

Zdůvodnění žádosti o nový výkon Vstupní komplexní vyšetření těhotné ženy s pozitivním výsledkem tyreoidálního screeningu.

Podkladem pro tento návrh doporučeného postupu pro časný záchyt tyreopatií v těhotenství, jsou výsledky implementačního pilotního projektu „Časný záchyt tyreopatií v těhotenství“, realizovaného v letech 2019-2022. Prevalence hypotyreózy a/nebo chronické lymfocytární tyroiditidy je v běžné české populaci gravidních žen až 10-15 %, což odpovídá ostatním zemím s dostatečným jodovým zásobením (USA, Velká Británie, Francie apod.). V těhotenství se plně vyjádřená hypotyreóza (manifestní), která, pokud není neléčena, má nejzávažnější důsledky pro plod, vyskytuje asi u 0,5-1 % žen, subklinická hypotyreóza asi u 2-5 % žen a eufunkční chronická lymfocytární tyroiditida asi u 10-12 % žen.

Laboratorní screening bude realizován gynekologem ve spolupráci s biochemickou laboratoří (viz samostatná žádost o biochemický výkon). V případě pozitivního výsledku gynekolog informuje těhotnou ženu o pozitivním výsledku testu a odešle ji k došetření na spádové endokrinologické pracoviště. Konzultace u endokrinologa musí být nejpozději do 10 dnů. Endokrinolog zajistí další endokrinologickou péči během těhotenství a po porodu. V případě pozitivního screeningu, tj. kteréhokoliv z vyšetřených ukazatelů, musí definitivní diagnózu a rozhodnutí o event. léčbě určit endokrinolog. Farmakologická léčba by měla být zahájena u všech žen s manifestní hypertyreózou a se subklinickou hypotyreózou s pozitivními TPOAb. Přístup k léčbě žen s mírnou elevací TSH a negativními TPOAb a eutyreózních žen s pozitivními TPOAb není dosud přesně vymezen: měl by být individuální s ohledem na RA a OA, na nález na ultrazvuku štítné žlázy, titry TPOAb, sérové koncentrace TSH a FT4 a další okolnosti.

Nový speciální výkon žádáme ze dvou důvodů:

- 1) Vyšetření je potřeba provést co nejdříve, nejpozději do 10 pracovních dnů od screeningového odběru u gynekologa. S ohledem na přetíženost jednotlivých endokrinologických ambulancí je vhodné postupovat cestou „exkluzivního“ výkonu se zvýšenou časovou dotací pro edukaci, zejména proto, že náročnost vyšetření a potřeba informace nové gravidní pacientky bude vyšší než u běžné pacientky s tyreopatií
- 2) Endokrinolog nemá možnost ovlivnit počet patientek, které k němu budou odeslány. Krom toho bude poskytovat další běžnou péči v plném rozsahu. Proto žádáme, aby byl tento výkon hrazen v režimu zvláštní úhrady tak, aby nebyl aplikován limit vykázané péče na 1 rodné číslo za rok u patientek, kde péče začíná tímto výkonem.