba užívat dosti dlouhou dobu, dle studií 3–8 týdnů. Dítě v klidovém období má hormonálně dependentní tkáň ve stadiu funkčního klidu. Estrogenní masti, byť jsou aplikovány lokálně, se samozřejmě vstřebávají, a zvyšují tak hladinu estrogenů v krvi. To může vést k aktivaci hormonálně dependentních tkání, zejména tkáně prsní. V současné době se setkáváme stále častěji s telarche praecox. Zvětšená prsa dětí v klidovém období nás neponechávají v klidu a vedou k častým kontrolám a monitorování dítěte, abychom včas odlišili izolovanou telarche praecox od pubertas praecox (3). Větší výskyt dětí s předčasnou telarche praecox si neumíme zcela vysvětlit, ale je zde podezření na řadu „estrogenů disruptorů“, se kterými se děti setkávají. Proto jsme my čeští dětské gynekologové přesvědčeni, že používání estrogenů mastí při léčbě synechie není správné, může vést k telarche praecox, což je výrazný nežádoucí účinek této léčby (5). V Čechách preferujeme tupé rozlepení synechie manipulací. Pokud je dítě velmi malé, synechie je ve stadiu kon-

glutinance či tenkého blanitého srůstu, je toto rozlepení, pokud je dělá zkušený lékař, velmi rychlá záležitost, minimálně bolestivá. Pokud je srůst tlustší či je dítě starší a bojí se, lze využít anestetických lokálních krémů, např. Emla krém (překrýt na cca 20 min. potravinovou fólií, aby se krém lépe vstřebal) či Mesocain gel, který oblast synechie znecitliví, a poté buď digitálně, nebo sondou tupě rozrušit.

Prevenčí vzniku a současně i prevencí recidivy je však správná denní hygiena vulvy. Je potřeba tedy matku dítěte náležitě poučit, jak se o genitál dítěte správně starat. Doporučujeme maminkám umývat zevní genitál dítěte zejména mechanicky, pokud je potřeba kosmetiky, tak ideální je dětské neperfumované mýdlo. Gely na intimní hygienu nejsou v klidovém období vhodné, často mají kyselé pH, dítě v klidovém období však má pH pochvy a zevního genitálu neutrální. Při umývání genitálu je vhodné rozhrnout stydké pysky, oříjmit vchod do močové trubice a pochvy, důkladně odstranit smegma a po koupeli může matka pomocí obvyklé masti běžně ošetřit kůži dítěte. Díky této péči synechie nevznikne.

Závěr

Synechie vulvy je stále častější problém, se kterým se setkává jak dětský gynekolog, tak pediatr dítěte. Tento srůst protilehlých sliznic poševního vchodu je typický pro dítě v klidovém období, tedy pro dítě bez vlivu ženských hormonů. Synechie vzniká poměrně rychle a může dítěti způsobovat různé obtíže. Dítě může mít obtíže s močením, při prudkém dosednutí se může srůst narušit a způsobovat dívence bolest, zvyšuje se riziko infekce močových cest, stagnující moč může ascendentně genitálním traktem zatéci až do peritoneální dutiny nebo pomalým vytékáním může imitovat pomočování či fluor. Proto je potřeba po této patologii aktivně pátrat, zejména při preventivních pediatrických prohlídkách, a k problému přistoupit aktivně. Ve stadiu konglutinace stačí pouze oddělit mechanicky stěny poševní předsíně, tenký blanitý srůst lze tupě rozrušit sondou či prstem, při bolestivosti či strachu dítěte za použití lokálních anestetických krémů. Aplikace estrogenů mastí vzhledem k vedlejším účinkům zejména na prsní tkáň dítěte není vhodná, mimo jiné tato léčba trvá poměrně

dlouhou dobu, po kterou je dítě pod vlivem exogenních estrogenů. Pasivní přístup, tzv. „don't touch“, je možný pouze v případě, že synechie je jen droboučká, dítěti nezpůsobuje obtíže a nevede k recidivujícím infekcím močových cest. Nejdůležitějším krokem zabráňujícím recidivám je správné poučení matky pediatrem, ať už před, či po ošetření synechie vulvy.

Literatura

1. Hořejší, J.: Dětská gynekologie, Avicenum, Praha 1990, s. 16-226
2. Altchek A., Deligdisch L.: Pediatric, Adolescent and Young Adult Gynecology, Blackwell Publishing Ltd, 2009, 12-449.
3. Cibula, D., Milan R., Živný J. a kol.: Základy gynekologické endokrinologie, Grada Publishing, 2002, s. 65-135
4. Coran AG, Polley TZ jr.: Surgical management of ambiguous genitalia in the infant and child. J Pediatr. Surg. 1991, 26:812-20
5. Hořejší, J., Kosová, H. a kol.: Dětská gynekologie, Mladá Fronta, Praha 2019, s. 137-142



Krvácení z rodidel v dětském věku z pohledu dětského gynekologa

MUDr. Hana Kosová, Ph.D.

Gynekologie Studentský dům s.r.o., Praha

■ Souhrn

Krvácení z rodidel se u dívek vyskytuje v každém věku, setkáváme se s ním jak u novorozenců, tak v období pohlavního dospívání. V určitém období dětského věku je krvácení z rodidel zcela fyziologické, můžeme se ale setkat i s poruchami tohoto krvácení, v jiném období je jakékoliv krvácení z rodidel zcela patologickým příznakem a je potřeba příčinu urychleně diagnostikovat a léčit. Typicky se s patologickým krvácením setkáváme v klidovém období dívky, kdy je reprodukční systém ve stavu funkčního klidu, a proto se s fyziologickým krvácením v tomto věku nesetkáváme. Nejčastěji se však s fyziologickým krvácením i jeho poruchami setkáváme v období pohlavního dospívání, a to jak s poruchami menstruačního cyklu ve smyslu nepravidelností cyklu nebo nadměrného krvácení, tak s chyběním fyziologického menstruačního cyklu. Každé nejasné krvácení či poruchu menstruačního cyklu v období dětství a dospívání by měl vyšetřit dětský gynekolog, protože mnohé příčiny, a tím i diagnostika a léčba krvácení z rodidel, se u dětí a dospívajících dívek liší od podobné problematiky v dospělosti. Cílem naší léčby je gynekologicky zdravá dívka s pravidelným menstruačním cyklem, jenž je zárukou úspěšné koncepce v dospělosti.

Klíčová slova: Vulvovaginitis, cizí těleso v pochvě, úraz rodidel, porucha menstruačního cyklu, juvenilní metroragie, amenorea, oligomenorea, polymenorea.

■ Summary

Genital bleeding occurs in girls of all ages, and is seen in both newborns and adolescents. At some periods in childhood, bleeding from the genital is completely physiological, but we can also find disorders of this bleeding, in another period any bleeding from the genital is a completely pathological symptom and it is necessary to quickly diagnose and treat the cause. Typically, we

can meet pathological bleeding during the rest period of a girl, when the reproductive system is in a state of functional rest, and therefore we cannot see physiological bleeding at this age. Most frequently, however, physiological bleeding and its disorders occur during sexual maturation, we can find both menstrual cycle disorders in irregularity of cycle or excessive bleeding or lack of a physiological menstrual cycle. Any unclear bleeding or menstrual cycle disorder during childhood and adolescence should be investigated by a pediatric gynecologist, since many causes, diagnosis and treatment of bleeding in children and adolescent girls differ from similar issues in adulthood. The aim of our treatment is a gynecologically healthy girl with a regular menstrual cycle promising good reproduction of the patient in future.

Key words: Vulvovaginitis, foreign body in vagina, trauma of genital, menstrual cycle disorder, dysfunctional uterine bleeding, amenorrhea, oligomenorrhea, polymenorrhea.

Krvácení z rodidel může být v určitém věku dívky zcela fyziologickým nálezem, v jiném období je jakékoliv krvácení z rodidel dívky zcela patologický příznak. Je potřeba to jasně rozlišovat a v případě podezření na krvácení patologické či poruchu fyziologického krvácení dívku odeslat na pracoviště dětské gynekologie, kde by měla být porucha dovyšetřena a nasazena adekvátní terapie. Z pohledu gynekologického rozdělujeme dětský věk na 3 hlavní období v závislosti na hladinách ženských pohlavních hormonů, jež ovlivňují stav a funkčnost ženského reprodukčního systému.

Období novorozenecké, trvající od porodu do cca 6.–8. týdne po porodu, je charakterizováno vysokými hladinami ženských hormonů, které v průběhu tohoto období postupně klesají. Děložní sliznice novorozence se díky poklesu hladiny estrogenů odlučuje, což je provázeno krvácením, které probíhá ve většině případů mikroskopicky,

výjimečně je krvácení viditelné (cca 5 % dětí), dítě vlastně menstruuje. Nejčastěji se s tímto krvácením setkáváme pátý den po porodu a trvá obvykle jen jeden den, matku to však většinou vyděsí a přivede do naší ambulance – je potřeba jí vysvětlit zcela fyziologickou podstatu tohoto jevu. Patologické krvácení se v tomto věku vyskytuje naprosto raritně, může je způsobit zánět, nádor či trauma rodidel.

Období klidové – cca 6–8 týdnů po porodu, toto období navazuje na období novorozenecké a trvá do cca 8.–9. roku života, je charakterizováno funkčním klidem hormonálně dependentních tkání, s fyziologickým krvácením z rodidel se proto nesetkáváme. Jakékoliv krvácení v tomto období je velmi závažným příznakem a je nezbytné ihned zjistit jeho zdroj a příčinu, která však nutně nemusí být gynekologického původu. Dítě může krvácet z močových cest (prolaps uretry, hemoragický zánět močových cest, papilom měchýře atd.) nebo z oblasti GIT (anální fisury, hemoroidy atd.). K objasnění zdroje krvácení z genitálu si můžeme pomoci opatrným výtěrem pochvy tenkou vatovou štětkou, nejdůležitějším diagnostickým vyšetřením při této problematice je však vaginoskopie. Vaginoskop je přístroj, jenž sestává z řady trubiček s mandrémem o různém průměru, kdy trubička, která odpovídá velikosti otvoru v panenské bláně, se opatrně zavede do pochvy a následně, pomocí zdroje studeného světla, lze pochvu bezpečně prohlédnout, zjistit zdroj krvácení, v případě potřeby je možno tuto metodu využít i terapeuticky (např. při extrakci zavedeného cizího tělesa) (obr. 1) (1).

Nejčastějšími příčinami krvácení z rodidel v klidovém období jsou:

1. Zánět pochvy a vulvy (vulvovaginitis) – představuje asi nejčastější příčinu krvácení z rodidel v klidovém období, kdy zdrojem krvácení je zánětem překrvená sliznice pochvy a děložního hrdla. S krvavým výtokem se setkáváme především při infekci způsobené bakterií *Streptococcus pyogenes*,



Obr. 1 Vaginoskop: zdroj studeného světla a sestava tubusů s mandrémem

často v rámci celkového streptokokového onemocnění. V případě zjištění této bakterie je vždy důležité provést také kultivaci z krku a nosu dítěte k identifikaci možného zdroje infekce. V léčbě tohoto onemocnění využíváme lokální vaginální antibiotika ve formě vaginálních krémů či magistraliter vyrobených dětských vaginálních čípků, při kultivačním průkazu bakterie ve stěru z krku a nosu se k vaginální terapii přidávají i antibiotika celková k prevenci časně recidivy onemocnění.

2. Trauma rodidel (zevních, případně pochvy) je druhou nejčastější příčinou krvácení v klidovém období, protože děti jsou v tomto věku velmi aktivní, ale motoricky ještě nevyzrálé, riziko úrazu je zde proto vyšší. Anamnesticky může údaj o možném úrazu zcela chybět, dítě někdy úraz zatajuje z obavy, že by mohlo být potrestáno, nebo je k zatajování nuceno (např. u pohlavního zneužití). Vyžaduje-li poranění rodidel chirurgické ošetření, je nutné toto ošetření a často i důkladné vyšetření rozsahu poranění provést v celkové narkóze, protože děti vnímají jakoukoliv manipulaci v této oblasti, díky silné inervaci genitálu, velmi bolestivě a hrozí psychická traumatizace dítěte!

3. Cizí těleso zavedené do pochvy doprovází často masivní hnisavý až putridní výtok, který může obsahovat i příměs krve. Děti si v rámci hry či masturbace mohou zavést do pochvy cizí těleso, většinou se jedná o drobné předměty, krvácení nepůsobí v tomto případě poranění při zavádění předmětu, ale tlak cizího tělesa, jenž vede k dekubitálním změnám neestrogenizované, tenké sliznice. Zavedení cizího předmětu nemusíme zjistit anamnesticky, protože dítě může tuto skutečnost zatajovat ze strachu z potrestání. Vaginoskopie je v tomto případě opět hlavní diagnostickou metodou

a často i terapeutickou metodou, kdy pomocí drobných kleští zavedených vaginoskopickým tubusem můžeme cizí předmět extrahovat z pochvy ven. Po extrakci cizího tělesa je nutné v případě zánětlivých změn zahájit vaginální antibiotickou terapii.

4. Předčasná puberta – krvácení z rodidel může být jedním z příznaků tohoto onemocnění. V případě gonadotropin-dependentní předčasně puberty probíhá puberta většinou synchronizovaně, jako v případě normální puberty, je však časově posunuta do nižšího věku. Upozornit by nás tedy na toto onemocnění měl především urychlený vývoj sekundárních pohlavních znaků (prsy, pubické ochlupení, axilární ochlupení), předčasné menarche je až pozdním příznakem. Naopak u gonadotropin-independentní předčasně puberty (zejména pokud je příčinou hormonálně aktivní tumor ovaria) probíhá rozvoj puberty disharmonicky, a krvácení tak může být prvotním příznakem onemocnění (krvácení z droboučké, infantilní dělohy), ve většině případů se jedná o velmi závažný problém, kdy terapie musí následovat diagnózu velmi záhy.

5. Nádor rodidel představuje nejzávažnější, i když nejzřetelnější příčinu krvácení z rodidel. Nejčastěji se krvácením prezentuje embryonální rabdomyosarkom pochvy. I v tomto případě je nejdůležitější vyšetřovací metodou vaginoskopie, díky které může být provedena biopsie tumoru, jež diagnózu buď potvrdí, nebo vyvrátí.

Období pohlavního dospívání začíná ve věku 8–9 let, kdy aktivací hypotalamo-hypofyzo-ovariální osy stoupá hladina ženských pohlavních hormonů, na kterou reagují všechny hormonálně dependentní tkáně rozvojem a růstem. Vrcholem tohoto období je první menstruace, která se objevuje přibližně ve 12,5 letech věku. Menstruační krvácení se objevuje pravidelně v intervalu 28–30 dní, v období dospívání však připouštíme výkyv 21–35 dní. Pokud je ale frekvence krvácení kratší než 21 dní nebo delší než 40 dní, jedná se o poruchu menstruačního cyklu. Často se jako dětské gynekologové setkáváme s nesprávným názorem, že porucha menstruačního cyklu v období dospívání je zcela v pořádku, tolerují se jak cykly velmi krátké, tak se setkáváme s dětmi, které nemenstruují i více než 1 rok, a opět se hovoří o „normálnosti“ této nepravidlosti a vyčkává se zcela nesprávně spontánního obnovení cyklu. Nepravidlosti menstruačního cyklu v období dospívání souvisejí

s tím, že **ovulace** (a s tím i související pozitivní hormonální zpětná vazba) se automaticky **neváže na první menstruaci**. Ze studií vyplývá, že 2 roky po menarche je až 50 % cyklů anovulačních, postupně se ale u většiny dospívajících stabilizuje cyklus ovulační. Vystupňování nepravidelných a neléčených cyklů, ať jsou již dlouhé, nebo zkrácené, může vyústit v dysfunkční děložní krvácení (DUB – *dysfunctional uterine bleeding*), které u mladistvých nazýváme juvenilní metroragie!! (2)

Nejčastěji se u dospívajících setkáváme s těmito poruchami menstruačního cyklu:

1. Oligomenorea je porucha cyklu, při které je interval mezi menstruacemi delší než 35 dní; nejčastější příčinou jsou anovulační cykly. Menstruace bývají většinou silné a trvají déle než obvyklých 5–7 dní, neléčená porucha může vést k juvenilní metroragii. S oligomenoreou se také setkáváme u hyperandrogenního syndromu (syndrom polycystických ovarií) (3), často se však u dospívajících setkáváme s oligomenoreou spojenou s hypoestrinismem (viz níže). V diagnostice je velmi důležité ultrazvukové vyšetření se stanovením výšky sliznice děložní, využít lze i poševní funkční cytologii. V případě relativního hyperestrinismu, kdy kvůli anovulaci chybějí hormony druhé fáze cyklu, léčíme dívku přidáním gestagenů (substituujeme chybějící hormony druhé fáze cyklu), nejčastěji používáme *medroxyprogesteroni acetat* či *dydrogesteronum* v druhé polovině cyklu, za pravidelné monitorace nástupu ovulačních cyklů, kdy léčbu ukončujeme (viz schéma 1), u hypoestrinismu postupujeme jako při léčbě polymenorey.

2. Polymenorea je porucha menstruačního krvácení s cykly kratšími než 21 dní. Zpravidla je způsobena předčasným zanikáním rostoucích folikulů, což vede k předčasnému poklesu hladiny estrogenů, a tím krvácení ze spádu hormonů. Léčebně dívkám podáváme estrogény k substituci narušené první fáze menstruačního cyklu (nejčastěji *estradioli hemihydricum*) a pokračujeme i v druhé fázi cyklu, kdy opět přidáváme gestageny. Podobně jako u oligomenorey, monitorujeme nástup ovulačních cyklů a poté léčbu opět ukončujeme (viz schéma 2).

3. Hypermenorea je silné menstruační krvácení, které vede k anemizaci pacientky. Hypermenorea se hodnotí počtem použitých vložek či tampónů, je však dle studií velmi subjektivně vnímaným údajem. Velmi

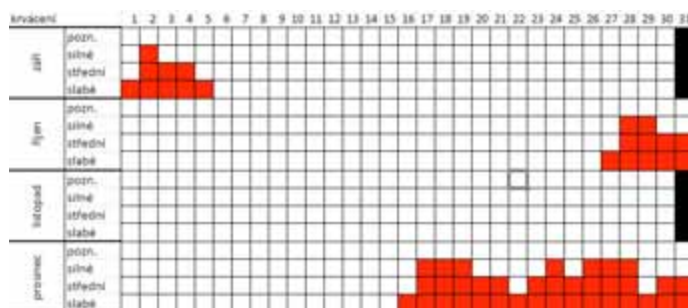


Schéma 1 Menstruační kalendář dívky s oligomenoreou, jež vyústí v juvenilní metroragii (krvácení značeno červenou barvou)

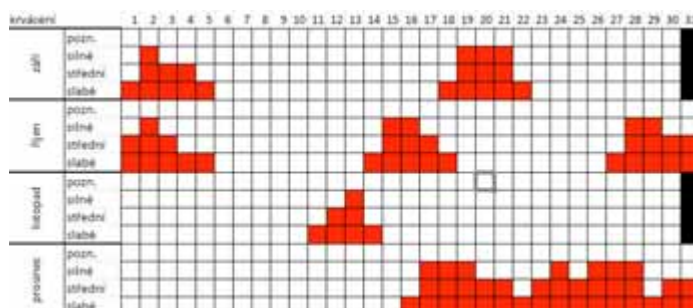


Schéma 2 Menstruační kalendář dívky s polymenoreou (krvácení značeno červenou barvou)

důležitý je údaj o tom, že s krví odchází koagula, protože menstruační krev je primárně nesrážlivá. Nejčastější příčinou hypermenorey je opět anovulace a v terapii tedy využíváme gestageny do nástupu ovulačních cyklů, kdy léčbu ukončujeme, při anémii přidáváme feroterapii.

4. Juvenilní metroragie je dysfunkční krvácení, které může být až život ohrožujícím stavem. Objevuje se nejčastěji po určitém období oligomenorey či polymenorey, může se však objevit i s menarche. Příčinou bývá neléčený anovulační cyklus s chybějícím vlivem gestagenů. Kvůli nedostatečnému působení hormonů druhé fáze menstruačního cyklu chybí sekreční transformace endometria následovaná odloučením přerostlé sliznice, místo toho se objeví protrahované, silné krvácení s cárovitým, nedokonalým odlučováním netransformované sliznice. Při ultrazvukovém vyšetření vidíme i přes krvácení dutinu děložní vyplněnou vysokou sliznicí. Příčinou tohoto masivního a dlouhotrvajícího krvácení mohou být samozřejmě i poruchy hemokoagulace, tato příčina je však vzácná, je známa většinou již před menarche, a může tak být včas léčena. **Při silném krvácení musíme i u mladých dívek**

myslet na krvácení v souvislosti s těhotenstvím.

Při léčbě juvenilní metroragie je potřeba nejprve zastavit masivní krvácení. V současnosti používáme nejčastěji přípravky, jež mají jak estrogení efekt (podpoří proliferaci endometria, a tím zastaví krvácení), tak gestagení efekt, jenž způsobí sekreční transformaci endometria (např. *norethisteroni acetat*), které podáváme 5–7 dní, po vysazení terapie následuje odlučovací krvácení. Podobně lze využít i malou dávku estrogenů a gestagenu podávanou 2 dny po sobě. Pokud je dívka anemická, přidáváme feroterapii. Velmi důležitá je prevence recidivy onemocnění, kdy dívce podáváme 3–4 měsíce gestageny v druhé fázi cyklu, po nástupu ovulace léčbu ukončujeme (viz schéma 3).

Opačnou poruchou menstruačního cyklu je chybění menstruace, mluvíme o:

1. primární amenoree, kdy dívka do dovršení věku 15 let nezačne menstruat. Tato poměrně přísná hranice je dána především s ohledem na **správný vývoj a dostatečnou mineralizaci kostní hmoty**. K určení příčiny

onemocnění využíváme hodnocení vývoje sekundárních pohlavních znaků:

- sekundární pohlavní znaky jsou dobře a žensky správně vyvinuty – v tomto případě je nejpravděpodobnější příčinou vrozená vývojová vada vývodných pohlavních cest, jako je aplazie dělohy a pochvy (Rokitanského-Küsterův syndrom), či porucha průchodnosti pochvy, kdy menstruační krev nemůže odtékat, retinuje nad překážkou a způsobuje dívce cyklické bolesti břicha. Léčba tohoto onemocnění spočívá v chirurgické úpravě zjištěné vady.
- sekundární pohlavní znaky nejsou vůbec vyvinuty nebo retardují – příčinou může být metabolické onemocnění (dekompenzovaný diabetes mellitus, malnutrice atd.) nebo hypogonadismus centrálního (např. panhypopituitarismus) či gonádového původu (Turnerův syndrom, Swayerův syndrom atd.). Tento druh poruchy menstruačního cyklu je indikací ke gynekologicko-endokrinologickému, případně genetickému vyšetření s volbou terapie podle výsledku. Z gynekologického pohledu v léčbě začínáme miniestrogenizací dívky, kdy

Schéma 3 Schematické znázornění menstruačního kalendáře léčené dívky s juvenilní metroragií (červené čtverečky = krvácení), N = norethisteroni acetat, P2 = medroxyprogesteroni acetat 5 mg 2 tablety, D = dydrogesteronum 10 mg

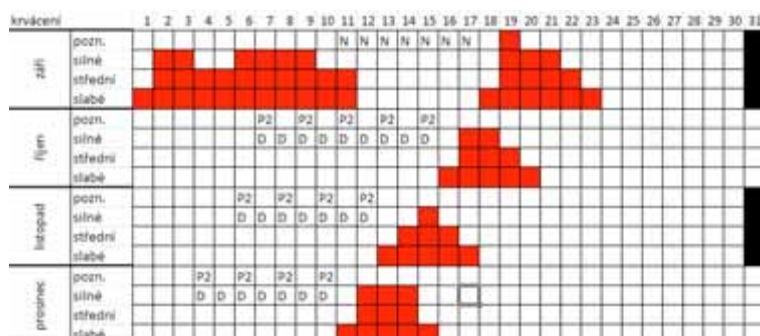
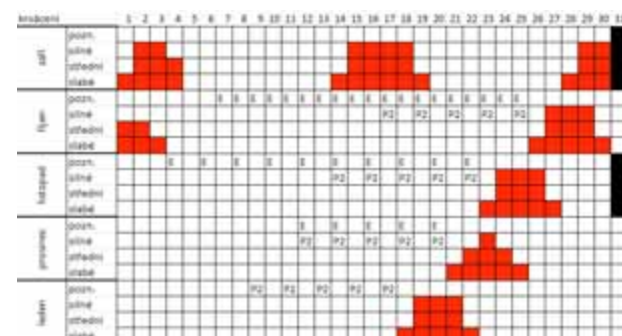


Schéma 4 Menstruační kalendář dívky s léčenou polymenoreou, obdobně substituujeme dívku hypoestrickou při amenoree – E = estradioli hemihydricum, P = medroxyprogesteroni acetat 5 mg 2 tablety





pacientce podáváme po delší dobu jen minimální dávky estrogenů (bez zjevného vlivu na růst děložní sliznice či změny v hormonální cytologii). Tento typ léčby stimuluje růst sekundárních pohlavních znaků, po jejich vyvinutí a dozrání postupně zvyšujeme dávku estrogenů a v době plné estrogenizace přidáváme gestageny, po jejich vysazení se objeví menstruační krvácení. Mnohé z takto postižených dívek vyžadují celoživotní hormonální substituční terapii.

- c) sekundární pohlavní znaky jsou vyvinuty v mužském smyslu (hyperandrogenní stav), kdy vysoké hladiny androgenů zpětnovazebně tlumí správné vyplavování folikulostimulačního a luteálního hormonu, což vede k amenoree. Je nutné nejprve zjistit, zda je hyperandrogenismus ovariálního, či nadledvinového původu (hermafroditismus, kongenitální adrenální hyperplazie, hyperandrogenní syndrom atd.), a podle toho zvolit léčbu.

2. Sekundární amenorea je porucha, při níž dívka, která již menstruovala, nemá menstruaci déle než šest měsíců. Nejčastěji se s touto poruchou setkáváme po určité době prodlužujících se menstruačních cyklů, jež vyústí v amenoreu. Příčiny amenorey mohou být centrálního původu (stres, silný emoční zážitek), způsobeny poruchou na úrovni hypotalamu (např. při mentální anorexii) či hypofýzy (adenom hypofýzy), tento stav může vyvolat i porucha jiných žláz s vnitřní sekrecí (hypotyreóza, onemocnění nadledvin, dekompenzovaný diabetes mellitus) či je porucha ovariálního původu (4). Závažnost sekundární amenorey závisí na stupni estrogenizace dívky:

- a) při dostatečné estrogenizaci zjistíme při ultrazvukovém vyšetření dostatečnou, nebo i nadměrnou výšku děložní sliznice, po přidání progesteronu dívka začne menstruat. Nejčastější příčinou tohoto typu amenorey je neléčená anovulace či hyperandrogenní syndrom. V tomto případě podáváme dlouhodobě gestageny cyklicky, u starších dívek s hyperandrogenním syndromem můžeme využít i hormonální antikoncepci s antiandrogenním progestinem.
- b) závažnějším stavem je amenorea spojená s hypoestrinismem centrálního nebo ovariálního původu. Při ultrazvukovém vyšetření zjistíme nízkou výšku sliznice děložní, po určité době neléčené poruchy můžeme zaznamenat až

hypoplazii vnitřního genitálu. Nejprve je potřeba zjistit příčinu poruchy, není-li možné ji odstranit, léčíme obdobně jako u primární amenorey hormonální substitucí menstruačního cyklu (viz schéma 4).

Vzácně se i v období dospívání můžeme setkat s předčasným ovariálním selháním (*premature ovarian failure*). Závažnost této poruchy spočívá v tom, že je většinou nevratná, velmi častou příčinou je mozaikový karyotyp postižené dívky, reprodukční schopnost dívky v tomto případě je omezená.

Se sekundární amenoreou se u adolescentek v současnosti setkáváme jako s průvodním, často i prvotním znakem **poruch příjmu potravy – PPP** (mentální anorexie, bulimie, ortorexie atd.). Příčinou amenorey je velký úbytek tělesné hmotnosti, na který organismus reaguje útlumem vylučování hypotalamického gonadoliberinu s následným výrazným poklesem vylučování gonadotropinů a utlumením ovariální produkce hormonů, kdy se vzorec vyplavování hypofyzárních gonadotropinů může vrátit až do prepubertálního stavu. Jde vlastně o regresi pohlavního dospívání se sekundárním hypogonadotropním hypogonadismem. Po zvládnutí základní příčiny poruchy a realimentaci se ovšem spontánní nástup cyklické funkce ovaria a menstruace výrazně opoždí, někdy přetrvává i delší amenorea. Proto po domluvě s ošetřujícím psychiatrem doporučujeme ihned po zástavě hubnutí zavést kontrolovanou estrogen-progesteronovou terapii (viz schéma 4). Navodíme nejen opětovné menstruační krvácení, podpoříme vzrůst dělohy, ale pomůžeme i zvýšení tělesné hmotnosti a normalizaci metabolismu a současně zlepšíme mineralizaci skeletu (4).

■ Závěr

Krvácení z rodidel může být zcela fyziologickým příznakem, ale také známkou závažné patologie. Vše závisí na věku dívky, zejména na hladinách ženských pohlavních hormonů a v jejich důsledku na stavu reprodukčního systému. Protože se příčiny krvácení liší v závislosti na věku dívky, je nutné zejména v klidovém období, kdy se s fyziologickým krvácením vůbec nesetkáváme, umět poruchu správně diagnostikovat a léčit. V diagnostice stojí na prvním místě vaginoskopické vyšetření. Protože je tento přístroj

vázaný na pracoviště dětské gynekologie, je potřeba odeslat dívku do nejbližšího takto vybaveného zařízení, důležitá je i návaznost na další odbornosti, zejména na dětskou endokrinologii a antropologii. V období dospívání se s krvácením z rodidel a jeho poruchami setkáváme asi nejčastěji. Poruchu menstruačního cyklu je potřeba správně zařadit, dovyšetřit a léčit. Neléčené poruchy cyklu mohou totiž vést k fixaci anovulačního, nepravidelného cyklu, k masivnímu až život ohrožujícímu krvácení při juvenilní metroragii, zhoršení mineralizace kostní hmoty či hypoplazii vnitřního genitálu při dlouhotrvající amenoree. V léčbě nejčastěji využíváme substituci chybějících hormonů menstruačního ovariálního cyklu a vyčkáváme, pokud to lze, spontánní úpravy cyklu, léčba je přísně individuální, mluvíme o „taylor made therapy“, léčbě šitě na míru. Z denní praxe víme, že medikamentózní, řízená úprava poruchy menstruačního cyklu stabilizuje celý systém rychleji a efektivněji a snižuje riziko poškození reprodukčního systému i negativního ovlivnění jiných orgánových systémů (např. kostní hmota atd.). Výsledkem správné terapie by měla být mladá žena s dobře vyvinutým reprodukčním systémem, pravidelným, pokud možno ovulačním cyklem, jež má velkou šanci spontánně a bez problémově otěhotnět.

■ Literatura

1. Altchek A, Deligdisch: *Pediatric, Adolescent and Young Adult Gynecology*, Blackwell Publishing, 2009, p. 60–81.
2. Hořejší J., Kosová H. a kol.: *Dětská gynekologie*, Mladá fronta, Praha 2019, s. 145–151.
3. Cibula D., Henzl M.R., Živný J. a kol.: *Základy gynekologické endokrinologie*, Grada Publishing 2002, s. 19–33.
4. Ferin M., Jewelewicz R., Warren M.: *Menstruační cyklus*, Grada Publishing 1997, s. 39–75.
5. Reindollar R. H., Mc Donough P.G.: *Adolescent menstrual disorders*. Clin. Obstet. Gynec., 26, 1983, p. 690–701.



Nástrahy pohlavního dozrávání u dívek

MUDr. Helena Máslová

Poliklinika Revoluční, Praha

Maruše je čtrnáct let a matka ji přivádí do gynekologické ambulance. Asi rok už menstruuje, ale v poslední době je menstruace velmi bolestivá a také se stává nepravidelnou. Maruška je velmi štíhlá (dolní pásmo percentilu), váží méně než v loňském roce, a to i přes to, že vyrostla. Je oblečená do vypasovaného oblečení a slim elastických kalhot. Na svůj věk je vysoká (horní pásmo percentilu) a má nohu číslo 40. Maminka je naopak dobrácký mateřský typ, vypadá ustaraně, je na ní vidět, že myslí víc na druhé než na sebe.

Maruška má jedinou poptávku: aby ji menstruace neobtěžovala a mohla se nerušeně připravovat do školy či sportovat. Mamince se zdá, že je pořád doma v pokojíčku, snad se i zbytečně moc učí, všechno moc prožívá, včetně školních testů. Také je pořád na telefonu nebo notebooku, maminka vůbec netuší, co její dcera sleduje, zda hraje hry, sleduje seriály, jaká videa si vybírá či koho z youtuberů preferuje. Pan doktor instinktivně sáhne po koncovce vaginálního ultrazvuku a zkušeně natáhne kondom a aplikuje gel, ale na poslední chvíli matka vykřikne „je ještě panna“. Unavený lékař se zkoncentruje a vezme břišní koncovku. „Není dost napitá, abych něco pořádně viděl, potřebuju plný měchýř. Z toho, co je vidět, vypadá všechno normálně. Má retroverzi dělohy, to znamená dost zahnutou dozadu, to může být příčina.“ „A co se s tím dá dělat?“ zeptá se maminka. „Antikoncepce to vyřeší“, odpoví doktor. „Ale Maruška žádného chlapce nemá,“ nechápe matka.

„To s tím nesouvisí. Přinese jí to jiné výhody. Nebude jí nic bolet a bude mít pravidelnou periodu. A těm blábolům z internetu prosimvás nevěřte. Navíc nechcete mít starost navíc, až bude chodit na rande, že ne.“ Maruška si utírá bílou vazkou hmotu z břicha ubrouskem (něco jí to připomnělo, tohle ženy dělají ve filmech po sexu). Taky zaslechla, že má chodit na rande. Odchází z ordinace s receptem. Vše, co slíbil pan doktor, se splnilo, bolesti ustaly, krvácení bylo sice slabé, ale pravidelné. Marie zahájí pohlavní život za několik měsíců po návštěvě gynekologa,

těsně před svými patnáctými narozeninami. Její školní výsledky jsou i nadále vynikající.

Příběh Marušky by mohl pokračovat třeba takto: ... nikdy s ní nebyly žádné problémy, nikdy neudělala žádný průser. Šla na vysokou, cestovala, sportovala, po několika vztazích si našla Roberta. Seznámili se v její první práci. Po nějaké době se rozhodli, že si spolu koupí byt. Pro Marii to byl důkaz, že ji Robert miluje a chce s ní být celý život. Dotazy na svatbu odbývala řečmi o zbytečném papíru, ale v hloubi duše ji trochu mrzelo, že ji Robert nikdy nepožádal o ruku, pak si to omluvila jeho traumatem z rozvodu rodičů. Začala pomalu mluvit o tom, že vysadí antikoncepci, ale ještě spolu měli naplánovanou cestu do Austrálie a na Nový Zéland, tak ještě půl roku počká. Oslavili tam její třicáté narozeniny. Po návratu sice antikoncepci vysadila, ale Robert změnil práci, měl z toho nervy a byl vystresovaný, moc spolu nespali a nová práce znamenala časté služební cesty. Teď to jsou už čtyři roky, co antikoncepci vysadila, dosud ani jednou neotěhotněla, brzy jí bude pětatřicet. „Mezitím proběhla hromada vyšetření, jeho spermogram je kolísavě hraniční, mně řekli, že jsem zdravá, jen se mi tvoří nějaké protilátky, nasadili mi Prednison, pak už to bylo v normě. Prošli jsme třemi centry IVF, inseminace byly vždycky neúspěšné, ty stimulatory byly pro mě dost hrozné, bylo mi špatně, ale vajíčka vždy nějaká odebrali, z nich se jich pár oplodnilo, ale po embryotransferu se nikdy nic neuchytilo, jednou jsem snad měla něco jako chemickou graviditu, ale nikdy nebyla srdeční akce. Teď mi řekli, že mi klesá hormon AMH a že máme uvažovat o dárcovském vajíčku. To je poprvé v životě, kdy jsem poctivě dělala všechno, co mi řekli, vážně se snažila, a výsledek je fiasko. Nikdo nám nikdy nevysvětlil, proč to nejde a co děláme špatně. Nekouříme, jíme zdravě, já jsem začala dělat na zkrácený úvazek, abych nebyla tolik ve stresu, chodíme spolu běhat.“

„A jak dlouho jste brala antikoncepci?“

„Brala jsem ji asi od čtrnácti, měla jsem nepravidelnou menstruaci, tím se to spravilo. Proč se ptáte?“

■ První brána do dospělosti – menarche

Mnoho žen vypráví, že první menstruace se obvykle dostavuje ve špatnou dobu na špatném místě, třeba na týdenním lyžařském kursu, na letním táboře, na túře s oddílem, ráno ve škole... Prostě někde, kde se nechce malá holka svěřovat okolí a navíc neví, co s tím a co ji to vlastně potkalo. Velká část žen si první menstruaci odbyla sama, aniž by měla odvahu o tom komukoliv říct. Dívky, které se svěřily nejčastěji matce, se bohužel často setkaly s její negativní reakcí. Možná si ještě vzpomenete, jak zareagovala vaše maminka, když jste se jí svěřila, že máte krvavé skvrnky na kalhotkách. Nejspíš zvolala něco v tom duchu jako: „A je to tady, tak teď si užiješ, to budou zase starosti...“ Takže žádná sláva a ovace, ale spíš lítost a sprásknuté ruce. Nebo to u vás doma proběhlo jinak? Ideálně by maminka měla zajásat a vzít dceru na oslavu, třeba do cukrárny, nebo jí koupit nové krásné šaty či šperk. Dcera by se podstatně informace měla dozvědět od své matky, která by měla zvládnout otevřeně hovořit se svými dětmi o dospívání, menstruaci i sexu. Ovšem, jde samozřejmě o to jak. Pokud hovoří matka o menstruaci negativně, převeze od ní tento přístup i dcera a předá ho zase dalšímu pokolení. Vzniká ztotožnění s představou menstruace jako handicapu zhoršujícího ambice a kvalitu života. Kulturní stereotyp, že je menstruace něco obtížného až strašného, dává vzniknout syndromu Emmema horror (strachu z menstruace), který kauzálně spouští další poruchy. „Bylo mi to tak nepříjemné, že ze mě vytéká krev, že jsem se rozhodla, že přestanu jíst, aby to zmizelo.“ Připomenu oblíbený vtíp ze školních lavic: „Pět dní v kuse to krvácí a nechcípne to. Co to je? Holky z naší třídy.“

Nástup menstruace je v ČR v průměru 12,4 roku. Menarche, čili první menstruace, se



dnes objevuje u holčiček dříve, než bylo běžné u matek či babiček. Například v roce 1890 dostala většina dívek první měsíčky přibližně v 15 až 16 letech, dnes začínají děvčata menstruat běžně na základní škole v páté třídě, což je ještě dětský věk. Ovlivňuje to řada faktorů, například genetik, podnebí, stravování, výživa, ale bohužel stoupá vliv hormonů estrogenů a pseudoestrogenů.

Krevní výtok při menstruaci se označuje jako krev, ale od žilní krve se liší, protože se skládá z krevních částic, hleny a zbytků děložní výstelky (endometria). Takže vlastní ztráta krve na jednu periodu představuje průměrně 100 ml krve, což je zhruba 5 polévkových lžic. Krvácení trvá vždy tak dlouho, dokud se děložní dutina znovu nepokryje novou slizniční výstelkou. Menstruační krev se nesráží, protože obsahuje látky pocházející z lecitinu, který se uvolňuje z odlučované výstelky dělohy a má silné protisrážlivé účinky. Z rozpadlého endometria se také uvolňují tzv. biogenní aminy, vylučované potem, takže si některé ženy v tomto období nevoní.

O menstruaci pojednávají různá náboženství a obvykle nabádají pod nejrůznějšími záminkami k izolaci menstrujících žen (podle Bible jsou nečisté), snad aby si odpočinuly, ale dvacáté století to vnímalo spíše jako diskriminaci. Také hinduismus a judaismus vylučuje menstrující ženy z běžného života. Ještě ve třicátých letech 20. století se u nás ženám běžně upírala vyšší místa v zaměstnání s odůvodněním, že nejsou kvůli menstruaci schopny naplno pracovat. Právě náboženské tradice a staleté kulturní zvyklosti mají nejspíš na svědomí přežívající povědomí, že je menstruace něco nečistého a nepříjemného. Ostatně, i v dnešních reklamách na dámské hygienické pomůcky jsou jejich absorpční schopnosti demonstrovány pomocí modré tekutiny, protože by červená barva mohla nejspíš vzbudit pohoršení.

Některé maminky se domnívají, že s první menstruací by měly dceru zavést ke gynekologovi, stejně jako s prvním zubem navštívila zubaře. Ale předčasná konfrontace s gynekologií může mít nedozírné negativní následky. Existují dívky, které začaly ve třinácti nepravidelně menstruat, ale po vyšetření na gynekologii už nikdy spontánně nezamenstruovaly.

Holčička, která se právě narodila, má 1–2 miliony vajíček. Holčička, která začíná men-

struat, má ve svých vaječnících kolem 500 000 vajíček. Pravidelně se v lunárním cyklu několik vajíček začne připravovat, ale jen jedno z nich je vybráno (dominantní folikul). Dosud není známo, jak a podle jakého klíče se výběr děje, ostatní vajíčka zanikají. Toto vybrané vajíčko se uvolní, je nastrčeno řasami do vejcovodu a vplouvá do dělohy. Zde se buď setká se spermií a dojde k početí, nebo se nesetká a zahyne. Takto se za život uvolní průměrně 300–400 vajíček (asi tolikrát menstrujeme).

Menstruační cyklus je řízen hormonálně po tzv. gonadální ose mozek–ovaria s celou řadou zpětnovazebních mechanismů, celý systém je dosti složitý. Pacemakerem cyklu je ovarium, ale účastní se ho celá kaskáda hormonálních působků včetně aktivity mozku, ale třeba i tukové tkáně a vytvářejí velmi jemnou souhru vzájemného ovlivňování.

Menstruačního cyklu se účastní celý organismus – tělo zadržuje tekutiny, aby byla vyšší diluce krve, mění se kvalita vaginální sliznice a hleny, mění se naše aktivita CNS, zejména sensorické vnímání (sluch, čich, chuť, hmat). Prolaktin, který se také jako hormon účastní cyklu, má své receptory v mléčné žláze (zvětšují se prsa), v játrech (ženy s žlučníkovými obtížemi mají vyšší výskyt problémů na začátku menstruace), dále v nadledvinách (vyšší tendence ke stresové reakci) a ledvinách (zadržování vody).

Druhotná ztráta pravidelného menstruačního krvácení postihuje vysoké procento dívek.

Scénář bývá obdobný: Ve dvanácti až třinácti menarche, zvýraznění sekundárních pohlavních znaků, přechod na střední školu, ukončení některých kroužků a sportů kvůli vyšší zátěži, nárůst hmotnosti. Zahájení diety a obsese výběrem vhodných a nevhodných potravin, kritika rodičů a „normální“ stravy jako toxické, často vyřazení masa, někdy všech živočišných produktů, pokles hmotnosti (někdy i úbytek 5 kg může vyřadit menstruaci, ale častěji jde o úbytek 10 kg a více), pak se malé procento dívek dostane na vrchol ledovce jako viditelné mentální anorektičky, větší část však zůstane skryta „pod hladinou“ neviditelné latentní úrovně, kdy závislost na stravovací kázní je stejná, ale jsou schopny si udržet pěknou štíhlou postavu a nesklouznout do kachexie. Mentální anorexie a závislost na zdravých potravinách – ortorexii, bioobsesi odděluje

jen tenká hranice, přitom touha stravovat se zdravě zní velmi bohubilb, ta nepříjemná patologická příměs je ve ztrátě flexibility a schopnosti přizpůsobit se podmínkám. Rigidní vzorec způsobuje, že pokud nejsou k dispozici biopotraviny či veganská strava, dívka nejí vůbec (výlety, návštěvy u babiček či příbuzných, hotely apod.).

Ve starší gynekologické literatuře se sekundární amenorea označuje jako „věžeňská“, podmíněná internací, válkou, hladem, stresem z odloučení od rodiny či jakýmkoliv stavem nouze. Známá byla amenorea akutního emočního trumatu. V literatuře šedesátých let se objevují popisy amenorey spojené s neurózami a poruchami osobnosti (amenorea schizofreniček a žen s bipolární psychózou či endogenní depresí). S emancipací se začala objevovat amenorea sportovkyň a kariérních žen, žen pracujících na směny a u letušek překonávajících časová pásma. Psychoanalýza poukázala na vliv podvědomí a nevědomou obranu před dospělou formou ženství u jinak zdravých žen. Ve dvacátém století ještě nebyl znám hormon gonadoinhibitor (bude objeven až v roce 2000), mnozí lékaři tedy nevěřili, že si žena může sama zablokovat menstruaci, a tyto názory odmítali jako nevědecké, dnes už nám to divně nepřipadá. Přidala se drogová amenorea (užívatelky heroinu nemají z 80 % menstruaci). V generaci dívek narozených v devadesátých letech a mileniálech se jako důvod amenorey přidává přehnaná cílevědomost a soutěživost, přetíženi studiem a z toho vyplývající životní styl výhradně v interiérech s hlavou sklopenou nad monitorem a neschopnost zdravé relaxace. Pokud nějaká relaxace je, tak za pomoci alkoholu a drog.

Dříve ženy podstupovali stimulaci hormonů nebo jim rovnou byla nasazena antikoncepce. Problém nezmizel, pouze se zamaskoval a odložil do méně vhodného věku. Hormonální antikoncepce nesrovná ani nevytvoří menstruační cyklus, jen vytvoří krvácení ze spádu syntetických hormonů, když zruší ten pravý původní, nejde tedy o žádnou terapii, ale významný zásah do lidského organismu. Říkám tomu gynekologické inženýrství.

To mělo neblahé důsledky, neboť se tím vytvářel prostor pro budoucí neplodnost, protože po vysazení HA většinou opět nemenstruovaly. Dnes se daří celkem úspěšně zvládat sekundární amenoreu psychosomatickou terapií, ale je potřeba intervenovat



včas, nikoliv po mnoha letech, kdy je dívka už přes třicet a řeší neplodnost. Základem je premisa, že obnova zdravé menstruace potřebuje obnovu autentických emocí a čištění emocionálních přetlaků.

V jiné studii, která zkoumala 2 000 žen s nepravidelnou menstruací, se cyklus více než poloviny z nich stal pravidelným, když spaly v době své ovulace venku pod oblohou.

■ Dysmenorea

Termín dysmenorea se používá buď v širokém slova smyslu – porucha menstruačního cyklu, nebo jako synonymum pro algomenorea – bolestivá menstruace. Přesněji řečeno bolest první den menstruace. Pokud bolest trvá déle než jeden den, je zde riziko endometriózy a žena musí být vyšetřena. Klasický „první den menzes škrtám ze života, protože nemůžu vůbec nic dělat“ postihuje asi 10 % dívek. Je to typická potíž nulipar (žen, co nikdy nerodily) s úzkým děložním krčkem, delším čípkem a zakloněním dozadu. Krev se hromadí v děloze a zde se rozpíná, než se jí podaří uvolnit odtok skrze hlenovou zátku v čípku. Více se vyskytuje u dívek sedících ve školních lavicích – sedavý způsob života zhoršuje tuto diagnózu, naopak měkký pohyb pánví, např. tanec, toto zlepšuje. Ostrou retropozici (zalomení dělohy dozadu) dokáže zlepšit cvičení podle Mojžíšové, zejména cvik protahující se kočky.

Dysmenorea více trápí mladé ženy, které již nějaký čas žijí pohlavně, ale k založení rodiny to nesměruje. Muž používá důsledně kondom a svatba je v nedohlednu. Pociť, že je dobrá jen pro sex, bez perspektivy budoucnosti, má blízko k pocitu zneužívání a ten se somatizuje buď jako dyspareunie nebo jako dysmenorea. Dysmenorea je tak v podstatě zkoncentrované zklamání těla z toho, že neotěhotnělo. Na vědomé úrovni je to pravděpodobně zastřeno pocitem zodpovědného dostudování a hledání zaměstnání či výhledového řešení bydlení. Někdy se dysmenorea dědí z matky na dceru. Dcera tak imprintuje bolestivou podobu ženství. Tento fenomén je skryt i v oslovení Panny Marie – Matko sedmibolestná. Některé rodiny toto vnímání ženství skrze bolest utužují a „pěstují“, jejich dcery si ani nedovedou představit radostnou a bezbolestnou formu ženství, natož ji pak realizovat je pro ně takřka nemožné. Tato „naučená dysmenorea“ je spojena s naučenou bezmocí a pasivitou. Tyto dívky dostávají omluvku z tělocviku,

někdy ani nechodí z domu, leží a oddané „to“ snášejí. Se stejným přístupem odejdou později do porodnice a s vyšší pravděpodobností porodí císařským řezem a ve věku po čtyřicítce mají také vyšší riziko hysterektomie (odstranění dělohy) pro myom či krvácení či obojí.

■ Nežádoucí plodnost v mladém věku

„Nejsem tak výstřední, abych měla dítě na střední“ (z písničky Etapy v životě ženy, Čoko Vono)

Mezi lety 2009 a 2014 běžela po celém světě úspěšná reality show společnosti MTV „Sixteen and pregnant“ (V šestnácti těhotná), bylo natočeno 62 epizod adolescentních maminek. Uživatelé Googlu ohodnotili tento pořad 83 % líků. Přesto, že jde o americký seriál, pohybuje se dlouhodobě spotřeba antikoncepce v USA kolem 17 % fertilitní populace oproti 24 % v EU a 50 % v ČR.

Kritický věk mezi menarche, koitarche a plánovaným založením rodiny je v současné době nejdelším obdobím v historii. Trvá deset, patnáct let, což nikdy dříve nebylo. Ještě dvě generace dozadu (první polovina dvacátého století) ženy dostávaly první menstruaci později, většinou až po patnáctém roce, často i v sedmnácti letech. První menstruace spustila období namlouvání, které trvalo pár let, ale dívka byla v tomto období panna. Teprve svatba byla rituálem ztráty panenství a vstup do pohlavního života, velmi brzy následovala první gravidita a do roka po svatbě se většinou narodilo první dítě. Období pohlavní aktivity bez ochoty otěhotnět prakticky neexistovalo a do reprodukčního vzorce se dostalo až v šedesátých letech, čímž vznikla poptávka po kontraceptivních prostředcích. Gilles Lipovetsky v slavném bestselleru Éra prázdnoty komentuje neofeminismus nastartovaný sexuální revolucí v šedesátých letech takto: „Neofeminismus brojí proti tomu, aby se z žen dělalo zboží... prostřednictvím boje za svobodný potrat zdarma se tu usiluje o právo na samostatnost a o odpovědnost za početí. Cílem je ženu vymanit z pasivního a rezignujícího postavení vůči nahodilostem početí. Neofeminismus, který chce, aby ženy mohly nakládat samy se sebou podle vlastní vůle a nebyly už vázány na systém rozmnožování a na svůj biologický a společenský úděl, je jednou z podob procesu personali-

zace.“ Následovalo povolení práva na umělé ukončení nežádoucího těhotenství a jen na území České republiky bylo v sedmdesátých a osmdesátých letech potraceno na sto tisíc dětí ročně. Je jasné, že poptávka po účinné antikoncepci byla velmi silná. Když farmaceutický trh přišel s nabídkou hormonální antikoncepce, vypadalo to jako velká úleva. Interupce klesly ze 100 000 na 20 000 a vše bylo zalito sluncem. Bylo třeba učinit dostatečnou osvětu, a tak se do škol hrnuly edukativní materiály o zodpovědnosti plánovaného rodičovství. Sexiál Sex ve městě zformoval nový mainstream nezávislosti.

Současné celospolečenské vědomí chápe věk patnácti let jako zlom, kdy se zahajuje sexuální život, kdy se nasazuje antikoncepce a toleruje se jistá míra promiskuity. Pro dívky to ale moc výhodné není, normální je prožít přechod z dětství do dospělosti v poměrně důležité a vysoce citlivé podobě panny. Naši předci měli pro panny speciální úkoly – jediné panny mohly trhat určité posvátné léčivé byliny, jediné panny mohly ochočit jednorozce, jediné panny mohly doprovázet nevěstu k ženichovi jako družičky atd. Také biblický text Píseň písní, 3 : 5 radí: „Zapřísahám vás, jeruzalémské dcery, při gazelách a polních lilích, nebudte a neburcujte lásku, dokud nebude chtít sama.“ A jsou zakázaná ovoce, která by panna neměla trhat – alkohol a drogy. Jak smutné je pak slyšet v ordinaci vyprávět mladou ženu, že přišla o panenství opilá na veřejném záchodku někde na párty. Koitarche je důležitým mezníkem, posvátnou iniciací a znovu připomeňme, že naši předci tomuto okamžiku věnovali velkou péči – ženu rituálně vykoupali, krásně oblékli, ozdobili ji květinami, dali jí napít vína a nakrmili ji laskominami, otec ji obřadně předal muži, stařešina jí požehnal a muže zavázal slibem... ano, je to základ, z kterého vznikla svatba, ale ta se od koitarche oddělila a původní smysl rituálu se zastřel.

Mladé ženy se dnes více identifikují s rolí milenky či partnerky než manželky a matky. Když se ptám teenegerek, co by si v životě přály, dozvím se, že by chtěly studovat, cestovat, užívat si, mít dobrou práci, vydělávat peníze... a někdy (zatím v nedohlednu), až toho všeho dosáhnou, mít muže, se kterým by počaly dítě. Ale tento plán je dosti nejistý. Zatímco cestovat můžou celý život, čas k reprodukci je nemilosrdně daný a... relativně krátký.



Rozšířenost antikoncepce mezi středoškolačkami je pořád velmi vysoká a poté, co kolem roku 2008 překročila padesát procent, se stala normativním chováním. Plátíčko pilulek ledabyly pohozené na stole vedle mobilu, případně vedle krabičky cigaret se stalo statusovým předmětem dospělosti. Antikoncepci nasazují velmi často panny a užívají ji někdy i několik let před zahájením pohlavního života, ale také poměrně často díky antikoncepci zahájí dříve, než by je jejich psychosomatický vývoj k tomu sám dovedl. Často mají ještě dětská těla, nedosáhly ani své konečné výšky, psychicky jsou to zvědavé malé holky, které se cítí trochu osamělé. Rodiče mají svých starostí dost, jejich hádky je obtěžují, hledají pozornost a sdílení, a tak učiní svůj první dospělý obchod: nabídnou svou sexualitu výměnou za hromadu sms a pozorného zájmu. Poté co se odpojily od matky, kamarádka zradila, mají konečně zase možnost se na někoho napojit.

Fenomémem je vlastní matka táhnoucí dceru ke gynekologovi, aby zkrátka neměla starosti a neprožívala bezesné noci, když její holčička „spí u kamarádky, znáte to“. „Dneska jsou ty kluci tak levý, že si neumějí ani pořádně natáhnout kondom. A on to pak samozřejmě řešit nebude.“ Většinou tyto maminky vycházejí z vlastní zkušenosti a projektují si do dcery vlastní traumatickou zkušenost z interrupce v mládí. Chování matek v pubertě dívek by mělo být přiměřeně ochranné, ale nikoliv úzkostné. Ostatně už Karel Jaromír Erben toto téma zakomponoval do balady Dceřina kletba. Je o dívce, kterou navštěvoval mládenec a „těšil se s ní“, matka to tolerovala a dívka otěhotněla, aniž by se jí podařilo vdát. Ve strachu z hanby zabije dítě a matku prokleje.

Během panenství se dokončuje pohlavní zrání těla – zatáhnou se dětské tuky na tvářích a na břišku, dětské tělo se vytáhne do štíhlého hebefilního stadia, postupně se vytvářejí sekundární pohlavní znaky a vytvoří se tuková depozita na prsou a na hýždích, boky se zakulatí. Vaječníky dozrají, ovulace se stane pravidelnou. Pokud do této přestavby těla zasáhneme syntetickými hormony, může se zaseknout, vyřadíme vlastní hormonální systém a zmátáme zpětnovazebné mechanismy. Můžeme tím vyrobít iatrogenní infantilní typ neplodnosti.

Dnes dětští gynekologové projevují rozpaky nad nástupem a průběhem puberty. Jednak

přichází menstruace příliš brzo (puberta praecox), což je dáno kontaminací životního prostředí hormonálními disruptory, jednak se menstruační cyklus dlouho nedaří stabilizovat – puberta je delší než v předchozích generacích.

Vlastní hormonální systém je důležitý i z hlediska struktury osobnosti. Hlavní ženský pohlavní hormon estradiol má kromě spouštění menstruačního cyklu i jinou „práci“. Ovlivňuje tvarování těla tak, jak se to mužům líbí – proto se nazývá „hormon útlých pasů a dmoucích nader“. Jako mnemotechnickou pomůcku při studiu medicíny jsme používali říkanku „estrogen – prsa ven“. Kristina Durantová ve své studii prokázala, že existuje korelát mezi zdravým hormonálním vývojem – fungujícím hormonálním cyklem a seběvědomím mladé ženy. Také se potvrdilo, že dívky bez hormonální antikoncepce zahajují později (až o dva roky) sexuální život. Výběr partnera na hormonální antikoncepci se mění, protože se mění složení potu a sekretů. Lidský čich je nejcitlivější smysl, dokáže rozeznat až bilion vůní a pachů, zrak vidí miliony barev a sluch „jen“ statisíce zvuků.

Pokud nahradíme vlastní cyklickou produkci estradiolu syntetickou náhražkou v antikoncepci v standardizovaných lineárních hladinách, je zřejmé, že tím změníme i prožívání mladé ženy a učiníme z ní průměrnou „lineární“ dívku. Ta sice podává „vyrovnaný výkon“ např. ve školních výsledcích, ale je zatížena vyšším výskytem deprese a melancholie, jak dokázala zatím největší komparativní studie z Dánska. Jiná studie prezentovaná European Society of Radiology v roce 2012 prokázala strukturální změny v mozku u uživatelék antikoncepce (v oblasti fornixu, což je součást limbického systému zodpovědného za emoce).

■ Když dospívající pohlí „druhá realita“

Na přelomu tisíciletí proběhla informační revoluce a dorostla generace lidí digitálního věku, jejichž nedílnou součástí jsou placaté elektronické předměty – mobily, tablety, notebooky, čtečky. Na těchto přístrojích, převážně mobilu, tráví každou volnou chvíli. Umožňují vstup do on-line světa, kde se modeluje druhá realita. Ta se stala důležitějším zdrojem identity než ta v reálném světě a tak je třeba jí věnovat maximální pozornost. S masovým používáním druhé reality vznikl nový životní styl, který generuje nové životní

vzorce – pro někoho jen nové návyky, pro někoho nové poruchy chování. Druhá realita má od té první hned několik výhod – propojuje mnohem více lidí a vytváří hutnější, více podnětnou sociální síť, než je například rodina či parta. Existuje photoshop a můžeme filtrovat svou sebe prezentaci do mnohem hezčí a zajímavější podoby. Jsme schopni vytvořit své lepší já – svého dokonalejšího a zajímavějšího avatara. Kontakt, jakmile začne být nepříjemný, se dá ukončit. I přes všechna varování o kyberšikaně je kontakt s „e-přáteli“ většinou jemnější a slušnější než v první realitě, většinou tam nikdo nikoho neuráží a nezraňuje na citlivých místech, pokud ano, tak se dá takový agresor jednoduše zablokovat.

Je to svět odpočinku, her, informací, zajímavostí. Většina e-lidí říká a píše zajímavější věci než reální lidé kolem nás. Navíc je možné je rychle střídat – surfovat nekonečným prostorem. Tento prostor objevili všichni – dospělí i děti, „každý si vybere, co jeho je“. Jenže rodiče musejí zvládnout zdánlivě běžné věci – vydělat na domov a uživit své děti, zbývá tedy čas večer. Tito rodiče, zejména ve velkých městech, jsou často velmi unavení a nemohou se soustředit na tzv. kvalitní čas sdílení, a i kdyby se snažili, přesvědčování ostatních, aby také chtěli, je spíš neúspěšné. Snaží se ze všech sil o finanční a organizační udržení funkční domácnosti a sami se dostávají do stavů permanentního vyčerpání. Nemají sílu na žádnou formu aktivního odpočinku, dokonce často ani na manželskou intimitu. Není pak výjimkou rodinný večer, kdy v jedné místnosti sleduje uvláčená matka už poněkoli oblíbený seriál, kde se nevyskytují žádné děti, v druhé místnosti surfuje otec po porno stránkách a snaží se odreagovat vztek na své panovačské kolegyně z práce scénami sexuálního ponižování a v další místnosti se dítě se sluchátky na uších snaží dostat do dalšího levelu hry bez ohledu na to, že jsou tři ráno. Vzniká začarovaný kruh spánkového deficitu a stavu permanentní malátnosti, kdy na nic jiného než na klikání nezbývá energie. Fixuje se závislost se všemy symptomy a důsledky.

Nejde ale jen o nevýhody. Jelikož je dětský organismus adaptabilnější, přizpůsobuje se snadněji míře podnětů z obrazovky. „Moje dcera při prohlížení fotek nebo textů na monitoru tak rychle překlíkává, že můj mozek tyto sekvence nestihne vůbec vnímat. Jako



kdybych měla zastaralý model mozku a ona měla upgrade mozku," říká jedna z matek. Upgradovaný mozek ale reaguje podstatně méně kultivovaně na změny psychiky vyplývající ze závislosti. Zatímco dospělý člověk dokáže alespoň částečně korigovat svoje stavy mrzutosti a sociálního stažení, závislé dítě či teenager bude komunikovat velmi úsporně, nebude vyhledávat oční kontakt a bude snadno propadat vzteku. Někdy mohou být tyto symptomy mylně považovány za některou z forem autismu. Psychologické rady jsou velmi často „mimo“. Nabádají rodiče, aby si s dětmi povídali, trávili s nimi aktivně volný čas a tak trochu si přihřívají polívčičku na rodičovské vině. Ve skutečnosti by většina rodičů přivítala, kdyby si s nimi bylo dítě ochotné trochu více povídat. Daleko častější než sobecký ignorující rodič, je škemrající rodič ve dveřích pokoje, do kterého se ostýchá vstoupit, který se servilně podbízí atraktivním programem či teplou třichodovou večerí. „Byl jsem se svou dcerou na jachtě. Udělala si pár selfíček, poslat to na instagram, pak si nasadila sluchátka a byla dole v kabině. Kdybych jí na týden pronajal sklep s postelí a wifiinou, vyšlo by to na stejno a dost bych ušetřil,“ říká jeden z rozvedených otců, který chtěl atraktivní dovolenou napravit rozvodem zpřetřhaný vztah.

Zrychlení tempa je možné dobře sledovat na filmech. Pustíme-li si film z 20. století a jakýkoliv broadcast z posledních let, je rychlost střihu i mluvených dialogů zjevná. Skvělým materiálem k posouzení trendu mohou být i seriálové řady HBO pro ženy. Porovnáme-li Sex ve městě s modernější verzí Girls, zaujme hned několik posunů. Stejný je New York a schéma čtyř mladých žen. Hlavní hrdinka Girls vzdoruje diktátu krásy, takže má nadváhu, kašle na oblečení i líčení. Její snobismus se projevuje ve vybroušených dialogích s řadou odkazů na jiné zdroje virtuální reality. Její status se odvíjí od umění vybírat si správné informace, správnou hudbu a filmy, mít správné názory na vše možné a konzumovat správný druh zážitků. Být in už není ve značkovém oblečení, kabelka s monogramem či boty na podpatku za 400 dolarů uvízly jako statusové předměty v devadesátých letech, stejně jako se to stalo norkovým kožichům a mercedesům v osmdesátých, značkovým džínům v sedmdesátých, balonáčkům v šedesátých, porcelánovým servisům v padesátých a klo-

boukům ve čtyřicátých letech. Dnes panuje elektronický snobismus – fronty se stojí na nejnovější verze mobilů a instagramový profil je důležitější než curriculum vitae. Elektronické předměty a technologie jsou vždy aktuální a platí, že kdo chvíli stál, navždy zůstal opodál. Změnila se komunikační řeč, je krátká a úsporná se spoustou zkratk a náznaků. Newspeak je elitářským znakem. Jen zasvěcený do nového náboženství ví, že zpráva ASAP znamená as soon as possible, tedy pošli to co nejrychleji, nebo LOL lots of laughs (k smíchu). Znalost angličtiny je bezpodmínečná, řada výrazů se nepřekládá, ale akademická angličtina je k ničemu, zkratky vycházejí z fonetiky či vtipných dvojsmyslů. Dokonce si headhunteri stěžují, že absolventi umějí hůř anglicky než absolventi kolem roku 2000. Mozek musí dekodování zvládnout v tempu, jež je pro lidi, kteří svůj mozek nevytrébovali v raném dětství, nemožné zvládnout.

Zrychlení vnímání vede na druhé straně k jakémusi životnímu zpomalení psychovývoje v tradiční posloupnosti dětství – produktivní věk. Sociální porod, který tyto dvě období odděluje, bývá velmi bolestivý. První díl seriálu Girls začíná scénou, kdy se rodiče snaží stydlivě oznámit dceři, že už nebudou dál financovat její bezplatnou absolventskou stáž, zejména po již tak natahovaných studiích, což u dcery vyvolá vlnu rozhořčení a vzteku. Odchod do samostatného života bývá čím dál problematičtější, protože když strávíte tolik času ve schématu školního roku se spoustou volna na konzumaci virtuální reality, tak logicky neumíte pracovat. „Dokud funí, budu u ní“ – tak shrnula své dojmy matka, které se doma válí třicetiletý „teenager“. Neschopnost „vyletět z hnízda“ je více problém mladých mužů, ale týká se i žen. Ve věku 23–29 let žije společně s rodiči přibližně 10 % žen a 25 % mužů.

Snaha odložit vstup do dospělosti se odráží v potřebě odložit každou povinnost. Zodpovědnost děsí. To rodičovské přišerné snažení se, aby budoucnost byla lepší, nejlepší, skvělá, způsobilo, že se jejich život stal plahočením se za vidinou budoucího dobrého života – pak si budu užívat, pak budu cestovat, až splatím hypotéku, až, až... místo užívání si se ale většinou rozvádějí či onemocní – tedy jejich názory se nedají brát vážně.

Když člověk věnuje hodně energie a času druhé realitě, tak mu logicky nezbývá dost

času na první. Čas strávený v nehybnosti před monitorem čítá mnoho hodin denně a to se odráží na pohybovém aparátu i na dalších tělesných funkcích. V populaci klesá pohybová gramotnost. Průzkum Odborné společnosti praktických dětských lékařů prokázal, že třetina dětí se hýbe sotva dvě hodiny týdně. Vliv na tělo je jednak přímý – daný sezením či ležením, a jednak nepřímý – lidé tráví většinu času v interiérech s minimem pohybu venku. V populaci klesá přirozený příjem vitamínu D, což je mnohem více hormon než vitamin a má vliv na řadu funkcí včetně křivé páteře či plodnosti. Uživatelé placíček jsou vystaveni elektromagnetickému záření, o jehož účinku na organismus zatím mnoho nevíme. Autoři probíhajících studií spekulují o možné zvýšené lomivosti DNA nebo o potlačení opravných procesů, funkci onkosupresorních genů. Směrnice Mezinárodní komise pro ochranu před neionizujícím zářením (ICNIRP) prozatím zní: Nebyly zjištěny žádné nepříznivé zdravotní následky způsobené expozicí radiofrekvenčním polím s úrovní nižší, než jsou expoziční limity. Někteří lékaři se ale s tímto tvrzením nespokojí. Společnost Energy Biotechnology již v roce 2001 publikovala odbornou studii s cílem objektivně posoudit možné vlivy mobilů. Používání mobilních telefonů je spojováno s různými poruchami souvisejícími s činností mozku (bolesti hlavy, poruchy spánku, soustředění apod.), genotoxickými efekty a dokonce s možností vzniku rakoviny. Mezinárodní vědecký výzkumný projekt třinácti zemí MOBIKIDS, zahájený v roce 2009, si klade za cíl prozkoumat možné zdravotní souvislosti mezi bezdrátovými technologiemi vč. mobilních telefonů, faktory životního prostředí a vzrůstajícím počtem nádorů mozku u dětí a mládeže. Mezi dětskými malignitami jsou nádory na mozku druhou nejčastější malignitou po leukémii. Výskyt těchto nádorů u mladých lidí pod 20 let v poslední době roste. Světová zdravotnická organizace (WHO) sleduje tento problém a vyčlenila fondy na studie možností vzniku rakoviny při používání mobilních telefonů. Změny v mozkových funkcích pod vlivem záření mobilního telefonu studují mnohé vědecké týmy. Jeden z nich konečně objevil, co konkrétně elektromagnetické záření z mobilů způsobuje. Neohrožuje totiž mozek přímo, ale oslabuje jeho schopnost bránit se nežádoucím látkám. Důkazy o tom, jak kon-



krétně působí EM emise z mobilu na mozek, přinesl výzkum finského Ústavu pro radiaci a nukleární bezpečnost. Doktor Leszczynski zjistil, že i malé množství záření, jaké produkuje mobil, oslabuje stěnu cév v mozku. Kvůli tomu se do mozku mohou dostat nebezpečné látky, proti nimž je jinak chráněn. Nejen zjištěními, ale také metodikou je výzkum finských doktorů zlomový. Při testech totiž byly používány lidské buňky, nikoliv krysy, jak to mu bylo v dosud prováděných pokusech. Vědci při testech vystavovali tkáň záření odpovídajícímu hodnotám těsně pod evropskými limity (tedy 2 wattů na kilogram hmoty). Při dlouhodobém působení (déle než hodinu) buňky, které tvoří stěnu mozkových cév, začaly slábnout. Kdyby se nacházely skutečně v mozku, omezily by pevnost stěny natolik, že by přes ni mohly do mozku z krve proudit nebezpečné látky obsažené v krvi. Tyto cévy v mozku totiž mají zvlášť pevnou stěnu, aby byl mozek velmi dobře chráněn před přílivem škodlivin. Bylo tak zpochybněno, že elektromagnetické záření z mobilních telefonů je zcela bezpečné. Vedoucí projektu doktor Leszczynski říká: „Možná jsou naše těla schopná se s tímto problémem vypořádat, to ukáže až čas. Pokud tomu tak ovšem není, znamená to jasné zdravotní riziko.“ Jeho postoj však jasně ukazuje, jak klidně zatím většina lidí tato zjištění bere. Rozhodně za prokázané lze považovat zjištěné snížení pozornosti řidičů automobilů při telefonování, které není dáno pouze odváděním pozornosti, ale určitými zcela konkrétními vlivy na mozek.

■ Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexii proslavila už cisařovna Sissy a Mariánské Lázně se v 19. století proslavily svou sofistikovanou léčbou obezity. Přesto můžeme říci, že poruchy příjmu potravy jsou v počtu postižených až novodobou epidemií. Ať už ve smyslu závislosti na excesivním příjmu potravy s následkem monstrózní obezity, nebo závislosti na zvracení u bulimie, či závislosti na projímadlech u anorexie. U nutkavého přejídání je člověk doslova uvězněn ve vlastním těle a umírá předčasně, podobně jako by bral drogy.

Kazuistika Johany, 16 let:

Celé dětství údajně trpěla nadváhou, v patnácti letech 68 kg. Má dva sourozence, ale starší sestra PM retardace, zemřela v ústavu ve věku 15 let na mozkové krvácení, nikdy ji neviděla (matka si to nepřála). Po smrti otce,

který zemřel ve věku 48 let na Grawitzův tumor ledviny, tehdy je Johaně 14,5 roku, reaktivní deprese spojená s nechutenstvím – poprvé zhubla, což byl sekundární zisk utrpení, poté už cílená hladovka, zřejmě v rámci negace mateřského vzoru (matka 160 cm/95 kg), matka naopak smutek zájímala. Za rok váhový úbytek -21 kg. Zjistila, že již není schopna zastavit hubnutí. Cítila se slabá a unavená, zástava cyklu.

První hospitalizace při váze 48 kg, po propuštění úbytek pokračuje, druhá hospitalizace při váze 46 kg, doporučena k vyšetření na psychiatrii v Motole – nerealizováno. Nejnižší váhu udává 44 kg.

Nyní třetí hospitalizace při váze 45,5 kg. Studuje střední školu, na vysvědčení dvě trojky z fyziky a matematiky. Nesportuje, koníčky nemá. Je hodně na mobilu. Zajímá se o nadpřirozené jevy.

Z gynekologické anamnézy:

Menstruace od 12 let nepravidelná 28 +/- týden, 7-9 dní, nyní rok trvající amenorea, výtok 0, virgo. Nález neodpovídá věku, atrofický obraz s nízkým stupněm vyžívání, hypoestrogenismus. Při psychiatrickém vyšetření konstatována absence pozitivních citových vazeb, sociální izolace, porucha sebevědomí v kombinaci s cílevědomou ambiciózní složkou. Náhled spíše předstírá ze strachu před hospitalizací na psychiatrii. Nyní depresivně a introvertně laděná, udává anxiostu – při obavách zvrací, odpovídá úsporně a tiše, pohyby jsou pomalé, držení těla schoulené, kognitivní fce v normě. Závěr: mentální anorexie – chronifikovaná forma, lze očekávat rezistenci vůči terapii a sklon k relapsům. Prognóza je nejistá. Mentální anorexii s bulimickou složkou a s epizodami zvracení na podkladě anxiety bude velmi obtížné zvládnout ambulantně.

Úspěch závisí na spolupráci matky, která musí dohlížet a kontrolovat stravování dcery – v tomto případě obtížně dosažitelné. Možné je budoucí převážení bulimické složky nad anorektickou. Podmiňující je sociální a psychická stabilizace.

Nově je mentální anorexie (dříve anorexia nervosa) zařazena mezi adiktivní choroby. Proč tolik mladých žen ztrácí svou vnitřní svobodu a dostává se pod krutý tlak vlastních myšlenek?

Tou nejcennější komoditou je zdraví a k tomu, aby mohla být mladá žena zdravá, potřebuje pocit vnitřní svobody. Svoboda je obecně považována za jednu ze základních

hodnot lidského života. Je zřejmé, že vzrůstá aktuálnost tématu svobody. Svobodu nám již neberou otrokáři, etnické války a politické režimy, ale nízká obezřetnost před látkovými a nelátkovými závislostmi. Konzumujeme s jistou naivností vše, co je schopno nám vyloučit dopamin a rozpustit tenzi – od tradičních abuzerů – alkoholu a cigaret, přes ty modernější – kofeinových nápojů, energy drinků, až po tvrdé drogy, přidávají se dodavatelé vizuálních podnětů – konzum počítačových her, porna, sociálních sítí a obsesivní počítání liků. Neuromarketing našel spouštěč dopaminu v našem mozku a vytvořil chorobné nakupování a kupení předmětů. Vznikla nová kapitola nelátkových závislostí, jako je kompulsivní přejídání, bulimické zvracení, anorektické hladovění, excesivní sportování, sebepoškozování řezáním. K tomu připočtíme obrovskou skupinu lidí závislých na „lécích“ – psychofarmakách, analgetikách, hormonální antikoncepci. Z praxe víme, že nejvíce obávané závislosti na drogách nepatří mezi ty nejhůře zvládnutelné. Zdálnivě méně škodlivé a tolerované závislosti jsou stejně těžce řešitelné a ve svém důsledku mohou zabít svého nositele stejně jako zlatá rána heroinu.

Rozkolísané hladiny dopaminu vytvoří nestabilní nestrukturovanou osobnost. Vznikne návykové nutkavé chování. V mozku se změní struktura bazálních ganglií. Začne kolotoč výmluv, malých a větších lží. Člověk se točí v bludném kruhu studu a viny, kreativita se omezí. Vzniká závislostní chování a to se projevuje i ke vztahu k jiným lidem, třeba partnerovi. Závislost na partnerovi vede k sebeponižování a vztekání. Pro trochu molekul dopaminu udělají cokoli – obětují volnost duše, peníze, svoje zdraví a v důsledku i svůj život. Příroda to trestá odnětím vitality a nemocí.

Závislí lidé jsou novodobí otroci, kteří se dají snadno manipulovat, jsou ochotní konzumenti a odevzdávají svoje peníze neznámým lidem schovaným za anonymní korporace. Někteří levicoví sociologové to nazývají obdobím korporátního fašismu. Nebezpečnost neuromarketingu je v podprahovosti a v skryté manipulaci v získávání prvokonzumentů. A vytvoření návyku.

Předchozí generace žen zformovaly příběh o tom, že jsou to děti, které berou svobodu – že to je ta sebezničující ztráta svobody, ale nebylo to mateřství – samotná podstata ženství, ale forma mateřské role, která ne-



byla v pořádku. Místo kultivace formy jsme se nechali navést na falešnou stopu – chemické umělé prodlužování mládí pomocí syntetických hormonů neplodnosti. Ale svobodu to nepřineslo, jen jiné formy nesvobody. Skutečná svoboda nespočívá v tom, že máme spoustu volného času a nemáme žádné povinnosti, že si zdánlivě můžeme dělat, co chceme. Pravou svobodu máme tehdy, když máme možnost se rozhodovat. Můžete nést zodpovědnost za výchovu dítěte nebo mít velkou zodpovědnost v zaměstnání, mít hypotéku, přesto můžete být vnitřně svobodní.

Pokud se závislá žena stane matkou, jen málokdy je její láska k dítěti uvolněná, hravá, bezpodmínečná. Častěji uplatňuje metodu podmíněné lásky a manipulativní „cukr a bič“ – posloucháš-li, budeš odměněn něčím, na čem ti záleží (drogou), neposlechněš-li, budeš potrestán. Takto zdeformovaný vztah může připomínat chování narkomana a dealera. Častěji se dostává do nezvladatelné tenze, křiku a vzteku. Zotročit své blízké dokáže i na první pohled bezbranná stařenka, která jako manipulaci používá pocit viny. Otrokářem se dokáže stát dokonce i dítě, vycítí-li slabost matky a podaří-li se mu převzít moc.

Většina z nás se někdy uchýlí k manipulaci, ale jde o míru. Pokud je manipulace a pozice silnějšího jako normativ ve vztahu, může mít stejný devastující dopad na psychiku jako fyzické domácí násilí. Klasickou obětí je původně důvěřivá osoba s vysokou motivací prospět, která má nižší sebedůvěru a má problém se sebezpětím. Ve výsledku nacházíme zlomené lidi bez vlastní vůle, kteří žijí v trvalé deprivaci a neváží si sami sebe. Pravá svoboda je v tom, že děláme to, pro co se sami z vlastní vůle rozhodujeme. Zkuste najít svá malá vězení: Rozhodujete se svobodně sníst další porci, protože si přeci dopřejete, když ostatní vám nedávají, co potřebujete? Líbí se vám, že jste napsala 1 823 komentářů na chaty za poslední měsíc? Připadá vám normální, že si použítte tento seriál už počtrnácté? Chcete skutečně kouřit příští měsíc i za rok, protože si prostě zasloužíte ty malé chvílky odpočinku, kdy máte čas juknout na Instagram? Je vaší svobodnou volbou myslet 10 hodin denně na expřítele a chodit kolem jeho domu? Jste to skutečně vy, komu je na omdlení, když uvidí drobeček na koberci, protože „co je na tom špatného, že mám ráda pořádek“? Musíte

si každý den mýt vlasy, protože jinak jsou „příšerně mastné“? Máte skutečně radost z pohybu, když vám v pět ráno zazvoní budík, abyste mohla hodinu cvičit, i když víte, že po práci půjdete běhat 12 km? Atd., atd...

■ Hormonální dysbalance

Syndrom polycystických ovarií (PCOS – polycystic ovary syndrome)

Syndrom polycystických vaječníků je ve starší literatuře poeticky nazýván „tichý zloděj ženství“, protože podstatou je hormonální nerovnováha – hyperandrogenémie (vyšší sérové hladiny androgenů, především DHT). Před existencí kosmetického průmyslu a depilace takovou ženu prozradilo chmýří na horním rtu – náznak knírku, trudovitá hrubší pleť a mastnější vlasy. Podle odhadů PCOS trpí 8–12 % žen evropské populace, což dělá z této nemoci nejčastěji se vyskytující endokrinopatii u žen v plodném věku.

Kazuistika: Lenka si změnila jméno na Lena. Nechce být žádná malá Lenka, ani kama-rádka Lenka, ani Lenka odvedle. Hlavně ne ta Lenka, co vyrostla v paneláku na Proseku. Usiluje o vnitřní růst, o probuzení své spirituality. Vydala se na cestu vnitřní transformace. Na tantrickém výcviku se sblížila s šamanem, s kterým cítí vnitřní souznění. Je bohužel podruhé ženatý, ale domluvili se na svobodném vztahu bez žádných maloměřšťáckých omezování. Její matka měla dvě děti a žije průměrný nepříliš uspokojivý manželský život. V klimakteriu ztloustla, pořídila si malého psa a po večerech se dívá na trapné seriály. Lena nemá televizi, je veganka, nemaluje se a zajímá se o ekologii. Nechce se vdát ani mít děti. Neplodnost ji tedy netrápí, co jí vadí, je ochlupení na podbřišku a stehnech a také akné. Má strach, že by mohla přibrat a dostat cukrovku, jak se dočetla na internetu. Je naléhavá, její řeč je důrazná, působí rázně.

Pokud berou antikoncepci, tak většinou dlouho o své nemoci vůbec nevědí. Na antikoncepci dochází k ovulaci jen občas, takže není stimul pro vznik cyst. První otázník tak vznikne až po vysazení antikoncepce kolem třicítky, kdy se konstatuje amenorea nebo oligomenorea (ne obligatorně) a po nějaké době se vytvoří cysty. Žena bez ovulace samozřejmě nemůže otěhotnět.

Paradoxní je, že většina žen začne řešit tuto hormonální nerovnováhu především ze strachu z nadváhy a vypadávání vlasů. Strach o reprodukční zdraví a jejich eventuální ma-

teřství je upozaděn právě již probíhajícími hormonálními změnami.

Že „cystu na vaječniku“ má občas kdekdo a ničím takovým netrpí? Nejsou cysty jako cysty. Čas od času se opravdu mohou cysty spontánně objevovat a zase mizet, jejich přítomnost však ještě neznamená syndrom PCOS. Zde jsou zpravidla celé vaječnický zvětšené a obalené shlukem velkých folikulů, které vznikají chronickou anovulací – v těle totiž nedochází k uvolňování vajíček a normálnímu menstruačnímu cyklu, jako je tomu u zdravých žen. Vyšetření testosteronu a androgenů je základní předpoklad pro vyslovení této diagnózy, přesto mnoho gynekologů, kteří vidí cysty na ultrazvuku, toto vyšetření neprovede. Do základního triasu symptomů tedy patří nadlimitní sérový testosteron, ultrazvukové vyšetření vaječnicků „PCO like“ s obrazem většinou mnoha drobnějších cyst, někdy vytvářejících obrazementálu, a do třetice tělesné změny, především zvýšení ochlupení na netypických místech a maskulinizující tvar pubického ochlupení směrem k pupíku. Protože hladiny hormonů nejsou stabilní, ale funkčně se mění, můžeme nalézt i hyperandrogenemii bez cyst, a nebo obráceně – cysty jsou, ale testosteron je v normě, ale vždy při horní hranici. Pak je potřeba udělat kompletní hormonální profil a hledat, jak se ovulace blokuje.

S přibývajícími roky, pokud by nedošlo k nápravě, se začne měnit tvar postavy, pas se ještě více zarovná, horní polovina těla bude robustní, zvýší se objem paží, obrys postavy je „skříňovitý“, hlas zhrubne a posadí se do nižší tóniny, vlasy, které mají tendenci se mastit, zřidnou a může se objevit alopecie. Pokud žena nebude sportovat a hýbat se, s blížícím se klimakteriem (v tomto případě andropauzou) ztloustne a nadprůměrně se zvýší její riziko metabolického syndromu a cukrovky, protože již delší dobu je vyšší inzulinová rezistence. Má oproti ostatním lidem 3× větší riziko infarktu a mrtvice.

A aby toho nebylo málo, narušené hormony způsobují také narušenou psychiku. K potížím s cyklem a hmotností se tak přidávají ještě úzkosti, deprese, potíže se vztahy a sociální fobie. Jejich vztahy jsou častěji konfliktní, protože nedokáží naplnit očekávaný obraz submisivního ženství. Velmi často tyto ženy žijí na konci středního věku buď samy, nebo v lesbických vztazích.



Pokud mají děti, tak si je pořídily v brzkém mládí před prohloubením fyzických změn. Přestože souvislost mezi nepřítomností ovulace a menstruace, zvýšeným ochlupením a obezitou popsali už vědci Stein a Leventhal ve 30. letech minulého století, stále na tento syndrom neexistuje žádná kauzální léčba. Většinou se pouze nasadí antikoncepce, aby se nevytvářely další cysty. Přitom existuje podezření, že za etiologií stojí právě některé typy antikoncepce, v podezření je Diane 35 a české generikum Chloe. Při výraznějších změnách se podávají antiandrogeny a v případě touhy otěhotnět se žena odešle do IVF centra.

Vzhledem k tomu, že v posledním desetiletí stoupl výskyt abnormalit menstruačního cyklu, je pravděpodobné že i výskyt PCOS stoupá. Dnes je již prokázána souvislost s epidemií cukrovky a metabolického syndromu a i PCOS je řazena mezi civilizační choroby. Tomuto tvrzení nicméně částečně nahrává i tradiční čínská medicína, která za jednu z příčin PCOS označuje typickou „západní“ stravu s přemírou cukrů, tuků, mléka a průmyslově zpracovaných potravin. Ukazuje se, že skutečně změnou životních a stravovacích návyků lze prognózu zvrátit a i u „beznadějných“ pacientek po nějaké době může dojít ke spontánnímu početí a prosperující graviditě. Léčbou první volby by tak měla být správná dieta, bohužel informovanost českých doktorů je v této otázce žalostná.

Nejdůležitějším opatřením pro ženy s PCOS by se podle posledních poznatků měl stát boj proti inzulinové rezistenci, což znamená nejen vyškrtat z jídelníčku sladkosti, cereálie, škroby a jídla s vysokým glykemickým indexem, ale i sladší ovoce a takové věci, jako jsou brambory, mléko, konzervovaná rajčata, kukuřice. V zahraničí stále vznikají nové vědecké studie, které zkoumají aspekty přispívající k této nemoci a které objevují další a další překvapivé souvislosti. Ke zhoršení příznaků této nemoci přispívá i nedostatek jódu, zinku a vitamínu D, pití kávy a kofeinových nápojů, kouření či pití z plastových lahví, které často uvolňují do organismu nebezpečné hormonální disruptory typu bisfenol A (BPA). Především je však pro tyto ženy velmi důležitý nestresový pohyb na každodenní bázi a trvající nejméně hodinu. Sedavý životní styl inzulinovou rezistenci zhoršuje, zatímco tělesná námaha, nejlépe venku s dostatkem kyslíku, jednak

zvýšuje citlivost buněk na inzulin, jednak blahodárně působí na hormonální činnost. Často tak uvedená opatření mohou sama o sobě znormlizovat menstruační cyklus, zmírnit příznaky nemoci a umožnit ženě otěhotnět i bez užívání silných a škodlivých hormonálních přípravků.

■ Hyperkortizolémie, hyperprolaktinémie

Vzhledem ke zvyšujícímu se množství provedených zobrazovacích vyšetření se zjistilo, že část žen má patologické struktury v oblasti nadledvin. Vzhledem k tomu, že byly objeveny náhodně, nikoliv při cíleném vyšetření, vžil se název incidentalomy nadledvin (náhodně objevené tumory, incidentalomy mohou být i jinde, například v hypofýze, nás ale teď zajímají právě ty nadledvinové). Někdy se neobjeví ani při CT či MRI vyšetření a zjistí se při chirurgickém zákroku až po rozříznutí žlázy nebo až při pitvě (pitevní incidentalomy). Prevalence je vyšší u žen než mužů a stoupá s věkem. U mladých žen do třiceti let je vzácná, později se zvyšuje až na 7 %. Většina z nich je benigní, ale to, co z nich činí nebezpečné útvary, je jejich hormonální aktivita. Čím jsou větší, tím více jsou hormonálně aktivní, větší než 3 cm jsou téměř vždy aktivní. Nejčastěji způsobují subklinický hyperkortizolismus či neobvyklé vylučování androgenů, méně často hyperaldosteronismus. Zvýšená funkce nadledvin jde pak ruku v ruce s nadměrným zadržováním tekutin způsobujícím rychlé váhové skoky, což je pro mnoho žen značně demotivující: „V květnu jsem shodila tři kila, znovu oblékla oblíbené kalhoty. V červnu mi najednou nebyly vůbec a teď je zase zapnu. Je tohle normální?!“ ptá se rozhořčená žena s dysbalancí.

Subklinický hyperkortizolismus je velmi nenápadný, ženy vypadají zdravě, snad jsou trochu více hádavé, podle jedné studie se častěji rozvádějí a mají potíže s otěhotněním. Vyšetření kortizolu nepatří mezi obvyklá gynekologická vyšetření, a tak tvoří skupinu „neplodnost z neznámých příčin“. Většinou jsou odeslány do IVF centra, kde podstoupí zátěž hormonální terapie s pozitivním či negativním výsledkem. Po čtyřicítce se začínou léčit s vysokým krevním tlakem, začínou se přidávat další symptomy metabolického syndromu.

Nutno podotknout, že vyšetření kortizolu není jednoduché a určitý problém je s interpretací ranní hodnoty kortizolémie. Používá

se krátký supresní test s 1 mg dexamethasonu či diurnální stanovení hladiny kortizolu v plazmě v 8 h, 16 h a 24 h a stanovení odpadního volného kortizolu v moči za 24 h, to se ale dá dělat jen za hospitalizace.

Nesekreční incidentalomy mají tendenci k růstu (i 1 cm/rok) a většinou se pak stávají sekrečními.

■ Relativní hyperestrogenémie na úkor progesteronu

Estrogen je hormon, který se uplatňuje především v první polovině menstruačního cyklu a v okamžiku ovulace by jeho dominanci měl vystřídat progesteron. Estrogen je ale také součástí tzv. aktivních hormonů a má tendenci se zvyšovat při vysokém životním tempu a vysoké aktivitě ženy, např. při státnicích či při nástupu do zaměstnání. Dlouhodobě vysoká hladina estrogenu působí anabolicky (ženy mají dost svalové hmoty), zvyšuje triacylglyceroly v krvi (pohotovostní energie), způsobuje retenci vody a sodíku, působí přísun tuku do kůže a mastí pleť a vlasy, zvyšuje riziko vzniku žlučkových konkrementů. Často jde ruku v ruce i se zvýšením testosteronu u zvláště soutěživých žen s vysokým pracovním nasazením.

Situaci komplikuje i vysoký podíl xenoestrogenů (ftaláty) v životním prostředí. Hyperestrogenémie vede k neplodnosti. V roce 1946 poprvé prokázal existenci fytoestrogenů (homonálně aktivních a estrogenu podobných látek v rostlinách) Bennetzen v souvislosti s neplodností ovcí pasoucích se na určitých pastvinách. Vznikl termín „clover disease“ – jetelová nemoc. Poté byla zaznamenána v zoologických zahradách ztráta rozmnožování u zvířat krmených sójovými proteiny. Nejznámější skupinou fytoestrogenů jsou isoflavony, kumestany, lignany a další. U rostlin mají funkci ochrannou – antiparazitární, antimikrobiální a fungistatickou. Isoflavony jsou celkem slabé fytoestrogeny, proto se využívají v klimakteriu jako bezpečná substituce u rychlého poklesu vlastní produkce estrogenu. Kumestany jsou silnější estrogenově působící látky, jsou v červeném jeteli (toho se denně asi nepřecpeme), ale jsou i v kávě a čaji! Takže pokud má nějaká mladá žena symptomy hyperestrogenismu (menstruační nepravidelnost se sklony k prodloužení cyklu až amenorea, intermenstruační krv, mastodynie – přílišné zvětšování prsou v průběhu cyklu a bolestivost, bolest hlavy,



zvýšená poševní sekrece, tíha nohou, nárůst hmotnosti, záchvaty paniky), rozhodně by se měla vyhnout každodenní konzumaci kávy nebo čaje.

Funkční hyperestrogenémie (nenádorová) se dá zvládnout úpravou životního stylu. Podle zbarvení a délky menstruace se dá vyvodit, jestli žena trpí nadměrnou produkcí či špatným metabolismem estrogenu, nebo nedostatkem progesteronu. Pokud převládá nadmíra estrogenu, pak je třeba omezit fytoestrogeny a xenoestrogeny, které se do těla dostávají např. z kravského mléka či kuřecího masa. Je potřeba, aby v jídelníčku bylo dost jiných bílkovin a omega-3 tuků, méně škrobů, vzdát se cukráren a kaváren, nekonzumovat alkohol (zatížení jater alkoholem zpomaluje odbourání estrogenu), více odpočívat a relaxovat.

Když tělo nezvládá produkovat dostatek progesteronu, v době před menstruací se naopak nasazují fytoprogesterony, např. z rostliny *Dioscorea villosa*, ve stravě zařazujeme žloutek, červené maso, sladké brambory a obecně potraviny bohaté na zinek. Soju lze jíst (hlavně v období před menstruací), ale v přirozené podobě, kde je zpracováván celý bob, nikoli jen jádro. Úplně zakázaný je však tzv. „soya protein isolate“, který je bohužel ve většině běžně dostupných sojových produktů.

■ Reprodukční prokrastinace

Z ordinace: „Biologické hodiny – nechápu, co to je. Žádný tik tak neslyším.“

Dítě na střední je výstřední, dítě ve dvaceti je čára přes rozpočet všemu, o co mladá žena usiluje, dítě v pětadvaceti je pořád ještě brzy, ještě neodškrtnala všechny destinace ze seznamu, sluší se to až kolem třicátých narozenin. Ale to už se také může stát, že žena není tak úplně zdravá.

V roce 2011 ukazuje médiím svou představu života moderních žen německá ministryně pro rodinu Kristina Schröder. Na tiskovou konferenci dorazila na jehlových lodičkách, s pečlivým make-upem, s deskami pod paží a... s těhotenským břichem. Reálná demonstrace, že můžete mít všechno – kariéru, rodinu a přitom neztratit sex-appeal, zdůraznila, že rozhodně neplánuje se stáhnout z politiky. Balíček „three-in-one“. Na většinu ostatních žen to působí jako facka – jak to, že jsem v práci od rána do večera a na dítě prostě nemám? Jak to, že jsem už několik let doma s dětmi a do práce se nezvládám

vrátit, protože si nejsem schopná vydělat na hlídání? Jak to, že se udržím na těch jehlách? Já si nestihnu ani koupit nový džín. Bože, já nemám ani chlapa, který by mi to dítě udělal. Požadavek kloubení se stal filtrem, který procedil novou elitu. Vypadají skutečně super, ty úspěšné a těhotné ženy. A už krátce po porodu pobíhají po světě štíhlé jako břízky, stíhají cvičit, běhat, pracovat a k tomu jsou milující matky a partnerky. Tento elitní model má v sobě cosi nervujícího. Vzbuzuje soutěživost u dívek na životním startu a vnáší nezdravou ambicióznost. Stín falše se dá jen těžko postřehnout. Past reprodukční prokrastinace do doby až, až (budu myslit) je připravena.

Nebudeme zastírat, že hormonální antikoncepce je pilíř zisku pro farmaceutické firmy, patří mezi nejziskovější produkty a snaha zvýšit jejich konzum je sledována především zájmy zisku. Jen v ČR se obrát pohybuje mezi 3 a 5 miliardami Kč ročně. Proto se vytváří z kontraceptivního přípravku „lék“, což není úplně fér. Lék na pleť, lék na poruchy menstruačního cyklu, lék na premenstruační syndrom, na menstrační bolesti atd. V roce 2005 dokonce registrovala firma Schering Pharma v ČR farmaceutikum Diane 35 nikoliv jako antikoncepci, ale jako dermatologikum, přesto se stalo nejvíce předepisovanou antikoncepcí. Teprve když vznikl v roce 2013 problém se zákazem ve Francii kvůli čtyřem úmrtím na akutní infarkt myokardu, ukázalo se, že v ČR to není registrováno mezi antikoncepčními přípravky. Tato firma také provozovala webové stránky antikoncepce.cz, které sehrály důležitou roli v období, kdy bylo potřeba Češky naučit antikoncepci užívat. Tvářily se jako veřejný informační portál, nikoliv jako propagační webovka jedné firmy. Jediné, co mohlo návštěvníka zarazit, byla drobnou linkou písmem napsaná věta „firma Schering Pharma se zříká zodpovědnosti za pravidelné uveřejňování nových informací nebo uvádění informací zde uvedených do souladu se skutečností v čase“.

V České republice počet uživatelů hormonální antikoncepce zdolal polovinu (50 % všech žen ve fertilním věku) někdy kolem roku 2010. Větší opatrnost nezpůsobil ani varovný fakt, že v roce 2003 byla do seznamu známých karcinogenů americkým Department of Health and Human Services zařazena skupina steroidních estrogenů se zvýšením rizika vzniku karcinomu estrogen-dependentních tkání, což je především prs.

Ano, lékárny vydávají farmaceutika obsahující karcinogen!!! Vlna nárůstu konzumace kulminovala v roce 2015, kdy dosáhla rekordních 54 % a Češky se dostaly na první místo na světě. Takové množství spotřebované antikoncepce má samozřejmě svou farmakodynamiku a metabolity odbouraných syntetických hormonů jdou do moči a tvoří součást odpadních vod v kanalizaci. Stávají se součástí hormonálně aktivních polutantů, tzv. exogenních endokrinních disruptorů (EED). Tyto látky jsou novou ekologickou katastrofou. Dostávají se zdrojů pitné vody a ovlivňují zdraví všech, co tuto vodu pijí – žen, mužů, dětí. V Čechách se o toto téma začal zajímat prof. Tomáš Cajthaml z Mikrobiologického ústavu AV ČR (www.mbcas.cz) a jeho Laboratoř environmentální biotechnologie, dále Martin Pivokonský z Ústavu pro hydrodynamiku Akademie věd. Kromě metabolitů hormonální antikoncepce jsou ve hře další chemické látky: změkčovačů plastů, PET, polypropylen, polyetylen, bisfenol A v plechovkách s pitím, ftaláty, polychromované bifenoly a především pesticidy. Studie prokázaly EED a mikroplasty ve zdrojích pitné vody. Tyto látky působí bezpřehledně, tedy účinek není v přímé úměře k množství. Relativně velmi malé množství může mít devastující účinky na žlázy s vnitřní sekrecí – naruší thyreoidální a gonadální osu organismu. Problémem jsou pole v okolí zdrojů pitné vody – např. rozsáhlá pole řepky v okolí vodní nádrže Švihov, což je úprava Želivka – hlavní zdroj pro Prahu. Pesticidy způsobují nárůst řas a sinic, ty vytvářejí tzv. AOM (Alg Organic Matter), jež působí jako katalyzátor toxických reakcí s chemikáliemi používanými v úpravách, především s chlorem. Hormonální povaha EED je převážně estrogenizující – u žen přetěžuje estrogenové receptory a zvyšuje riziko rakoviny prsu, u mužů se chová jako antiandrogen – ničí spermioogram, u dětí nabourává zdravý pubertální vývoj.

Vzhledem k tomu, že se s prudkou změnou životního stylu radikálně zhoršil zdravotní stav mladých žen (kategorie 15–25 let), kdy až jedna třetina se systematicky léčí s nějakou dlouhodobou nemocí, přibýlo žen na trvalé medikaci. Tyto ženy užívají léky, které negativně ovlivňují případné těhotenství, proto do seznamu jejich medikace se automaticky zařadí i antikoncepce. Příkladem může být valproát v medikaci žen léčených



na epilepsii, bipolární poruchu či migrénu. Užívání vaproátu v těhotenství zvýší riziko vrozené vady na skóre 10 dětí na každých 100 (tedy 10% riziko), jedná se o rozštěpové vady, vady končetin, srdce, ledvin, močových cest a pohlavních orgánů. Zvýší rovněž riziko vývojové poruchy a poruchy učení v období růstu na skóre 30–40 dětí na každých 100 dětí (30 %–40 %), tedy menší intelektuální schopnosti, potíže s vyjadřováním a řečí, potíže s pamětí, psychomotorické poruchy – hyperaktivita, neobratnost, dyspraxie, vyšší riziko autismu a poruch autistického spektra. Proto tyto ženy jsou postaveny do neřešitelného dilematu – brát medikaci a smířit se s bezdětností, nebo riskovat vysazení (a nasazení méně účinné léčby) a riskovat případný relaps, riskovat zátěž a rizikovou spánkovou deprivaci.

První příznaky silných depresí se objevují u některých žen už před osmnáctým rokem, což dříve prakticky neexistovalo, ještě v sedmdesátých letech byly první záchyty depresí kolem 27 let. V kategorii 15–40 let se potýká s depresí třikrát více žen než mužů, přičemž od sedmdesátých let se počet depresivních žen zdvojnásobil. Vývoj spotřeby antidepressiv od devadesátých let stále stoupá, stoupala rychleji než v zemích EU, cca od roku 2013 se trend vyrovnal a stoupá podobně jako v okolních zemích. Nejčastěji se předepisují „moderní bezpečné“ selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jak říká doc. MUDr. Martin Anders, předseda České psychiatrické společnosti. Jejich spotřeba v roce 2017 tvořila 163 958 458 definovaných denních denních dávek ročně, to znamená, že půl milionu Čechů je užívá. Přitom jen 4 % lidí léčených psychofarmaky mají psychoterapii. Všechna psychofarmaka včetně SSRI procházejí přes placentu, mají vyšší riziko předčasněho porodu (RR 1,13, 95% CI 1,06–1,21), zvyšuje se i podíl spontánních abortů a perinatální úmrtnost. Nejrozsáhlejší studie na 2,3 milionu těhotných ve skandinávských registrech prokázala zvýšené teratogenní riziko u exponovaných dětí (3,7 % oproti 3,1 % neexponovaných). Mnohé jiné studie se to snažily zpochybnit, ale žádná nebyla provedena tak rozsáhle a pečlivě jako tato skandinávská. Paroxetin zvyšuje riziko pro srdeční malformace a nově prokázán vliv na plicní hypertenzi novorozence (zařazen do skupiny D podle FDA), citalopram zvyšuje riziko muskuloskeletárních defektů, TCA

zvyšuje výskyt defektů v oblasti očí, ucha, obličejové a krku a zažívací soustavy, venlafaxin vedl k defektům respirační soustavy. TCA (klomipramin, imipramin, amitriptylin) jsou spojovány s horší adaptací novorozence po porodu, častěji se u nich vyskytuje dechová tíseň, hypotonie, termolabilita, hypoglykemie a křeče. Fluoxetin způsobuje u novorozenců křeče, koliky a vodnaté průjmy, tím i nižší váhové přírůstky. Zajím, zjištěním studie dánského registru z let 1997 až 2010 na 1,3 milionu žen bylo, že ženy, které vysadily SSRI jeden rok až tři měsíce před otěhotněním, měly také vyšší riziko potratu, což spíše vypovídá, že na potratovosti se podílí duševní porucha.

■ Neplodní nápadníci

Vše začalo poměrně dávno...

16. listopadu 1865 publikuje Paul Verlaine v časopise Art článek o Charlesu Baudelaireovi:

„... bytostně postihl moderního člověka, a tím slovem moderní člověk nechci označovat člověka morálního, politického a společenského, mám zde na mysli jenom moderního fyzického člověka, takového, jak ho vytvořily zjemnělosti přílišné civilizace, člověka moderního s jeho zostřenými a rozechvělými smysly, s jeho bolestně subtilním duchem, s jeho mozem nasáklým tabákem, s jeho krví spálenou alkoholem, slovem člověka žlučovitě nervního... tuto jedinečnost citlivky, abych tak řekl...“

Dvacáté století se svým masovým zabíjením v první polovině zformovalo zcela nový požadavek na muže – je třeba zapomenout na všechny projevy aktivní agresivity a muž se stáhl do podoby městského uhlazeného muže žijícího v bytě s velkou mírou frustrace a pasivní agresivity.

V devadesátých letech se začaly objevovat alarmující studie o snižujícím se počtu spermií v ejakulátu. V médiích byly na titulních stranách nápisy „Co se děje s našimi spermiemi?“ (Time), „Od plodného jara k jalovému jaru“ (Business Week). V epidemiologické rovině sledujeme povšechné zhoršování parametrů, jak v počtu spermií v ejakulátu, jejich koncentraci, pohyblivosti, tak morfologické kvalitě. Několikrát se snížila arbitrární hranice počtu spermií pro normospermogram, až se dostala ze 70 milionů na 15 milionů. V roce 1951 byla dolní hranice 80 mil./ml, v roce 1964 se to přehodnotilo na 40 mil./ml, od

roku 1980 na 20 mil./ml a nyní je to 15 milionů.

Spermogram je dobrým indikátorem celkové vitality muže. Odráží se v něm nejen kvalita výživy, celkové zdraví, ale především hormonální stav muže a také míra intoxikace. Ale jaké? To se stalo předmětem zkoumání, řady hypotéz a také řady odmítaných spekulací. Víme jistě, že spermogram je odrazem životního stylu a také indikátorem stavu životního prostředí. Co se stalo na konci dvacátého století?

Začali jsme masově používat mobilní telefony, které si muži strkají do předních kapes. Vznikly notebooky, které si dáváme na klín. Je to tedy vliv elektromagnetického záření? Rozšířilo se volně přístupné pornovideo. Začal věk mužů pravidelně masturbujících před obrazovkou. Jen málo lidí dnes ví, že Onan je biblická postava. Je to muž, který nechtěl mít děti se ženou, s níž souložil, a proto jeho semeno padalo na zem, za což byl stižen trestem smrti. Je jisté, že dorostla generace mužů s návykem každý den ejakulovat, jinak se cítí nevrlí, neb jejich pravidelná porce dopaminu chybí, což způsobuje abstinční příznaky. To v minulosti jistě nebylo. Dnes víme, že při návyku konzumovat porno dochází k fyzickým změnám – k přestavbě architektury mozku v části zvané corpus striatum – hluboko uložené části šedé hmoty v orbitofrontálním kortexu. Je to důležitý komunikační uzel, kam chodí signály jak z mozkové kůry (vědomí), tak z podkorových center, thalamu a mozkoměchu (nevědomí). Naopak odsud odcházejí informace do dalších částí mozku, jako je ventrální tagmentální oblast, jedna z hlavních oblastí produkujících dopamin. Zde se třeba kromě jiného tvoří vnímání času, ale především je to centrum odměny a potěšení. Při dlouhodobé stimulaci se striatum zmenší. Opakovaným návykovým sledováním porna vzniká adiktivní vazba, podobně jako u kouření nebo narkomanství, a výsledná rezistence, to znamená obsah se musí zahustit, podněty neustále zvyšovat a radikalizovat. Mimo porno byla aktivita sexuální vzrušivosti u účastníků studie berlínského Institutu Maxe Plancka nižší než u kontrolní skupiny. Se stejným výsledkem dopadla studie v Cambridge a závislost na pornu byla zařazena mezi adiktivní poruchy jako CSB (kompulsivní sexuální chování), stejně jako alkoholismus či gamblerství. Od té doby proběhlo 60 dalších studií detailněji



zkoumajících mozkové změny. V dokumentu Porn In The Brain se říká: ... nechat doma počítač s nezablokovanými pornostránkami je stejné jako nechat v domě kupu heroinu, aby si ho mohly brát děti.“ Ještě jedna věc se změnila – znečištění životního prostředí přešlo z viditelné makroformy hald odpadků a dýmů z továren do neviditelné a o to zákeřnější mikroformy. Již po několikáté se propojil okruh zájmu medicíny a ekologie, ale dosud nikdy ne tak masově. Novináři se naučili nová slova – mikropoluanty a hormonální dysruptory, pseudoestrogeny či xenoestrogeny (látky ze zevního prostředí chovající se jako estrogeny) a poprvé se zpochybnila kvalita pitné vody. Jsou v ní hormonálně aktivní látky a čím více je v okolí uživatelé antikoncepce, tím je to horší. Antikoncepční pilulky bere na světě 100 milionů žen, v ČR 1,5 milionu žen.

Všechny tyto ženy denně močí. Jejich moč se dostává do kanalizace a čistíren odpadních vod.

V čistírnách odpadních vod probíhá čištění mechanické a biologické. Při biologickém čištění se hormony nevyčistí, ale reaktivují. tzn. stanou se opět aktivními, voda s aktivními hormony se vrací zpět do přírody. Vystavíte-li samce jakéhokoliv živočišného druhu po dostatečně dlouhou dobu chemickým látkám estrogenové povahy, u savců se sníží počet spermií, u ryb a obojživelníků se zvýší počet hermafroditů, u mužů se po delší době objeví efekt feminizace – ztráta výbušnosti, přesun z aktivní agrese k pasivní agresi, postupně pasivní submisivita, změny distribuce tělesného tuku (např. do oblasti prsních svalů). První výzkumy se prováděly v USA v sedmdesátých letech. Snad první byl publikován výzkum na jaguárech na Floridě a byla vyslovena myšlenka provázanosti zemědělství a chemikálií zde používaných, následná kontaminace vodních toků s dopadem na zdravotní stav živočichů pijících tuto vodu. U floridských jaguárů se zjistilo, že mají atypie ve spermatu, u mladých samců je vysoké procento nesestoupných varlat a trpí dysfunkcí štítné žlázy. Jaguár se dostal na seznam ohrožených druhů a pesticid DDT byl zakázán. Už v roce 1973 byla americkým Kongresem schválena radikální dohoda Endangered Species Act o ochraně ohrožených zvířat, po pětadvaceti letech byl tento paragraf vyhodnocen organizací ESA jako nejlepší zákon, ale zemědělská lobby je mocnější. V roce 1988 se do jezera Opopka na Floridě dostalo kvůli přívalovým deštům velké množství pesticidů (pesticidy mají estrogenizující efekt a většina pesticidů patří mezi hormonální dysruptory). Brzy poté se u samců aligátorů začaly vyvíjet abnormálně krátké penisy a nebyli schopni rozmnožování, v jejich těle se zjistilo zvýšené množství samičích hormonů. Podobný případ kontaminace pesticidy byl zaznamenán na dolním toku řeky Columbia, kde se zjistilo, že následkem překročení limitů pro kontaminaci vody pesticidy mají samci vyder zakrňelá varlata a nerozmnožují se. V říjnu 2018 oznámila Word Wildlife Fund, že tisíce druhů obratlovců vymírají, oproti roku 1970 poklesla druhová diverzita o 60 % a mluví se o ekologickém kolapsu. Rostlinná a živočišná říše dostala zásah, a nestalo se tak ani následkem dopadu asteroidu, ani výbuchem supervulkánu, ale činností člověka. Avšak kruh se uzavřel a i muž ucítil dopad životního prostředí sám na sobě – mikropoluanty lze detekovat jak ve spermatu, tak v ovariálním folikulu. Muži mají právo vědět, že hormonální antikoncepce má negativní vliv na stav jejich pohlavních orgánů.

INZERCE

579 9-19

Hledám po dobu léčení **zástup** do ordinace PLDD v **Praze 8**. Jedná se o 6 měsíců od září 2019 do února 2020. Případně je po dohodě možné i přenechání praxe. Telefon: 606 805 007.

580 9-19

Prodám zařízení ordinace dětského lékaře za výhodnou cenu. Informace, ev. foto na tel.: 739 087 897.

581 9-19

Přenechám výnosnou **praxi** PLDD v **Břeclavi** za symbolickou cenu, tel. 776 290 125.

582 9-19

Hledám pediatra k převzetí dobře zavedené soukromé praxe v **Liberci** (s.r.o.). Tel. 724 933 346.

583 10-19

Přenechám výhodně dobře zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 3**. Telefon 606 831 171.

584 10-19

Hledám pediatra na plný nebo částečný úvazek do ordinace PLDD v **Moravské Třebové**. Možná flexibilní pracovní doba, atraktivní finanční ohodnocení, příjemný personál, možnost bydlení. Tel. 461 325 223.

585 10-19

Hledám nástupce pro převzetí velmi dobře zavedené soukromé praxe PLDD (s.r.o.) v **Rožnově pod Radhoštěm**. Tel.: 571 660 225 v dopoledních hodinách.

586 10-19

Prodám přístroj pro diagnostiku **CRP NycoCard Reader II**. Certifikát z dubna 2019. Důvod: ukončení praxe. Cena 4 000 Kč. Tel: 606 358 681.

587 10-19

Nabízím dobře zavedenou **praxi** PLDD vedenou jako s.r.o. s jedním majitelem v **Trhových Svinech**. Výhodné podmínky, klidné prostředí. Kontakt: 728 144 556.

588 10-19

Zaměstnám PLDD 2-3× týdně s výhledem převzetí středně velké, bezproblémové a dobře zavedené praxe. Ambulance je v **okrese Kroměříž**. Sestra je zkušená, vzdělaná v oboru. Telefon 737 726 712.

588 11-19

Hledáte uplatnění jako praktický lékař pro děti a dorost/ pediatr a preferujete **ambulantní provoz**?

Máme pro Vás na výběr z několika **lokalit Prahy** (Horní Měcholupy, Horní Počernice, Kbely, Kyje, Kobylisy), dále **Brno**, Hustopeče či Šlapanice u Brna, **Teplíce**, **Jablonec nad Nisou**. Nabízíme: nadstandardní mzdové ohodnocení, zaměstnanecké benefity, zajištění specializačního vzdělávání v oboru i dalšího vzdělávání, podpora při chodu ordinace a minimum administrativy při práci. Kontakt: Vlastimil Král, 733 679 555, kariera@mediclinic.cz

Silvestrovské testy 10/2019

1. První slova začínají děti používat aktivně mezi 9. a 12. měsícem věku. Nejčastěji to jsou slova vzniklá zdvojením slabik (mama, tata, baba, gaga...). Ne vždy ale dospělí rozumějí, co vlastně dítě chce říci. Etymologové a pedopsychologové zjistili, že kojenec slovem „mama“ vyjadřuje, že chce:

- a) mámu
- b) „kozu“
- c) maso
- d) nepálské knedlíčky momo

2. Očkovací látka proti meningokoku B se jmenuje:

- a) Trumpeta
- b) Trumbera
- c) Trumenba
- d) Trautenberk

3. Jak se jmenuje současný úřadující italský prezident? (2019)

- a) Salvatorej Motorola
- b) Stefano Mozzarella
- c) Sergio Mattarella
- d) Heinrich Mattoni

4. Kdo vyvinul a propracoval metodu tělesného cvičení pilates?

- a) Pontius Pilatus (Pilát Pontský), římský prefekt v provincii Judea (dnes část Izraele) v letech 26–36 n. l., který odsoudil Ježíše Krista k ukřižování. Cvičení spočívá v nošení těžkých břemen ve tvaru kříže.
- b) Václav Pilát (1889–1979), český stíhací pilot sloužící za první světové války ve francouzském letectvu, který v přípravě na létání vymyslel cvičební sestavu na zvládání přetížení v letadle.
- c) Joseph Pilates (narozen roku 1880 v Německu), metoda spočívá ve využití mysli k tomu, aby kontrolovala (a řídila) svaly. Cílem Pilatesovy metody je zlepšit kontrolu nad svým tělem, posílit je a zlepšit jeho ohebnost
- d) Brian William Pillman (1962–1997), americký profesionální zápasník a profesionální fotbalista, metoda spočívá v nácviku snadného a rychlého lámání kostí protihráče.

5. Kdy je na hřbitovech nejvíce živo?

- a) o dušičkách
- b) o velikonocích
- c) na Silvestra
- d) 1. května – Svátek práce

6. Na domácím ledě dne 7. 11. 2019 prohrálo Švédsko s ČR hokejový zápas 1:3. Jediný gól domácích vstřelil:

- a) Ericsson
- b) Parkinson
- c) Clarkson
- d) Larsson

*Již 100 let
historie rodiny.*



STO LET, ČTYŘI GENERACE, JEDNA SPOLEČNOST.

Angelini slaví dlouhou historii tvořenou nasazením, zodpovědností a inovací.
Historii, v jejímž středu vždy byli lidé a jejich rozvoj.
Historii, která propojuje rodinu a podnikání v pevný a etický svazek.
Historii, která započala v roce 1919 a kterou píšeme dále den za dnem,
dosažením jednoho cíle za druhým.

www.angelini100.com



ANGELINI

IN THE FUTURE SINCE 1919

ERDOMED®

erdosteín

ČISTÍ
DÝCHACÍ
CESTY

Antibakteriální mukolytikum



Registr
ERICA¹

Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem antibiotika

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

Literatura: 1. Kopliva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínem, aneb co nám řekla „ERICA“. Vox Pediatricae 2017;1.

Zkrácená informace ERDOMED: **S:** Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbací chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiální, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbací s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience, homocysteinurie. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. Obsahuje sacharózu. **NŮ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxicilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí 1 tobolka 2–3× denně. Suspenze u dětí 15–20 kg 2,5 ml 2× denně, 21–30 kg 5 ml 2× denně, nad 30 kg 5 ml 3× denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 × 300 mg. Po naředění je suspenze použitelná 15 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8°C.

Datum poslední revize textu SPC: tobolky a suspenze 24. 4. 2019. Přípravky jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. **P:** Erdosteín je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým symptomatickým pacientům s diagnózou CHOPN od kategorie A, která má fenotyp bronchitický a/nebo frekventní exacerbace a/nebo CHOPN s bronchiálními, kteří dodržují zákaz kouření a současně splňují následující kritéria: FEV1 po podání bronchodilatancia dosahuje méně než 80 % náležité hodnoty a mají alespoň 2 exacerbace/rok v anamnéze před nasazením léčby erdosteínem. Léčba není nadále hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteří 7, 635 00 Brno, tel.: 546 123 111, www.angelini.cz