

Komentář ke článku: Nováčková M., Infekce močových cest v těhotenství

Publikováno v Urol. praxi 2016; 17(3): 121–123

MUDr. Kateřina Vlachová

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Článek přehledně a výstižně shrnuje téma léčení močových cest v graviditě. Oceňuji zejména odkazy na patofyziologii v těhotenství a ovlivnění farmakokinetiky antibiotik. Považuji za velmi důležité doporučení dávkování antibiotik na horní terapeutické hranici na kratší dobu. Toto podávání je v posledních letech považováno za metodu volby k navození dostatečné účinnosti a zabránění nárůstu rezistencí a přerůstání dalšími patogeny.

U infekcí vyvolaných *Streptococcus agalactiae* je pro urology důležitý pohled na význam této infekce. Autorů bych se dotázala, zda léčba injekčním penicilinem G je indikovaná i v prvních

dvou trimestrech. Obvykle se setkáváme s perorální léčbou aminopeniciliny, např. amoxicilin, amoxicilin s kyselinou klavulanovou, ampicilin se sulbactamem.

Na doplnění bych zmínila situace, kdy podáváme v průběhu celé gravidity preventivně nízkodávkovanou léčbu antibiotiky (1/4 terapeutické dávky). Tento postup je vhodný u pacientek, které jsou před graviditou v urologické péči pro dlouhodobé recidivující uroinfekce z různých důvodů (funkční a morfologické odchylky močových cest, komorbidity vedoucí k časté kolonizaci močových cest např. sclerosis multiplex,

diabetes mellitus apod.) V prvních dvou trimestrech doporučuje většinou nitrofurantoin 100 mg na noc, ve třetím trimestru cefalosporiny II. generace např. cefuroxim axetil 125–250 mg na noc. Alternativně lze podávat cefalosporiny II. generace po celou dobu gravidity. Cílem je zabránit přerůstání bakterií v noční porci moče tak, aby dávka antibiotika minimálně ovlivnila střevní mikrobiotu a indukci rezistence.

MUDr. Kateřina Vlachová

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

katerina.libri@gmail.com

Urol. praxi 2016; 17(4): 196

Komentář ke článku: Nosková P., Syndrom chronické pánevní bolesti

Publikováno v Urol. praxi 2016; 17(3): 106–110

MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení Slezské nemocnice Opava

Článek se zabývá složitou a rozsáhlou tematikou chronické pánevní bolesti především z pohledu algeziologa. Chronická pánevní bolest (CPP) a syndrom chronické pánevní bolesti (CPPS) je dobře v článku definován a vyzdvížena jejich rozdílnost. Téma je velmi komplexní problematikou, která se jistě nevejde do jednoho přehledového článku. U obou pohlaví se CPP i CPPS projevuje různými odlišnostmi danými rozdíly v anatomii a funkci malé pánve. Pohled každého z odborníků zabývajícího se CPP a CPPS je vždy určitým způsobem omezen s ohledem na takřkajíc vztažnou soustavu, odvíjející se od jeho základního oboru. Proto je nesmírně důležité získávat informace z pohledů jiných oborů než jen urologie. Urologové sami nejlépe ví, že diagnostika bolestí malé pánve je velmi komplexní proces, na kterém se podílí několik oborů (jmenovaných v článku) a pacient si mnohdy projde mnoha, ne příliš příjemnými vyšetřeními, než je zahájena

adekvátní terapie. Je to samozřejmě dáno i tím, že žádný z odborníků není schopen pojmut kvalifikovaně celou šíři vyšetřovacích a léčebných jednotlivých orgánových soustav, které se v malé pánvi střetávají. Syndrom CPPS známe také pod pojmem *crus urologicorum*, tedy kříž urologův, který si ale lékař nese společně s pacientem. Z textu bych upozornil a zdůraznil, že terapie a diagnostika CPP a CPPS je vždy komplexní, ale existuje spousta omezení, z nichž možná nejvýznamnější je omezení preskribce, jak upozorňuje autorka. Dalším významným omezením je různé názvosloví generik a četnost generických preparátů. Tato existence velkého množství názvů analgetik vyžaduje podrobnou znalost anamnestických dat, přesnou znalost medikace, tak aby se nezvyšovala rizika duplicitní medikace a tím navyšování dávek a, nebo nekompatibilní míchání preparátů. Vzhledem k tomu, jak jsou analgetika ale nadužívána, neboť nám zjednodušují terapii, je také nutno zdůraznit

úlohu fyzioterapie, na kterou často zapomínáme. Malá pánev je velkou svalovou jednotkou s mnoha zpětnými pozitivními i negativními vazbami, které následně mohou vyústit v malfunkci, která se projeví bolestivým syndromem (zde je nutno i zdůraznit úlohu triggerpointů). Tabulky uvedené v článku odkazují na doporučení EAU, a tím i na podrobné principy medikace, které jsou v doporučeních EAU obsaženy. Snad bych jen upozornil na doporučení AUA, kde je uveden výstižný algoritmus diagnostiky a léčby CPP a CPPS. Vyzdvíhl bych přehlednost a jednoduchost textu, který v poměrně přehledné a rychlé formě dává návod jak postupovat v terapii CPP a CPPS i z pohledu jiných oborů, kde autorka vyzdvihuje speciální pohled jednotlivých oborů.

MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení Slezské nemocnice Opava

Olomoucká 86, 746 01 Olomouc

roman.stanek@nemocnice.opava.cz

Urol. praxi 2016; 17(4): 196