



XXVI. KONGRES ČLS JEP

**GYNEKOLOGICKÁ PÉČE O DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ
- JEJÍ SPECIFICKÉ ASPEKTY**

PROGRAM A ABSTRAKTA

www.cls.cz

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

17. října 2012 | Výstaviště Brno, pavilon A – Rotunda

POŘADATEL

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
ve spolupráci s
Českou společností gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP
Českou pediatrickou společností ČLS JEP
Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
Českou společností dorostového lékařství ČLS JEP
Sekcí gynekologie dětí a dospívajících SGPS
a Slovenskou lékařskou společností

PREZIDENTI KONGRESU

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně
prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.
prezident Slovenské lékařské společnosti

ODBOBNÁ GARANCE

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.
předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP
MUDr. Zuzana Nižňanská, Ph.D.
předsedkyně Sekce gynekologie dětí a dospívajících SGPS

SEKRETARIÁT KONGRESU

AMCA, spol. s r.o. | Academic and Medical Conference Agency
Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2
e-mail: amca@amca.cz
www.amca.cz/26cls



tel.: +420 221 979 351
mobil: +420 731 496 060
fax: +420 221 979 352

OHODNOCENÍ

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 **České lékařské komory** v rozsahu 7 hodin teorie (ev. č. akce 30543, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 7 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky / posteru: 20 kreditů, 2) spoluautor přednášky / posteru: 10 kreditů.

Česká asociace sester souhlasí s přiznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. po implementaci změn plynoucích z vyhlášky č. 4/2010 Sb. v rozsahu 7 hodin teorie (registrační číslo: ČAS/KK/2761/2012).

Pasivní účast: 4 kredity, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky / posteru: 10 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů, spoluautor posteru: 4 kredity.

ODBORNÝ PROGRAM

9.15 – 9.30 Zahájení kongresu

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně

prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.
prezident Slovenské lékařské společnosti

MUDr. Hana Cabrnachová
Předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.
předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP

MUDr. Zuzana Nižňanská, PhD.
předsedkyně Sekce gynekologie dětí a dospívajících SGPS

9.30 – 10.15 I. Specifika vyšetřování v dětské gynekologii, indikace gynekologického vyšetření a způsob odesílání dětí na ně (včetně vyšetření ultrasonografického)

Předsedající: Hořejší J., Smetanová D. (Praha)

1. Dětský lékař jako linie prvního kontaktu s gynekologickými problémy a onemocněními. Zásady spolupráce z pohledu gynekologa
Hořejší J., Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
2. Gynekologické vyšetřování v diferenciální diagnostice opakovaných bolestí břicha
Kosová H., Klinika JL, Praha
3. UZ vyšetření u dětí a dospívajících – specifika vyšetření, fyziologický náález
Smetanová D., GENNET, Praha

10.15 – 11.00 II. Poruchy příjmu potravy a jejich gynekologické aspekty

Předsedající: Geržová H. (Ostrava), Kocourková J. (Praha)

4. Spolupráce psychiatra a gynekologa u dívek s poruchami příjmu potravy
Koutek J., Kocourková J., Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
5. Anorexia mentalis – spolupráce pediatra, psychiatra a gynekologa dětí a dospívajících
Hořejší J., Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
6. Pro ana blogy: druhá tvář mentální anorexie
Havlín M., Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících a ADC Sanatorium, Praha

7. Problematika mezioborové péče u dívek s mentální anorexií – úloha dětského gynekologa

Polová A.¹, Geržová H.¹, Mílková Pavlíková K.², Obdržálková Z.³, Vaníková G.²

¹Porodnicko–gynekologická klinika FN Ostrava

²Psychiatrické oddělení FN Ostrava

³Dětská klinika FN Ostrava

11.00 – 11.30 *Kávoová přestávka a diskuze k posteru*

- P1. Trombofilní mutace a rizikové faktory u mladých dívek české populace užívajících hormonální antikoncepci

*Koudová M., Vlčková Z., Bittóová M., Alánová R., Slepíčková I., Lavická E., Hlaváčová M., Hrabíková M., Pavlíčková L.
GHC Genetics s.r.o. – NZZ, Praha*

11.30 – 12.40 III. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní dopady

Předsedající: Havlín M. (Praha), Nižňanská Z. (Bratislava)

8. 20 let antikoncepční poradny pro mladistvé

*Havlín M., Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících a ADC
Sanatorium, Praha*

9. Hormonální antikoncepce a adolescentka – kontrovezní aspekty

*Geržová H., Polová A., Hotová Z., Porodnicko-gynekologická klinika,
FN Ostrava*

10. Gravidita u adolescentiek – riziká, špecifiká, manažment – potraty u adolescentiek
Nižňanská Z., I. gynekologicko-pôrodnická klinika LF UK a UN, Bratislava

11. Problematika antikoncepce u dospívajících dívek

Ondrová D., Gynekologicko-porodnická klinika, FN Olomouc

12. Porody dospívajících dívek na Porodnicko-gynekologické klinice FNO – trend poslední doby

*Hotová Z., Geržová H., Feketeviziová L., Porodnicko-gynekologická
klinika, FN Ostrava*

12.40 – 13.30 *Oběd*

13.30 – 15.10 IV. Forenzní aspekty gynekologického vyšetřování, zejména při podezření na zneužívání dětí

Předsedající: Koliba P. (Vřesina), Schneiberg F. (Praha)

13. Právní problematika v gynekologii dětí a dospívajících (i ve světle nových právních předpisů)

Vondráček L., FN Motol, Praha

14. Psychologické a psychiatrické aspekty sexuálního zneužívání v dětství

Kocourková J., Koutek J., Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

15. Možnosti pediatra při řešení problematiky sexuálního zneužívání
*Schneiberg F., Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva
1. LF UK, Praha*
16. Úloha dětského gynekologa při řešení problematiky sexuálního zneužívání
Koliba P., Gynekologická ambulance Gynartis, Ostrava - Vřesina
17. Forenzní aspekty a vyšetření v gynekologii dětí a dospívajících
*Geržová H., Polová A., Hotová Z., Porodnicko-gynekologická klinika
FN Ostrava*
18. Forenzní aspekty gravidity u mladistvých (podpisovanie žiadosti o prerušenie, sociálna starostlivosť o adolescentnú tehotnú mimo rodinu)
Nižňanská Z., I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UN, Bratislava
19. Důležitost gynekologického vyšetření pohlavně zneužitého dítěte jako důkaz pro trestní řízení
*Sejbalová P., Sexuologické oddělení, FN Brno, Znakyně krajského soudu
Brno*

15.10 – 16.30 Panelová diskuse k právní problematice v gynekologii dětí a dospívajících (gynekologické vyšetřování dětí a dospívajících, pohlavní zneužívání, právní problémy předepisování antikoncepce aj.)
Panelisté: Hořejší J., Nižňanská Z., Cabrnachová H., Vondráček L., Koliba P., Geržová H.

16.30 – 16.45 Závěr kongresu
Hořejší J., Cabrnachová H. (Praha)

ABSTRAKTA

1. DĚTSKÝ LÉKAŘ JAKO LINIE PRVNÍHO KONTAKTU S GYNEKOLOGICKÝMI PROBLÉMY A ONEMOCNĚNÍMI. ZÁSADY SPOLUPRÁCE Z POHLEDU GYNEKOLOGA

Hořejší J.

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Když má dospělá žena jakékoli gynekologické obtíže, vyhledá gynekologa. Když má gynekologické obtíže dítě, pak s ním matka vyhledá pediatra, někdy neudělá ani to a je na pediatrovi, aby si uměl všimnout symptomů gynekologického onemocnění. Je tedy pediatr lékařem prvního kontaktu s gynekologickým problémem dítěte. Proto musí mít základní informace o dětské gynekologii. Pediatr se takto setká s výtokem (= s vulvovaginitis), se synechiemi vulvy, s bolestmi břicha a u starších dívek s poruchami nástupu a průběhu menstruačního cyklu.

2. GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘOVÁNÍ V DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE OPAKOVANÝCH BOLESTÍ BŘICHA

Kosová H.

Klinika JL, Praha

Chronická a recidivující bolest je svízelné onemocnění, se kterým se opakovaně setkává mnoho z nás. Často se dívka s těmito obtížemi pohybuje mezi pediatrem a dětským chirurgem, aniž by se zjistila příčina obtíží. Setkáváme se s tím, že nikdo v diferenciální diagnostice nemyslí na možnost gynekologického původu obtíží. Především v klidovém období jen málokdo myslí na tuto možnost, vždyť dívka není pod vlivem pohlavních hormonů. Vzhledem ke složitosti problematiky je vhodné, aby do této multioborové spolupráce byl vzat i dětský gynekolog. U novorozence se s chronickou bolestí gynekologického původu setkáváme naštěstí vzácně, dítě nedokáže sdělit obtíže, jen z pozorování matky lze usoudit na opakující se problém. Nejčastěji se setkáváme s rezistencemi v oblasti adnex a s jejich komplikacemi – např. torzí. Mezi nejčastější příčiny bolestí v podbřišku v klidovém období můžeme zařadit např. vulvovaginitis, kdy z příznaků nemusí dominovat výtok, ten se může objevovat intermitentně a ujde často pozornosti, dítě trpí recidivujícími záněty močových cest, zdrojem opakovaných obtíží v tomto případě může být chronická vulvovaginitis. Velkým problémem bývá v tomto období také torze adnex, málokdo na ní u děvčátka myslí a její průběh není v tomto období typický. Také tumory adnex se mohou prezentovat recidivujícími bolestmi v podbřišku. Velkým problémem je chronická adnexitis, která je jen obtížně diagnostikovatelná a také obtížně léčitelná. Toto onemocnění je nejčastější v období dospívání. V tomto období se také setkáváme s recidivujícími bolestmi spojenými s menstruačním cyklem, ale je nutno myslet například i na možnost endometriózy, která byla prokázána mnohými studiemi i v premenarcheálním období. Ke správné diagnostice se musí připojit i správné vyšetřovací metody, které zahrnují vaginoskopii, důkladné gynekologické palpační

vyšetření per rectum a specializované ultrazvukové vyšetření se zaměřením na malou pánev prováděné odborníkem erudovaným v oboru dětské gynekologie, případně lze doplnit i jiné laboratorní a zobrazovací metody, event. laparoskopii.

3. UZ VYŠETŘENÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – SPECIFIKA VYŠETŘENÍ, FYZIOLOGICKÝ NÁLEZ

Smetanová D.
GENNET, Praha

Technika uzv. vyšetřování v DG je odlišná od vyšetřování dospělých žen. Dětská gynekologie zahrnuje širokou věkovou skupinu od novorozeneckého věku do nástupu pohlavního života. Během života se mění nejen akustické podmínky, ale i techniky ultrazvukového vyšetření. Základní ultrazvukové vyšetření v dětské gynekologii je vyšetření transabdominální. Za určitých podmínek je však nutno použít vyšetření transperineální, transrektální či transvaginální. Fyziologický ultrazvukový nálezh dělohy a vaječníků se během dětství a dospívání mění, a to nejen velikost orgánu, ale i jejich tvar a echogenita.

Novorozenecký uterus

tvar komolého kužele s bází dole
tělo: hrdlo = 1 : 2
délka dělohy 29 - 54 mm
anteroposteriorní diametr 8 - 20 mm
laterolaterální diametr 12 - 25 mm
endometrium - echogení - v 25 - 30 % tekutina v dutině děložní

Uterus - klidové období - od 8. týdne po porodu do 7 - 8 let

tělo : hrdlo = 1 : 2 P 1 : 1
kapkovitý tvar přecházející v tubulární
délka dělohy 20 - 33 mm (30 - 50 mm)
anteroposteriorní diametr 4 - 10 mm
laterolaterální průměr 10 - 17 mm
endometrium - nízké, špatně zobrazitelné

Uterus - pubertální změny

rychlý růst dělohy
změna morfologie
tělo : hrdlo = 1:1 ▶ 2 : 1
endometrium - 4 typy, střední echo, šířka až 12mm v sekreční fázi
délka dělohy 50 - 80 mm, anteroposteriorní průměr 16 - 30mm, laterolaterální průměr až 35 mm
anteroposteriorní průměr těla : hrdla děložního > 1

Ovariální objem

klidové období :	V = 0,46, (0,13 - 0,9) cm ³
od 6. roku :	zvětšování objemu
prepubertální dívky :	V = 0,74 - 1; (2,5 - 3) cm ³
postpubertální dívky:	V = 1,8 - 5,7 cm ³

Ovariální echotextura

klidové období - homogenní echotextura
velikost a počet folikulů roste s věkem
folikuly - po 8. roce progresivní vzrůst
10 - 13 leté dívky - multifolikulární ovaria s folikuly 5 - 10mm

Závěr:

K ultrazvukovému hodnocení dělohy a ovarií u dětí a dospívajících je třeba přistupovat velmi opatrně, abychom předešli unáhlené a často zbytečné léčbě, dopomohli ke správné diagnóze a adekvátnímu léčebnému postupu, s ohledem nejenom na zdraví dítěte ale i budoucí ferilitu ženy.

4. SPOLUPRÁCE PSYCHIATRA A GYNEKOLOGA U DÍVEK S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Koutek J., Kocourková J.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Poruchy příjmu potravy lze označit za civilizační psychosomatická onemocnění, jejichž počátek je v typické formě dán psychickými faktory, následně však významně ovlivňují somatický stav pacientky. Jde o onemocnění, které se rozšířilo v druhé polovině 20. století především v rozvinutých zemích. Postihuje zejména dívky a mladé ženy, v poměru asi 10: 1 k chlapcům a mužům.

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje jako základní poruchy příjmu potravy mentální anorexii a mentální bulimii. U MA je jedním z důležitých příznaků amenorea, případně opoždění puberty u dětí. U MB bývají přítomny nepravidelnosti menstruačního cyklu, v závislosti na kolísání hmotnosti. Onemocnění vzhledem ke svému psychosomatickému charakteru vyžaduje spolupráci psychiatra s dalšími odborníky, pediatry a internisty, gynekology, dermatology, stomatology, případně dalšími.

Předmětem spolupráce psychiatra s gynekologem při léčbě PPP jsou endokrinní změny, projevující se hlavně amenoreou. V dřívějších dobách, kdy nemoc nebyla tolik rozšířena, byl tento symptom často první, který vzbudil pozornost rodičů, a vedl k návštěvě gynekologa. Tento odborník býval nezdědka prvním lékařem, který vyslovil suspekci na poruchu příjmu potravy.

V samotné léčbě došlo k určitému vývoji. Dříve jsme byli v určitém rozporu. Gynekolog při zjištění amenorey okamžitě nasazoval substituční hormonální terapii, psychiatři se domnívali, že prvotní je psychiatrická léčba a nárůst váhy, a poté se menstruační cyklus spontánně upraví. Gynekologové nás upozornili na nebezpečí dlouhodobé amenorey, zejména ve smyslu osteoporosy, případně ireversibilních změn v oblasti pohlavních orgánů. V současné době jsme dosáhli jistého kompromisu, kdy je gynekologické vyšetření a případná substituční terapie indikována poté, co dívka dosáhne určitého vzestupu hmotnosti z těžké kachexie. U řady pacientek amenorea přitom přetrvává i po normalizaci hmotnosti. Substituční terapie přináší jisté psychologické problémy. Ojediněle může nastat situace, kdy si dívka tuto léčbu nepřeje. Na druhé straně výsledek terapie vede k obnovení cyklu, dívky pak mají pocit, že jsou vlastně zdravé a nemusí již dále zvyšovat hmotnost. V každém případě gynekologická léčba pacientek s poruchou příjmu potravy patří do rukou zkušeného odborníka, který je seznámen se specifickou nemocí.

5. ANOREXIA MENTALIS – SPOLUPRÁCE PEDIATRA, PSYCHIATRA A GYNEKOLOGA DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Hořejší J.

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

S poruchami příjmu potravy či přímo s mentální anorexií se gynekolog setká, když dospívající dívka přijde pro sekundární amenoreu. Při sekundární amenorei se gynekolog proto musí zajímat i o váhu a její případnou redukci, která amenoreu předcházela. V péči o takovou dívku je nutno se starat o dostatečnou estrogenizaci. To nejen pomůže obnovit menstruační cyklus, ale je prevencí hypoplázie dělohy a je velmi důležitá i pro dostatečnou mineralizaci kostry a prevenci pozdější osteopenie či osteoporózy. Takovou hormonální léčbu je nutno provádět individualizovaně a kontrolovaně. Rozhodně odmítáme „léčit“ takovou amenoreu podáváním hormonální antikoncepce. Tuto roli gynekologa by měl pediatr a dětský psychiatr nejen tolerovat, ale přímo od gynekologa vyžadovat.

6. PRO ANA BLOGY: DRUHÁ TVÁŘ MENTÁLNÍ ANOREXIE

M. Havlín

Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících a ADC Sanatorium, Praha

Technická poznámka na úvod: *texty kurzívou jsou doslovné citace z blogů, bez jazykové úpravy.*

Být pro ana znamená být křehká víla!

Problematika mentální anorexie (MA) byla na mnoha konferencích opakovaně referována – ale vždy z lékařského, psychologického či psychiatrického pohledu. V tomto sdělení se pokouším o pohled ze strany pacientek. Nástrojem k tomu jsou pro ana blogy – blogy pacientek s MA. Jde o internetově velmi aktivní komunitu pacientek, které tak nechtěně prozrazují mnoho ze svých názorů a postojů. Při zadání hesla „pro ana blog“ se v Googlu zobrazí 6 870 000 odkazů! Jistě není překvapením, že výrazně dominují dívky – mužské blogy jsou extrémně vzácné a proto se soustředím na skupinu dívčích pacientek s MA. Obsah blogů je dosti uniformní a velmi často navzájem opisují. Většinou je blog veden krátkou dobu – měsíce až rok, málokdy déle. Blog má obvykle tyto části:

Motivační

- dopis od any (ev. odpověď)
- pro ana desatero

Rady a triky

- pro ana bible

Dietní opatření

- jídelníčky
- nutriční tabulky
- koření a dietní náhražky

Thinspo (thin inspiration) – umělecké aktivity

- vlastní
- častěji kompilované galerie

Motivační část blogů se soustřeďuje na tyto okruhy:

- Proč začít
- Proč a jak pokračovat
- Ideály pro ana

Hlavní součástí (téměř konstantní) motivační části je tzv. dopis od any, z něj vybírám charakteristické citáty:

- *V minulosti jsi slyšela své učitele a rodiče jak o tobě mluví jako o zralé a inteligentní osobě s tolika možnostmi. Kam se to podělo, mám se ptát? Nikdy nic z toho nebylo! Nejsi dokonalá, dost se nesnažíš a navíc ztrácíš čas přemýšlením a mluvením s přáteli nebo kreslením!*
- *Teď bych ti měla říct tajemství: Někde hluboko uvnitř jsou tví rodiče zklamaní. Jejich dcera, ta s tolika možnostmi, je tlustá, líná a nehodná dívka.*
- *Ale já to všechno změním.*

- *Očekávám od tebe hodně. Není ti povoleno jíst moc*
- *Do zrcadla se na sebe díváš s hrůzou. Pícháš a strkáš do každého špeku a usmíváš se, když přejedeš rukou přes kost. Jsem s tebou, když si plánuješ den: 400 kalorií, 2 hodiny cvičení.*
- *Zaplním tvou mysl myšlenkami na jídlo, tvou váhu a kalorie.*
- *TOHLE chceš??? Vrátit se zpět k té tlusté krávkě, již jsi kdysi byla???*
- *Přinutím tě zírat na modelky v časopisech. Ty nádherně hubené, s bílými zuby, modely dokonalosti, co na tebe hledí z těch lesklých stránek.*
- *Ukážu ti obezitu a ošklivost.*
- *Dělám jen věci, které ti pomohou. Umožňuju ti přestat myslet na věci, které tě stresují. Vztek, smutek, ztracení a osamění se mohou zastavit, protože naplním tvou hlavu kalorickými výpočty. Dám pryč i tvou snahu vyrovnat se svým vrstevníkům, snahu všechny potěšit. Jsem já tvůj jediný přítel, jsem jediná, kterou musíš potěšit.*
- *Já jsem tě stvořila, tuhle hubenou, dokonalou dívku. Jsi moje, jenom moje. Beze mě nejsi nic. Tak se nesnaž mi vzdorovat.*
- *Jsem tvá kladná stránka a míním to nechat tak, jak to je.*
- *Anorexie není dieta, ale životní styl.*
- *Hubená je pěkná, ale hubenější je perfektní.*
- *Thin je in.*
- *Hlad bolí, ale hubenost za to stojí !*
- *Šťastný nebo smutný, bohatý nebo chudý, nejlepší je být hubený.*
- *Kosti definují, kdo opravdu jsme, tak je ukaž!*
- *Nic ti nedá takový pocit jako hubenost, ani sladkost!*
- *Už si ušla dlouhou cestu na to, aby si přijímala rozkazy od sušenky!*
- *Být hubená, je důkazem silné vůle a sebekontroly!*
- *To jídlo vypadá moc dobře, ale když si ho nedám budu já vypadat líp!*
- *Tohle tělo je moje a já si s ním budu dělat co chci !*
- *Když nebudeš jíst, nepřibereš !*
- *Tlustí lidé déle jedí, ale kratší dobu žijí !*
- *Já jsem silnější než jídlo !*
- *Nemá cenu hledat lepší vzor, je třeba ze sebe udělat tu ideální !*
- *Raději mrtvá než tlustá!*

Pro ana desatero:

1. *Miluju ten pocit, být křehká a jemná.*
2. *Všechno vždy dotáhnou do konce (a někdy i více).*
3. *V obchodě nejsem zvyklá, aby mi nějaké šaty nebyly.*
4. *Miluju čtení váhy, když čísla jdou dolů.*
5. *Nosím stále moji termosku se zeleným čajem, oproti ostatním, co mají stále chipsy, sušenky a kolu ve škole.*
6. *Ráda se oblékám do velkých svetřů.*
7. *Miluju nošení mého červeného Ana náramku, cítím se tak lepší.*
8. *Ráda se dotýkám nově vyčnívajících kostí.*
9. *Miluju pocit mít kontrolu nad jídlem a příjmem.*
10. *Miluju skutečnost, že ztrácím na váze.*

V odpovědi na dopis od any dívky obvykle (jinými slovy) opakují ideje obsažené v dopise

a stanovují si cíle – tj. hmotnost, které chtějí dosáhnout. Charakteristická úvodní stránka pro ana blogu:

*(Foto dívky více méně běžné postavy) Doufám že mi od týhle zrůdy ANA pomůže
Je mi 15 let. Měřím 165 a vážím 56kg. Moje cíle jsou 45kg a doufám že to s vámi zvládnou;
rozhodla jsem se že budu ANOREKTIČKA*

Rady a triky jak hubnout a jak zakrývat hmotnostní úbytek a s tím spojené obtíže popisuje tzv. pro ana bible. I v ní se najdou četné motivačně orientované výroky. Opět galerie charakteristických citátů:

- *Jez nahá před zrcadlem!*
- *Když máš na něco chuť počítej do 100.*
- *Držte koš ve vaší blízkosti když jíš.*
- *Krm psy a kočky.*
- *Pokládej vidličku nebo lžičku mezi každým soustem.*
- *Každé sousto zapij vodou.*
- *Představuj si jak budou potraviny vypadat ve vašem žaludku když je sníte!*
- *Jídlo si přesolujte a přepepřete nebude vám chutnat.*
- *Jídlo splachuj do záchodu ale pozor aby v záchodě po spláchnutí nezůstaly kousky jídla - raději spláchni víckrát.*
- *Vyplivuj jídlo do neprůhledného hrnku.*
- *Noste fotku vaší oblíbené inspirace všude při sobě.*
- *Raději mrzněte vaše tělo pak spálí více kalorií*
- *Žhavým sexem se spalují taky kalorie*
- *Nos těsnou gumičku kolem zápěstí a pokaždé, když budeš chtít jíst tak ti gumička připomene, že chceš být hubená, proto za ni zatáhni a pusť. Bolí to, ale alespoň si uvědomíš, že víš co chceš a jídlo to opravdu není!!!!*
- *Uklid' nebo očisti něco nechutného přejde tě chuť.*
- *Čisti si zuby pokaždé když budeš chtít jíst. Chuť pasty bude odporná s chutí jídla.*
- *Když sedíš klepej si nohou, nebo klepej tužkou, nikdy se nepřestávej hýbat.*
- *Když jdeš ven vem si jen tolik peněz, kolik potřebuješ aby tě to nelákalo koupit si nějaké jídlo.*
- *Noste fotku vaší oblíbené inspirace(modelky, vás osobně) všude při sobě.*
- *Jdi nakupovat a zkus si oblečení, které by sis chtěla koupit až zhubneš.*
- *V kabince se štípej do přebytkového tuku*
- *Okolí vyprávěj, že by jsi chtěla trochu přibrat*
- *Žij jen podle váhy. To je pravda a ty si TLUSTÁ.*
- *Nauč se milovat ten prázdný pocit v žaludku.*
- *Myslíš si že jste zhubla? Věř, že si nezhubla - musíš víc!*
- *Doma řekni, že jsi jedla ve škole nebo u kamarádky.*
- *Ve společnosti řekni, že jsi najedná z domova*
- *Jez jen když Tě někdo vidí*
- *Nos volné oblečení když na tobě bude vidět že rychle hubneš !*
- *Necvič před nikým kdo tě zná !*
- *Občas vysypej chipsy nebo vylij plechovku a obal nech někde se povalovat a řekni žeš to snědla.*

- *Chod' často do kuchyně a např. otvírej ledničku nebo šust' nějakým sáčkem jako že jíš....*
- *Čas od času zašpiň misku nebo talíř nějakým jídlem jako že jsi jedla..*

Celý banán? Sebevražda!

Část blogů zabývajících se dietními opatřeními je relativně pestřejší než ostatní části a obvykle obsahuje tyto části:

- Jídelníčky
- Koření a dietní náhražky
- Zelený čaj
- Projímadla

Jídelníčky se deklarují se jako racionální strava, ale (až na výjimky) chybí množství stravy, čili nedávají žádnou představu o nutriční hodnotě. Téměř se nevyskytují masné produkty a často je jako součást jídelníčku kalkulována i pohybová aktivita. Několik příkladů:

Lepší varianta

snídaně: kus-kus kaše sladká

oběd: polévka s těstovinami, kuře, rýže, brambor, zelenina

večeře: pohankové palačinky se špenátem a žampiony

Horší varianta

Snídaně:rozmix. banány, skořice, Aktivie

Oběd:1 litr vody

Večeře:nic

Pohyb: 3 hodiny-pěšky

Ještě horší varianta

Snídaně:3kousky koláče+silná káva s mlékem

Oběd: nic

Večeře: nic

Včera večer to bylo zas na nic – žrala jsem, měla jsem 10 FENOLAXů - v noci jsem měla obrovské křeče

Maligní varianta

Pátek 22.2- 2 l zeleného čaje+1 l vody,jídlo žádný :-)

Sobota 23.2- 2,5 čaje na hubnutí a jídlo -nic:-)

Neděle 24.2-3 l zeleného čaje a troška zeleninový polívky

Jednou na rtech, navždy na hýždích

Koření jsou probírána a doporučována z několika úhlů pohledu:

- Jako odpuzující, jídlo činící nechutným
- Snižující apetit
- Podporující trávení

Zde nenajdeme nějakou výraznější shodu, kolik autorek, skoro tolik názorů.

Zvláštní kapitolou jsou různé potravinové náhražky obvykle na bázi vláknin, především psyllium (vláknina z jitrocele indického, která nabobtná na 20ti násobek své hmotnosti), které je většinou autorek adorováno až ke zbožštění.

Další všeobecný konsensus je masivní pití zeleného čaje – termoska s ním patří k základní výbavě anorektičky.

K urychlení hmotnostního poklesu a zvláště po nedodržení jídelníčku pacientky aplikují nejrůznější projímadla, obvykle v násobcích doporučených dávkování.

Umělecké aktivity (thinspo) většinou tvoří závěrečnou část blogu a její hlavní součástí bývají galerie anorektických idolů (Keira Knightly, sestry Olsenovy a řada dalších hvězdiček i zcela anonymních dívek). Pro galerie je charakteristické, že obsahují dívky:

- obvykle na hranici štíhlosti
- výjimečně jasně anorektické

Někdy jsou i přiřazeny odstrašující galérie extrémně obézních žen či velkého množství kaloricky vysoce obsažného jídla.

Část pacientek se věnuje i vlastní grafické tvorbě, nejčastější jsou parafráze známých uměleckých děl upravených do estetické roviny anorektiček – bude demonstrováno při přednášce.

Vlastní tvorba se týká především výroby drobných šperků, především červených náramků, které patří k dresscodu anorektiček.

- *Anorektičky vy, které zastáváte komunitu PRO ANA noste červený náramek*
- *Bulimičky vy, které zastáváte komunitu PRO MIA noste fialový náramek.*
- *A osoby, které se léčí nebo vyléčili nosí náramek barvy bílé.*

Závěry:

Typické fráze anorektiček:

- Křehký motýl
- Vůle
- Štíhlost
- Dokonalost
- Tlustá kráva

Fetiš

- Červený náramek
- Vytaháný svetr
- Termoska se zeleným čajem

Pro ana blogy jsou zajímavým zdrojem informací o myšlení a chování pacientek s MA a tvoří užitečný zdroj informací pro všechny, kteří se s problematikou zabývají. Znalosti mentality pacientek jsou důležité pro zdravotníky pracující s dětmi a mladou populací (pediatři, endokrinologové, psychiatři, gynekologové...). Nenahraditelné jsou pro sestry pediatrických a psychiatrických oddělení, které jsou s anorektičkami v největším kontaktu. Neméně přínosná je orientace v problematice MA i pro další profese – pedagogy, psychology, sociální pracovníky atd., kteří na základě těchto znalostí mohou pomoci podchytit onemocnění v počátečních fázích. Blogy jsou i důležitým zdrojem informací pro rodiče pacientek a pomohou jim pochopit dceřino onemocnění a lépe spolupracovat při její léčbě.

7. PROBLEMATIKA MEZIOBOROVÉ PÉČE U DÍVEK S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ – ÚLOHA DĚTSKÉHO GYNEKOLOGA

Polová A.¹, Geržová H.¹, Milková Pavlíková K.², Obdržálková Z.³, Vaníková G.²

¹Porodnicko-gynekologická klinika FN Ostrava

²Psychiatrické oddělení FN Ostrava

³Dětská klinika FN Ostrava

Mentální anorexie je nejzávažnější formou poruch příjmu potravy. Jedním z jejích diagnostických kritérií je u dospívajících dívek a mladých žen amenorhea. Ta je příznakem závažné endokrinní poruchy, která toto onemocnění provází. Děje se tak na úrovni hypothalamo - hypofýzo - gonádové osy. Ovariální endokrinní sekrece je tlumena a dochází k rozvoji hypothalamické amenorhey s deficitem estrogenních hormonů. Dlouhodobý hypoestrinní stav může navodit až ireverzibilní změny v estrogen dependentních tkáních. Dlouhodobý vliv estrogenního deficitu se odrazí i v pohlavních orgánech. Děloha a ovarium jsou ohroženy rizikem snížení senzitivity hormonálních receptorů, následně rozvojem hypoplazie dělohy a redukce funkční tkáně ovarií. Důsledkem pak bývá sterilita a infertilita u dospělých žen.

Dostupnost, komplexnost a specializovaná péče jsou základními podmínkami k úspěšné léčbě poruch příjmu potravy. Spolupráce psychiatra s dalšími odborníky je nezbytná. Společným cílem léčby je realimentace, adekvátní nutrice, hmotnostní přírůstek a návrat spontánní menstruace. Gynekolog se podílí na komplexní péči. Je důležitá nejen jeho erudice, ale i přístup, neboť navázání vztahu lékař- pacient je časově a odborně náročné, pacientky s mentální anorexií často odmítají jakoukoli terapii. Gynekolog informuje pacientku případně jejího právního zástupce o závažnosti a vlivu dlouhodobého hypoestrinismu na cílové orgány estrogenů. Hormonální terapii navrhuje, zahajuje a provádí po zajištění realimentace, zástavě hubnutí. Substitucí estrogeny při dlouhodobém hypoestrinním stavu se snaží navodit nejnižšími terapeuticky účinnými dávkami stav normoestrinní.

Již třetím rokem pracuje ve Fakultní nemocnici Ostrava mezioborová pracovní skupina, která je zaměřena na léčbu dívek s poruchami příjmu potravy. O tyto pacientky, pečuje tým odborníků z oboru dětské psychiatrie, dorostového lékařství a dětské a adolescentní gynekologie. Skupina také spolupracuje s dětskou psycholožkou. Zatímco v roce 2010, kdy začala skupina pracovat, bylo nově zachyceno a léčeno 7 patientek s poruchami příjmu potravy, v roce 2011 díky osvětě hlavně směrem k odborné veřejnosti byl zaznamenán výrazný nárůst zájmu o tento typ komplexní péče. Do odborných ambulancí bylo doporučeno nebo se přímo bez doporučení obrátilo celkem 28 dívek po váhovém úbytku, poruchou menstruačního cyklu s podezřením na poruchu příjmu potravy, mentální anorexii. U 19 z nich byla psychiatrem diagnostikována porucha příjmu potravy, nejčastěji mentální anorexie. Úloha gynekologa a pediatra se ukázala jako stěžejní pro včasný záchyt patientek, psychiatrická diagnostika a léčba byla u těchto diagnóz nezbytná.

8. 20 LET ANTIKONCEPČNÍ PORADNY PRO MLADISTVÉ

M. Havlín

Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících a ADC Sanatorium, Praha

Proč antikoncepce pro mladistvé?

- Rozevírají se nůžky mezi biologickou a společenskou zralostí
- Zdravotní a společensko-sociální aspekty gravidity mladistvé
- Dívka starší 15-ti let má právo na pohlavní styk a antikoncepční zabezpečení

Antikoncepční poradna pro mladistvé

- Založena na podzim 1992 na gyn. por. Klinice 2. LF UK a FNM v Londýnské ul.
- 1995-96 v starém areálu FNM
- Od září 1996 v privátním zařízení
- Dívky 15 – 21 let
- Celkem 4870 patientek, $\frac{3}{4}$ pravidelné klientky
- Průměrný věk při prvním kontaktu 17,4 roku

První návštěva poradny

- Úvodní pohovor – orientace v antikoncepci
- Často první kontakt s oborem, citlivý přístup
- Základní gynekologické vyšetření
- Event. vyš. testosteronu a SHBG, JT jen v indikovaných případech
- Event. čas na rozmyšlenou či vyčkání výsledků
- Volba metody, detailní vysvětlení metodiky, event. předání uživatelských materiálů

Druhá a další návštěvy

- Druhá návštěva obvykle po měsíci užívání metody (zvláště u HA)
- Zhodnocení prvních dojmů, vysvětlení event. obtíží či nejasností
- Repetice uživatelských zásad
- Event. úprava či změna metodiky
- Další návštěvy – standardní gynekologická péče

Algoritmus volby metody

1. Míra antikoncepční naléhavosti - nasadit spíše dříve než pozdě
2. Požadavek na antikoncepční spolehlivost – vztah ke graviditě negativní či ambivalentní
3. Zájem pacientky vztažený na konkrétní zdravotní stav
4. Event. předešlá antikoncepční zkušenost
5. Schopnost pečlivého užívání tablet
6. Finanční otázka

Specifika péče o mladé dívky 1

- Velmi zdravá populace, málo medicinských problémů, ale velmi citlivá psyché
- Jednat jako rovný s rovným, zdržet se morálních soudů a subjektivních hodnocení
- Velmi detailní poučení o metodě, lépe vícekrát, zpočátku časově náročné
- Používat jednoduchý, srozumitelný slovník

Specifika péče o mladé dívky 2

- Dostupnost porady po telefonu, zvláště u HA (obvykle zvládne sestra)
- Boj s předsudky a nesouhlasem okolí
- Přerušované užívání HA – vysoké riziko gravidity
- Drogová problematika
- TEN

Sociální složení (%)

	1992 - 1996	2007 - 2012
Studentky	71	82
Učnice	9	0
OSVČ	2	6
Manuálně pracující	4	3
Úřednické profese	6	7
MD	4	1
Jiné	2	1

První kontakt s poradnou (počet nových patientek v kalendářním měsíci, n = 2148)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Prům.
244	215	184	183	198	205	140	98	223	201	172	159	184

Metoda při první návštěvě a po roce (%)

	1992 - 1996	2007 - 2012		
	start	po roce	start	po roce
HA	74	83	87	94
postkoitální	8	5	5	2
kondom	76	5	5	2
spermicid	5	3	2	1
jiné	4	4	1	1

Nejen antikoncepce

- Hormonální antikoncepce má řadu léčebných efektů
- Akné
- Regulace cyklu
- Léčba PMS
- Úbytek PID
- Redukce výskytu ovariálních cyst a GEU
- „Redukce pánevní operativy

Metody HA (%)

	1992 - 1996	2007 - 2012
tablety	96	89
kroužek, náplast	0	9
injekce	3	1
implantát	1	1

HA a hmotnost

- Dávka pod 100 µg EE nemá anabolický efekt!!
- Zákon zachování hmoty – 21 tablet váží cca 20 g
- Hmotnost je dána
 - geneticky: fyziologický růst do 21 – 23 let!
 - rozdílem mezi příjmem a výdejem energie
 - funkcí štítné žlázy
 - ztráta stresu z nežádoucí gravidity
 - retence tekutin

Adaptační obtíže v 1. cyklu HA

- Postihují 25 – 30 % uživatelék
- Atyp. krvácení – 69 %, mastalgie – 18 %, dyspepsie 10%, ostatní 3 %
- Málokdy vyžadují léčbu, obvykle jen vysvětlení
- Analogické obtíže mimo užívání HA obvykle nevyvolají potřebu lékařské péče
- Pozor na souběh nasazení HA a vnějších vlivů
- „Měsíc zatnout zuby a léta se usmívat“

Zapomínání tablet

Častý, ale falešný argument proti HA (zvláště nízkodávkované) u mladých dívek
 Pečlivost je dána osobností, nikoliv věkem!

1997-2001 pacientky aktivně dotazovány na uživatelské chyby

	Sledovaných cyklů	Přiznaných chyb (% cyklů)
Adolescentky	41 753	4,3
Dospělé	18 531	5,2

Jaterní testy (n = 473, 1992-96, přípravky s 30µg EE)

	vstupní	1. rok	1. rok	1. rok
Bilirubin	11,4	11,7	12,1	11,9
ALT	0,069	0,091	0,084	0,084
AST	0,101	0,097	0,112	0,096
cholesterol	3,63	3,57	3,47	3,44

Izolovaná hyperbilirubinémie (n = 68, 1992 – 96, mezní hodnoty 18,2 – 54,7)

úvodní	1. měs.	1. měs.	1. měs.	1. rok	1. rok
27,6	26,8	28,3	28,6	27,4	28,0

Dívky moudré a nemoudré (při první návštěvě, v %)

	Virgo	Gravidní
1992 – 1996	4,5	2,5
1997 – 2001	6,7	1,7
2002 - 2007	7,3	0,3
2008 - 2012	8,7	0

Trendy

- Ubývá nežádoucích gravidit
- Vyšší míra znalostí
- Klesá zájem o informace o nehormonálních metodách – zřejmě role osvěty
- Nárůst zájmu o netabletové formy HA
- Ambivalentní role internetu

Závěry

Neodpírejme antikoncepci mladým dívkám

Neváhejme s jejím nasazením

Věnujme dost času poučení pacientky

Volme vstřícný přístup

9. HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A ADOLESCENTKA – KONTROVEZNÍ ASPEKTY

Geržová H., Polová A., Hotová Z.

Porodnicko-gynekologická klinika, FN Ostrava

Hormonální antikoncepce u adolescentek patří k moderním metodám plánovaného rodičovství. Kromě ochrany před neplánovaným těhotenstvím u mladých dívek s sebou přináší i další obecně známé zdravotní benefity. Nelze však opomenout některé kontroverzní aspekty v souvislosti s hormonální antikoncepcí v této věkové kategorii. V této přednášce autorky podrobně rozebírají tuto problematiku v souvislosti s vyvíjejícím se organismem adolescentek s dopadem na jejich zdraví.

11. PROBLEMATIKA ANTIKONCEPCE U DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK

Ondrová D.

Gynekologicko-porodnická klinika, FN Olomouc

Problematika antikoncepce u dospívajících dívek

Cíl: cílem této přednášky je podat přehled metod antikoncepce jak z důvodu zábrany těhotenství, tak z terapeutických indikací u mladých dívek. Antikoncepce má i v dorostové gynekologii především svou původní úlohu - zabránění nechtěnému otěhotnění. Je ale také užívána v četných terapeutických indikacích.

Typ práce: přehled

Název a sídlo pracoviště: Gynekologicko - porodnická klinika FN Olomouc

Metodika: Ve sdělení je prezentována problematika antikoncepce u mladých dívek. Český právní řád povoluje sexuální styk osobám starším 15 let, ale nelimituje přístup k antikoncepčním metodám včetně hormonální antikoncepce. Stejně jako u jiné medikamentosní léčby, jsme povinni předepisovat antikoncepci mladým dívkám s vědomím rodičů. Pokud by lékař bez souhlasu rodičů nebo přes jejich nesouhlas antikoncepci předepsal, mohlo by to mít pro něj právní důsledky, zejména v případě výskytu nežádoucích účinků. Antikoncepce by neměla být předepisována dívkám dříve než dva roky po menarche a také ne dříve, než se stabilizuje cyklus. Toto doporučení ale kontrastuje s terapeutickým nasazením antikoncepce ke zpravidelnění cyklu.

Závěr: Nechtěná gravidita v dospívání je obrovským stresem, který při jakémkoliv řešení zanechává psychickou jizvu a může změnit celý další život dívky s možnými dalšími následky umělého přerušení těhotenství. Úlohou gynekologa je informovat o možnostech antikoncepce a pomoci vybrat nejvhodnější. Volba antikoncepce by měla vycházet z předpokladu, co se od ní očekává - zda zabránění otěhotnění, či žádoucí terapeutický efekt. Proto je vhodné podat poučení a vysvětlení i doprovázejícímu rodiči.

Klíčová slova: hormonální antikoncepce, terapeutická indikace antikoncepce, nežádoucí těhotenství

12. PORODY DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK NA PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÉ KLINICE FNO – TREND POSLEDNÍ DOBY

Hotová Z., Geržová H., Feketeviziová L.

Porodnicko-gynekologická klinika, FN Ostrava

Předmětem přednášky porody dospívajících dívek je přehled porodů u dospívajících dívek na Por.-gyn. klinice FNO za období 2006-2011. Shrnuje poslední trendy porodů nezletilých k celkovému počtu porodů na naší klinice. Dále se zabýváme podílem operačních porodů a porodním poraněním. Zpracovali jsme porody podle věku rodičky a parity. Dle zpracovaných údajů na porodnicko-gynekologické klinice FNO porod dospívajících dívek jeví poslední dobou mírný pokles, přesto je stále těhotenství přes 50% rizikové. Naše výsledky dále ukazují na vyšší věk dospívajících rodiček, vzestup porodu druhorodiček při stejném počtu porodů, méně předčasných porodů, stran porodních poranění - výrazný úbytek paušálního provádění episiotomií. Závěrem můžeme konstatovat, že jednoznačně hraje velkou roli u dospívající mládeže prevence, zastoupena poslední dobou hlavně osvětou v antikoncepci.

14. PSYCHOLOGICKÉ A PSYCHIATRICKÉ ASPEKTY SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ V DĚTSTVÍ

Kocourková J., Koutek J.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Sexuální zneužívání v dětství znamená to, že dítě je používáno pro sexuální cíle druhé osoby, která je většinou starší a vůči dítěti v pozici autority. Sexuální aktivita dítěte je vyžadována vymáháním nebo manipulací. Traumatická zkušenost může být dvojího typu. Při prvním jde o trauma, které je jednorázové, neočekávané a má charakter „šoku“, druhý typ traumatu představuje očekávaná a opakovaná zkušenost, kterou dítě nemůže odvrátit, i když budí strach, stud, pocity viny.

Při hodnocení spolehlivosti výpovědi dítěte obvykle vycházíme z posuzování řady kritérií, zejména vývojová kritéria, výpověďová kritéria a vztahová kritéria. Vývojové údaje berou v úvahu věk a jeho specifika, kognitivní funkce, zejména paměť, inteligenci, sugestibilitu. Výpověďová kritéria vyjadřují hodnocení způsobu, jakým dítě o prožité události vypovídá, hodnotí se konzistentnost jednotlivých výpovědí, užívaný jazyk, emoční doprovod sdělení. Vztahová kritéria hodnotí okolnosti výpovědi dítěte, jeho vztah k pachateli, případný zájem jiných osob na způsobu výpovědi dítěte. Uvádí se, že přibližně v 8% jde o falešné výpovědi, které mohou být iniciovány dospělou osobou, či přímo konstruovány dítětem. Falešné výpovědi o sexuálním zneužití se vyskytují v rámci rodinných problémů, kdy bývá nejčastěji obviněn otec dítěte v rámci pečovatelských sporů.

Následky sexuálního zneužívání dětí mohou být krátkodobé a dlouhodobé. Z psychopatologického hlediska můžeme vidět akutní reakci na stres, posttraumatickou stresovou poruchu, poruchu přizpůsobení s úzkostnými a depresivními rysy, někdy i s poruchami chování. U mladších dětí bývá přítomna psychosomatická reaktivita, nejčastěji bolesti břicha, poruchy spánku, jídelní potíže. Sexuální traumatizace se v budoucnu může podílet na disharmonickém vývoji osobnosti, může přispívat k poruchám, jako jsou somatoformní poruchy, disociativní poruchy, sexuální dysfunkce. U sexuálně zneužívaných dětí je potřebná časná terapeutická intervence, jejíž součástí je psychoterapie, v některých případech farmakoterapie, a pokud sexuální zneužití zasahuje rodinu, pak i rodinná terapie.

15. MOŽNOSTI PEDIATRA PŘI ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ

Schneiberg F.

Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. LF UK, Praha

Autor se zamýšlí nad tím, kdy by měl pediatr, zejména praktický lékař pro děti a dorost, myslet na možné sexuální zneužívání. Popisuje některé symptomy, zejména v oblasti chování dítěte. Zároveň uvádí pravidla pro postup, pokud má podezření na uvedenu diagnosu. Hlavním úsilím musí být prospěch a zájem dítěte a jeho ochrana, zejména také před sekundární viktimizací.

16. ÚLOHA DĚTSKÉHO GYNEKOLOGA PŘI ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY SEXUÁLNÍHO ZNEUŽÍVÁNÍ

Koliba P.

Gynekologická ambulance Gynartis, Ostrava - Vřesina

Prezentace se věnuje problematice sexuálního zneužívání dětí a sexuálnímu násilí. Podle definice zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 je „Sexuální zneužití je nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk nebo vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“ Co se týče forem sexuálního zneužívání, může se jednat o bezdotykové a dotykové zneužívání. Bezdotykové zneužívání je např. setkání s exhibicionisty a účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k přímému tělesnému kontaktu, např. vystavování dítěte pornografickým videozáznamům. U kontaktního zneužívání dochází k pohlavnímu kontaktu, laskání prsou a pohlavních orgánů, pohlavnímu styku, pohlavnímu styku orálnímu nebo análnímu.

Případů sexuálního zneužívání je zřejmě více, než si většina z nás je schopna připustit. Podle studie Weisse a Zvěřiny mělo zkušenost se sexuálním zneužíváním 4,6 – 7,1% mužů a 8,7 – 10,4% žen. Většina zneužití byla nepenetrativní povahy. Zarážející je skutečnost, že policii z toho bylo oznámeno minimum případů (3% u žen a 4% u mužů) a rodičům jenom 14% žen a 4% mužů. 47% žen a 27% mužů uvedlo, že tato traumatizující zkušenost měla negativní vliv na jejich další sexuální a partnerský život. Podobný reprezentativní výzkum v naší populaci provedl tým Sdružení Linky bezpečí v letech 1997-8 na reprezentativním vzorku 1112 osob. Zjistili, že některou z forem sexuálního zneužití v dětství potvrdilo 33% žen a 17% mužů. Více jak 50% zneužitých uvedlo zkušenost opakovaně. Problematice týraných a zneužívaných dětí se věnoval v ČR prof. Jiří Dunovský. On definoval syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) jako soubor „nepříznivých znaků ve stavu, vývoji dítěte i v jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Je výsledkem úmyslného ubližování dítěti způsobeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči.“ V ČR se odhaduje ročně 25 000 až 50 000 dětí do 18 let věku (1 – 2 %). Ze statistik je patrné, že víme jen asi o 5 000 případech.

S účinností od 1. ledna 2010 platí nový zákon č. 40/2009 sb., Trestní zákoník, v platném znění, který ve Hlavě III definuje trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti a to § 185 trestního zákona – znásilnění, § 186 – sexuální nátlak, § 187 – pohlavní zneužívání, § 188 – soulož mezi příbuznými, § 190 – prostituce ohrožující mravní vývoj dětí, § 192 – výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, § 193 – zneužití dítěte k výrobě pornografie a § 187 – pohlavní zneužití.

Postup lékaře – gynekologa při vyšetřování měl by se řídit metodickými opatřeními **Forenzní vyšetření zevních rodidel a hymenu** (Věstník MZ ČR, 1997/9, standard 603-32/97) a **Postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím** (Věstník MZ ČR roč. 2006/duben, částka 3), ve kterém daný postup lékaře při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Součástí vyšetření je:

1. Anamnéza (bez přítomnosti jiných osob, dotazy zaměřené na zjištění okolností vzniku poranění, přesné časové údaje, zjištění nebo vyloučení znásilnění)
2. Vyšetření (ve spolupráci s ostatními odborníky, ošetření poranění, vyloučení požití omamných látek a znásilnění)
3. Léčba a další opatření (kontakt na příslušné organizace)
4. Doporučeno kontrolní vyšetření s odstupem.
5. Přesný záznam do zdravotnické dokumentace.

Ve spolupráci s ostatními odborníky je provedeno mimo jiné:

1. Vyšetření poranění nebo obtíží včetně poranění staršího data.
2. Vyloučení nebo potvrzení požití omamných látek.
3. Vyloučení nebo potvrzení znásilnění.

Při zjištění týrání nebo zneužívání dětí v rodině musí lékař oznámit tuto skutečnost příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dětí, a to v souladu s § 10 nebo § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Dále musí být případ oznámen státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu v souladu s § 167 nebo § 168 v návaznosti na § 215 trestního zákona, nebo oznamovací povinnost se na trestný čin týrání svěřené osoby vztahuje. Samotné gynekologické vyšetření nesmí opomenout odběr z pochvy na důkaz spermatu (nativně spermie až 5 hodin po deliktu, nebo kyselou fosfatázou a STD). Stopy fyzického násilí je nutné zaznamenat (přesný popis, nákres, fotografie) a zajistit stopy (oblečení, krev, sliny a biologické stopy). Také musí důkladně zaznamenat trhliny, popsat umístění deflorčních zářezů, jejich hloubku (ve vztahu k basální linii vchodu), stav hojení zářezů (čerstvé, hojící se, zhojeny), posoudit čerstvé trhliny – okraje zakrvavené, je-li vyšetření s odstupem několika dní – v hymenu zářezy v podobě jizev, které sahají do linie poševní sliznice v typických lokalizacích. Vysoce suspektní jsou hojící se trhlinky hymenálního okraje, nedosahující ke stěně poševní, petechie a hyperemie hymenu, petechie a hyperemie v anální oblasti, průkaz STD – HIV, kapavka, syfilis, trichomoniáza, chlamydie (nutno však vyloučit kongenitální transfer či jinou cestu přenosu). Mezi jisté gynekologické známky patří: čerstvé lacerace a zhmoždění genitálu nebo hráze (po vyloučení úrazu), narušení integrity hymenu až k bazální linii, průkaz spermií a gravidita. Při vyšetření by se lékař neměl nechat ovlivnit rodinou či policií, vysvětlit oběti postup při vyšetření, vyšetřovat vždy v přítomnosti ještě dalšího zdravotníka (lékař, sestra), provést důkladné vyšetření celého těla i genitálu, popsat nález, vše zdokumentovat a nedělat závěry. Měl by vždy pamatovat na skutečnost, že dokumentace je pouze formou svědecké výpovědi a také počítat s možností předvolání na policii, či k soudu pro podání svědecké výpovědi.

Zvláště obezřetně by měl postupovat v případech simulace násilí a to někdy bez logického vysvětlení – studentky, psychicky nemocné ženy... Někdy se může jednat o dobrovolný styk a následné oznámení (rodiče zatlačí na pozdě příchozí a ta uvádí jako výmluvu znásilnění), nebo manželské neshody – rozvodové konflikty. Účelové reakce – tzv. „domáhání se svých práv“, nebo někdy u dětí jde o *pseudologia fantastica* = vymýšlení nepravdivých příběhů, kde dítě zpravidla hraje atraktivní roli, tj. schopnost ztotožnit se ze situací pouze viděnou např. v televizi.

Při ošetřování obětí sexuálního zneužívání by lékař měl vždy pamatovat na podporu obětí této činnosti a poskytnout kontakt na odborné psychologické i nestátní organizace,

které se věnují této problematice. Důležitá je právní a psychoterapeutická podpora oběti a to ze strany orgánů činných v trestním řízení (policie ČR, státní zástupce, soud), ale také nevládních organizací poskytujících právní a psychoterapeutickou pomoc při zachování anonymity (Bílý kruh bezpečí, Elektra, Acorus, EVA, ROSA, Poradna pro ženy v tísní).

17. FORENZNÍ ASPEKTY A VYŠETŘENÍ V GYNEKOLOGII DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Geržová H., Polová A., Hotová Z.

Porodnicko-gynekologická klinika FN Ostrava

Autorky podávají ucelený přehled problematiky forenzního gynekologického vyšetření u nezletilých a dospívajících dívek především z pohledu medicínského, ale i psychologického, sociálního a právního. Prezентují základní medicínské postupy s komplexním přístupem k takto vyšetřovaným dívkám.

19. DŮLEŽITOST GYNEKOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ POHLAVNĚ ZNEUŽITÉHO DÍTĚTE JAKO DŮKAZ PRO TRESTNÍ ŘÍZENÍ

Sejbalová P.

Sexuologické oddělení, FN Brno, Znakyně krajského soudu Brno

Úvodem se přednáška zabývá rozbozem nejčastější sexuální delikvence – pohlavního zneužívání a jeho forem, tzn. nekoitální i koitální praktiky. Dále se zabývá vztahy mezi pachatelem a obětí. U dětí jsou specifikovány fyzické a psychické důsledky prožitého traumatu. Podrobněji se přednáška bude zabývat sekundární viktimizací dětí vzniklou z policejního ale i lékařského vyšetřování, které může mít pro dítě charakter opakovaného prožívání pohlavního zneužití. Budou rozebrány možnosti zmírnění této sekundární viktimizace ze strany zdravotníků. Význam gynekologické vyšetření dítěte pro účely trestního řízení je jedním ze základních důkazů pro usvědčení pachatele a musí být proto velmi podrobné a zahrnovat nejenom gynekologický nález, ale i zhodnocení stupně sexuálního zranění. Na rozdíl od standardního klinického vyšetření by mělo navíc obsahovat i popis chování dítěte včetně chování doprovodu – matky. Z forenzního hlediska je také významná písemná formulace gynekologického vyšetření.

P1. TROMBOFILNÍ MUTACE A RIZIKOVÉ FAKTORY U MLADÝCH DÍVEK ČESKÉ POPULACE UŽÍVAJÍCÍCH HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI

Koudová M., Vlčková Z., Bittáová M., Indráková V., Alánová R., Slepíčková I., Lavická E., Hlaváčová M., Hrabíková M., Pavlíčková L.

GHC GENETICS s.r.o. - NZZ, Praha

Úvod: Trombóza je multifaktoriální onemocnění, tedy výsledek kombinovaného působení genetických dispozic a vnějších faktorů. Genetické dispozice pro trombózu zahrnují mutace a genetické varianty v genech, které narušují rovnováhu v tvorbě

a rozpouštění trombů nebo zvyšují hladinu homocysteinu v krvi.

Metodika: Celkem bylo vyšetřeno 500 dívek české populace ve věku 12 - 26 let (průměrný věk 18 let). DNA izolována ze stěru sliznice ústní soupravou Flocked Swabs nebo z žilní krve pomocí kitu QIAmp DNA Minikit a přístroje pro semiautomatickou izolaci DNA QuickGene 810. Mutace /genetické varianty: Leiden (G1691A) genu F5, G20210A genu F2, C677T a A1298C genu *MTHFR* detekovány metodou High Resolution Melting Analysis na přístroji LightScanner. Statisticky byly vyhodnoceny frekvence jednotlivých alel a genotypů, které byly korelovány s anamnestickými údaji z osobní a rodinné anamnézy.

Výsledky: Frekvence výskytu jednotlivých alel a genotypů korelovala s daty české populace. Mutace Leiden genu F5 prokázána v 7% (v homozygotním stavu u 2 dívek), mutace G20210A F2 prokázána ve 2% (v homozygotním stavu nebyla prokázána). Celkem obě tyto mutace nalezeny v 9% (1 dívka heterozygot pro obě mutace), ale pouze 35% těchto geneticky rizikových dívek by splňovalo doporučená indikační klinická kritéria ke genetickému testování trombofilních mutací. Z anamnestických dat současně zjištěny zevní rizikové faktory pro vznik trombózy u těchto geneticky rizikových dívek: užívání hormonální antikoncepce (54%, z toho v 50% preparáty s estrogeny), nadváha (8,7%), obezita I. stupně (1,6%), kouření (20%), nedostatečná pohybová aktivita (50%). V genu *MTHFR* ovlivňujícím hladinu homocysteinu nebyla prokázána kombinace tří rizikových alel (genotyp 677TT a 1298AC nebo genotyp 677CT a 1298CC) ani čtyř rizikových alel (677TT a 1298CC – mutovaný homozygot v obou polymorfismech). Výskyt kombinací rizikových alel *MTHFR* odpovídá dříve publikovaným studiím české i evropské populace, kdy zvyšující se podíl mutovaných alel 677T a 1298C *MTHFR* snižuje životaschopnost plodu nesoucího tyto mutace.

Závěr: Přínosem projektu je zjištění, že 65% dívek ve zvýšeném vrozeném riziku pro vznik trombózy není dle doporučených klinických kritérií indikováno ke genetickému vyšetření. Přitom více než polovina těchto dívek užívá hormonální antikoncepci, 11% má již nadváhu nebo obezitu, 50% nemá dostatečný pohyb a 20% kouří, takže jsou významně rizikové pro rozvoj trombózy a kardiovaskulárních onemocnění. Následnou hematologickou dispenzarizací a dodržováním preventivních opatření předpokládáme významné snížení rizika vzniku trombózy a jejích komplikací u těchto rizikových dívek v budoucnosti.

Práce byla podpořena projektem preventivní péče ve spolupráci se zdravotní pojišťovnou Metal-Alliance ČR „Prevence trombotických/tromboembolických příhod u mladých dívek po kontraceptivech“

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.

REJSTŘÍK

A

Alánová R. 4, 24

B

Bittóová M. 4, 24

Blahoš J. 3

C

Cabrnochová H. 5

F

Feketeviziová L. 4, 20

G

Geržová H. 3, 4, 5, 15, 19, 20, 24

H

Havlín M. 3, 4

Hlaváčová M. 4, 24

Hořejší J. 3, 5, 6, 9

Hotová Z. 4, 5, 19, 20, 24

Hrabíková M. 4, 24

I

Indráková V. 24

K

Kocourková J. 3, 4, 8, 21

Koliba P. 4, 5, 22

Kosová H. 3, 6

Koudová M. 4, 24

Koutek J. 3, 4, 8, 21

Křišťufek P. 3

L

Lavická E. 4, 24

N

Nižňanská Z. 4, 5

O

Ondrová D. 4, 20

P

Pavlíčková L. 4, 24

Polová A. 4, 5, 19, 24

S

Sejbalová P. 5, 24

Schneiberg F. 4, 5, 21

Slepičková I. 4, 24

Smetanová D. 3, 7

V

Vlčková Z. 4, 24

Vondráček L. 4, 5

POZNÁMKY

POZNÁMKY