

## AD: „VULVOVAGINÁLNÍ DYSKOMFORT, MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY V AMBULANCI (Gynekolog, 2016, roč. 25, str. 7–18)

První letošní číslo Gynekologa otevřel vynikající a krásně obrazově dokumentovaný souhrnný článek hradeckých autorů o diagnostice příčin vulvovaginálního dyskomfortu. Protože značnou část práce terénního gynekologa představuje právě tato problematika, je to publikace nesmírně cenná a mladí adepti našeho oboru z něho získají velmi potřebný impuls pro racionálnější přístup této skupiny gynekologických onemocnění, než je jinak obvyklé. A stejně jako já před lety s opovržením pomyslím na své poněkud vyhořelé starší kolegy, kteří pacientce s vulvovaginálním dyskomfortem předepíšou bez jakéhokoliv přemýšlení krabičku Macmiroru, ještě když je mezi dveřmi a ze všeho nejvíce si přejí, aby nepřišla znovu. I já jsem byl mladý. Po letech si dovolím k problematice přičinit několik poznámek z praxe.

Především diagnostikujeme-li například bakteriální vaginózu (není to opravdu složité, jen nevím, proč ten zápach přirovnávají všichni k rybám; já v něm cítím odér ze staré pneumatiky), neodpovědělo nám to na otázku proč u té ženy kýženého laktobacila nahradila *G. vaginalis* a její další anaerobní kamarádi. Brilantně je pak zlikvidujeme třeba metronidazolem, ale po menstruaci tam máme pacientku zase a zase s typickými „clue cells“ v mikroskopickém nátěru. Po čtvrtém předpisu Entizolu začne ta žena ztrácet důvěru v naše umění a my ji přestáváme rádi vidět. Začneme léčit partnera, což obvykle nepomůže, začneme zkoušet třeba klindamycin, který také pomůže na chvíli. Proč se v její pochvě nedokáže udržet ten kýžený laktobacil je otázka totiž takzvaně *komplexní*. (Termín, kterým označujeme jevy, jimž vůbec nerozumíme, ale nechceme to přiznat). A neplatí to jen o bakteriální vaginóze, ještě větší problém je, jak všichni vědí, třeba vulvovaginální kandidiáza. Pak asi nezbyde, než se stát amatérským psychologem a dát si tu práci a vysvětlit pacientce, že prostě má nestabilní vaginální prostředí (a my nevíme proč), že prostě tyto potíže bude občas mít, vysvětlit jí, že to není symptom žádné závažné choroby, že to není proto, že jí manžel zahýbá, že také nemá smrtelnou poruchu imunity, jak se dočetla na internetu, aniž jinou závažnou chorobu, a vybavit ji léky, které bude opakovaně používat... prostě ji naučit s jejím sklonem k vulvovaginálním potížím žít. A to stojí čas. Právě nedávno jsem v ordinaci měl ženu s chronickým výtokem a sestra mi spočítala čas: 46 minut. Představa, že příslušné zdravotní pojišťovně za to mohu vyfakturovat přinejlepším tři stovky, které mi *možná* zaplatí, je skoro k pláči.

Nicméně pokud je to takhle a žena opravdu nějakou diagnostikovatelnou poruchu má, je to ještě dobré a svým

způsobem racionálně uchopitelné. Ale výtok je příznak proklatě subjektivní. Všichni jistě znají ženy, u nichž při zavedení zadního zrcadla vychlístne poševní sekret (taktak že tím kolenem doktor uhne), ale které i na výslovnou otázku jakýkoliv výtok popírají. A naproti tomu rozhodně nezanedbatelnou část pacientek s vulvovaginálním dyskomfortem tvoří ženy, které přicházejí pro obtěžující výtok („Já nemůžu, pane doktore vyjít bez vložky!“) a přesto poševní zrcadla při zavádění takřka vržou a v poševních klenbách nenajdeme ani dost sekretu, abychom jej natřeli na sklíčko. Nebo je vulva svědí, obtěžuje je zápach, pálí je při styku, po styku... a přitom mají v pochvě krásného laktobacila, radost pohledět, kultivace na všechno možné je negativní<sup>1</sup> a i vulva vypadá zdravě. Tohle už je doména opravdu čisté psychologie. Většina článků na toto téma (i onen diskutovaný) se tedy zmiňuje o vhodné či dokonce nutné spolupráci s psychologem. Což je ovšem poznámka z oblasti sci-fi; za 30 let jsem neviděl psychologa, který by byl schopen a ochoten se zabývat poševním výtokem. Proto občas do té psychologie dělat musíme my, jenže v této vědě jsme samozřejmě amatéři a samouci, a podle toho to někdy vypadá. Vzpomínám si na jednoho svého staršího kolegu, k němuž docházela podobná pacientka s „chronickým výtokem“, a on se na ni jednou podíval a povídá: „Proboha, ženská, to snad chcete, aby se vám z té pochvy prášilo?!“ Uhodil sice hřebíček na hlavičku, ale větší psychotherapeutický efekt se od této poznámky asi čekat nedá. (Tím spíše, že si dokonce nejsem úplně jistý, jestli opravdu řekl „z pochvy“). Jsou pacientky, kterým to vysvětlíte. Takovým lze i položit přímou otázku, zda jim výtok opravdu strašně vadí, nebo ji spíše zneklidňuje, že by to mohl být příznak nějaké choroby, a některé ženy jsou schopné své myšlenkové pochody analyzovat a přiznají, že spíš to druhé. Pak je možno se pokusit je celou vahou své přesvědčivosti ujistit, že vážnou chorobou opravdu netrpí, ať se s tím radši smíří. Ale nejsou všechny tak racionální, dokonce většinou nejsou. A také je mnoho žen, které do „vulvovaginálního dyskomfortu“ projikují své frustrace vztahové a sexuální, jsou i takové, které vyloženě účelově konfabulují a někdy se takto projevují diagnózy spíše psychiatrické. Ostatně zkusili jste někdy poslat takovou pacientku k psychologovi nebo dokonce k psychiatrovi,

<sup>1</sup> Ty náklady! Víte, že jen obyčejná kultivace stojí přes 600 Kč? A to nemluvíme o různých těch chlamydiích, mykoplasmatech, ureaplasmatech, o nichž sice všechny publikace mluví jako o chlebu, ale které se obvykle musí diagnostikovat drahými genovými metodami, jen ty chlamydie skoro za patnáct stovek.

nebo jí ten SSRI sami předepsat? „To si o mně snad myslíte, že jsem blázen, pane doktore?“ (Člověku by se někdy chtělo říci: „Ano, madam, to jste vystihla naprosto přesně“).

Proto se není co divit, že od chvíle, kdy taková žena vstoupí do ordinace, ženský lékař často přemýšlí, jak jí předat k někomu jinému. Kdyby na nějaké klinice existovala superspecializovaná ambulance pro tuto problematiku, okamžitě bych tam některé své pacientky odeslal. Za 30 let své praxe jsem pár takových pokusů na různých pracovištích zažil a vesměs měly jepičí život; ekonomická úvaha na jiném místě tohoto textu má totiž neúprosnou

platnost všude. Proto často ženskému lékaři nezbyvá než čekat, až k němu taková pacientka ztratí důvěru a přeregistruje se jinde sama. Nebo se uchylují k různým úskokům. Vzpomínám si na svého kolegu zoufalého z jedné ženy neustále ho navštěvující s „výtokem“. Byla to žena mladá a při jedné z návštěv během líčení svých potíží řekla: „už i moje maminka měla výtok!“ A lékaři v tu chvíli bleskla hlavou spásná myšlenka. Svrástil čelo, pokýval závažně hlavou a pravil: „Aha, tak to je ten dědičný výtok. Tak s tím se, bohužel, nedá nic dělat.“

MUDr. Alexandr Barták, Praha

## PROČ NARŮSTÁ POČET CÍSAŘSKÝCH ŘEZŮ

Ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky rodí přibližně každá třetí žena císařským řezem. Nárůst těchto operací v posledních 10 letech není následován adekvátním poklesem perinatální úmrtnosti.

Příčinou rostoucího počtu císařských řezů není jen snaha porodníků vyhnout se trestnému oznámení v případě úmrtí dítěte u porodu, ale také zvýšený počet operačních porodů na přání rodičky. Ty odmítají spontánní porod s obavou před bolestí, před možností poškození plodu za porodu a jako prevenci prolapsu rodidel ve stáří a problémy s inkontinencí moče a stolice. U císařského řezu je nižší procento dystokie ramének, paréz brachiálního plexu a méně hypoxií plodu, je-li dělán plánovaně.

Podíl na růstu císařských řezů může mít i centralizace porodů do spádových nemocnic s velkým počtem porodů za den. V momentě, kdy se na porodním sále sejde více rodiček s patologickým porodem nebo hrozcí hypoxií, nebývá čas vyčkávat a tak nejjednodušším způsobem jak předejít poškození plodu je udělat císařský řez. Svůj díl na rostoucím počtu císařských řezů přidala kontinuální kardiokografie a přísná kritéria metodických pokynů (později soudních znalců), které nařizují ukončit porod operačně již při déle trvajícím abnormálním záznamu. Metody úspěšné asistované reprodukce vedou k nárůstu vícečetných těhotenství, u kterých je také vyšší riziko císařského řezu. Prvorodičky s koncem pánevní (KP) podstupují porod císařským řezem pravidelně. Doby, kdy jsme rodili KP spontánně jsou nenávratně pryč. Málodko si uvědomuje, že jedna z nejčastějších příčin císařského řezu kefalopelvický nepoměr jde na vrub velkých plodů nejen diabetiček a rostoucího počtu obézních rodiček, ale i eutrofických žen, které své dítě dotují kvalitní stravou, nejrůznějšími vitaminovými preparáty a potravinovými doplňky. Navíc přicházejí na porodní sál rodičky s nejrůznějšími chorobami, které by v minulosti neotěhotněly nebo dítě nedonosily do třetího trimestru. Část žen je netrpělivá, pokud porod trvá déle než 12 hodin, žádají císařský řez, i když si původně přály porodit spontánně.

Příčinou růstu císařských řezů může být i rostoucí počet indukcií porodů s nejrůznějšími důvody.

Ve srovnávacích studiích indukovaných porodů a vyčkávací taktiky u stejných diagnóz nebylo zjištěno významně vyšší riziko císařských řezů. V randomizovaných studiích žen rodících v 41. týdnu těhotenství bylo riziko císařských řezů nižší u indukovaných porodů, než u vyčkávání. Porod může prodlužovat epidurální analgesie. Na větší riziko císařských řezů v této situaci není jednotný názor.

Císařské řезы jsou problémem pro každou další graviditu. Roste počet placentárních patologií včetně placenta accreta, hrozí ruptury dělohy, častější je mrtvorozenost v následující graviditě. Mateřská úmrtnost po císařském řezu také není zanedbatelná.

Národní institut zdraví (NIH) v USA, doporučuje ke snížení počtu císařských řezů upravit současné metodické pokyny vedení porodu, které dovolí porodníkům postupovat konzervativněji bez obav z trestních oznámení a soudů. Doporučují prodloužit akceptabilní trvání druhé doby porodní u multipar z jedné hodiny na 2 hodiny a u epidurálu a primipar na 3 hodiny, bez nutnosti provádět císařský řez nebo vaginální operace.

Vzhledem k tomu, že kolem 90 % žen ve druhé době porodní vykazuje abnormální kardiokardiografický záznam, doporučuje se před indikací k císařskému řezu využít k normalizaci decelerací srdečních ozev plodu polohování rodičky, intrauterinní amniotomie, nitrožilní infúze tekutin, odběr krve plodu na pH. Hodnocení ST úseku na EKG plodu, stejně jako pulzní oxymetrie se ukázala jako neúčinná. K prevenci císařských řezů u konců pánevních je doporučován zevní obrat, jehož úspěšnost bývá v publikovaných studiích uváděna až 70 %.

Ve svém medicínském životě jsem odvedl asi 4000 porodů a celou problematiku indikace k císařskému řezu (za splněných podmínek a indikací k němu), jsem zjednodušil na jednoduchou otázku: jak bych postupoval u porodu vlastního dítěte. Pokud odpověď vyzněla ve prospěch císařského řezu, bylo nutné ho udělat. MUDr. J. Tošner, HK