

ROČNÍK 14/2008

ČÍSLO 1

NEONATOLOGICKÉ LISTY



*Česká neonatologická společnost
Fakultní nemocnice Na Bulovce*

Registrační číslo MK ČR 7144

ISSN 1211-1600

Registrační číslo MK ČR 7144

ISSN 1211-1600

NEONATOLOGICKÉ LISTY

VEDOUcí REDAKTOR

prim. MUDr. Martin Čihař
Neonatologické oddělení, FN Na Bulovce, Praha

REDAKČNÍ RADA

prim. MUDr. Lumír Kantor, PhD.
zástupce vedoucího redaktora
*Novorozenecké oddělení,
Fakultní nemocnice Olomouc*

as. MUDr. Tomáš Binder, CSc.
*Gynekologicko-porodnická klinika,
FN v Motole*

prim. MUDr. Markéta Havlovicová
*Ústav biologie a lékařské genetiky,
FN v Motole*

doc. MUDr. Zdeněk Kokštein, CSc.
*Novorozenecké oddělení s JIP,
Dětská klinika, FN Hradec Králové*

MUDr. Jáchym Kučera
Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

MUDr. Karel Liška
*Neonatologické oddělení s JIRP,
VFN Praha*

MUDr. Anna Mydlilová
*NARLAC,
FTN Krč, Praha*

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc.
*Pediatrická klinika,
FN v Motole, Praha*

Jaroslava Saxlová
*předsedkyně neonatologické sekce ČAS
FN Na Bulovce, Praha*

prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc.
*Klinika dětské chirurgie,
FN v Motole, Praha*

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.
ZSF JČU, České Budějovice

doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.
*Novorozenecké oddělení s JIRP,
FN v Motole, Praha*

ROČNÍK 14/2008

**ČESKÁ NEONATOLOGICKÁ SPOLEČNOST
FAKULTNÍ NEMOCNICE NA BULOVCE**



OBSAH

SOUBORNÝ REFERÁT:

3 Zlatohlávková B.: **Právo a etika na hranicích životaschopnosti plodu**

9 Lukešová J.: **Náhradní rodinná péče**

21 Koditek V., Ryba L.: **Perinální asfyxie na periferním pracovišti**

27 Fridrichová V., Oškrdalová L., Skorkovská K.: **Attachement parenting – rodičovský přístup založený na pevných citových vazbách**

31 Macháček J., Kantor L.: **Endoskopická ventrikulocisternostomie v léčbě posthemoragického hydrocelu**

PŘEČETLI JSME ZA VÁS

33 **Breastfeeding Briefs**

ZPRÁVY ČNeoS

43 **Zápis jednání výboru ČNeoS ČLP JEP dne 23. 2. 2008 v ÚPMD Praha**

44 **Zápis z výboru ČNeoS ČLP JEP 23. 4. 2008 Dunajská Streda**

45 **Podklady pro jednání s ředitelem VZP, Financování neonatální intenzivní péče – teze pro jednání na VZP a s dalšími pojišťovnami**

47 **Problematika rodných čísel**

www.neonatalog.cz

48 **XXV. Neonatologické dny s mezinárodní účastí, 12.–14. listopadu 2008**

51 **V. Celostátní konference Neonatologické sekce ČAS**

POKYNY PRO AUTORY

53

© ČNeoS, Praha 2008

Neonatologické listy jsou časopisem České neonatologické společnosti vydávaným ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Na Bulovce a vycházejí dvakrát ročně.

Jsou registrovány pod registračním číslem MK ČR 7144, ISSN 1211-1600

Časopis je distribuován členům České neonatologické společnosti, neonatologické sekci České asociace sester a staničním sestrám všech Novorozeneckých oddělení.

Žádná část časopisu nesmí být reprodukována a rozmnožována v jakékoliv formě či jakýmkoliv způsobem za účelem dalšího rozšiřování bez písemného souhlasu redakce.

Adresa redakce:

prim. MUDr. Martin Čihař, Neonatologické oddělení, FN Na Bulovce,

Budínova 2, 180 81 Praha 8

telefon a fax: 266 083 247, e-mail: ciharmar@seznam.cz

Vytiskla Střední polygrafická škola Praha, s. r. o., Bellova 352, 109 00 Praha 10

Právo a etika na hranicích životaschopnosti plodu a novorozence

Zlatohlavková B.

Novorozenecké oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze

Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK v Praze

Klíčová slova: autonomie, informovaný souhlas, hranice viability, etické rozhodování, nejlepší zájmy, zahájení a ukončení intenzivní péče

Respekt k *autonomii* pacienta je jedním ze čtyř principů biomedicínské etiky. Znamená nejenom připustit, že pacient má právo mít své názory, činit rozhodnutí a konat na základě vlastních hodnot a přesvědčení, ale také dávat možnost a podporovat pacienta v autonomním rozhodování. Vyjádřením autonomie ve zdravotní péči nebo výzkumu je *informovaný souhlas* (1). V procesu rozhodování o způsobu léčby se může stát, že při respektování autonomie pacienta se lékař dostane do konfliktu s ostatními biomedicínskými etickými principy – *nonmaleficence*, *beneficence* a *spravedlnost*.

I české právo vychází z principu, že informovaný souhlas osoby je nezbytný k jakémukoliv zákroku na jejím těle (2). Princip informovaného souhlasu v oblasti zdravotnictví je založen na článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicině.¹ Podle článku 10 Ústavy se použije přednostně před jakýmkoliv odporujícím předpisem nižší právní síly, včetně zákona.² Bez souhlasu pacienta je možno provést zákrok jen ve stavu nouze vyžadujícím neodkladná řešení.³ Pacient má v zásadě právo odmítnout každý lékařský zákrok. Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, je-li nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby. Lékař může bez souhlasu pacienta zákrok provést jen na základě výslovného oprávnění vyplývajícího ze zákona a směřujícího například k ochraně práv jiných lidí. Podle Císařové „je zřejmé, že právo se zde může dostat do rozporu s morálním přesvědčením lékaře léčit jiné podle svého nejlepšího vědomí.“ „...v naší společnosti silně si zakládající na hodnotách individualismu a práv jednotlivce není pacient objektem pro uspokojení subjektivní morální potřeby lékařů léčit. Právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit. Diagnóza není víc než právo“ (2).

Za neautonomní pacienty činí rozhodnutí jejich zástupci. Novorozenci nemají a nikdy neměli autonomii, rozhodování jejich zástupců by se mělo řídit standardem *nejlepších zájmů* (Best Interests Standard). Tento standard chrání tělesnou i duševní pohodu (well-being) druhého tím, že posuzuje riziko a prospěch různých způsobů léčby se zřetelem na bolest a utrpení včetně zhodnocení obnovení nebo ztráty funkce. V rozhodovacím procesu jde nepochybně i o uplatnění kritéria kvality života (1).

„Právo stanoví v případech, kdy člověk není schopen právních úkonů, že v jeho zastoupení koná jiná, způsobilá osoba. Vůle zástupce je považována za vůli zastoupeného. Pramenem tohoto principu je sama Úmluva v čl. 6 odst. 2 a 3, třebaže její aplikace je zde závislá na provedení zákonem“⁴ (2). Dříve než bylo zákonem chráněno právo na rozhodování pro inkompetentní osoby, byla definována odpovědnost rodičů konat v nejlepším zájmu jejich dětí. Právo předpokládá, že rodiče zpravidla konají v nejlepším zájmu svých dětí, proto by stát měl zasahovat jen ve výjimečných situacích, kdy nesouhlasí s rozhodnutím rodičů, které může mít pro dítě vážné následky (1).

Z ustanovení § 22 a násl. Občanského zákoníku, příslušných partií zákona o rodině a v § 176 a násl. Občanského soudního řádu lze vyvodit, že právo rodičů rozhodovat o zahajování či pokračování léčby není omezeno, ledaže by se dostaly do rozporu zájmy zástupce a zastoupeného (2). „Naproti tomu § 23 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu dává ošetřujícímu lékaři právo překonat nesouhlas rodičů či opatrovníka svou

vůlí, pokud soudí, že zákrok bude zachraňovat život či zdraví pacienta.“ Zákonný zástupce je povinen řídit se nejlepším zájmem zastoupeného jako určujícím kritériem. „Pokud se vůle rodičů dostane do rozporu se zájmy dítěte, tak jak je na základě poznatků lékařské vědy pociťuje ošetřující lékař, je možné žádat soud o ustanovení opatrovníka dítěte a případně i o předběžné opatření s odůvodněním, že je ohrožen život a jiné zájmy dítěte“ (2).

Pokud je mi známo, v českém soudnictví se dosud neřešil spor rodičů dítěte, narozeného v gestačním týdnu na hranici viability, se zdravotnickým zařízením, které nerespektovalo jejich rozhodnutí neposkytnout dítěti intenzivní péči. Na stránkách zahraničních lékařských časopisů je široce diskutován případ *Miller v. HCA*, který může být poučný i pro nás. Průběh jsem rekonstruovala z několika článků, soudní spisy jsem neměla k dispozici (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

V roce 1990 byla paní Miller přijata do Women's Hospital of Texas pro hrozící předčasný porod ve 22. + 4/7 gestačním týdnu. Podle ultrazvukového vyšetření v den přijetí plod odpovídal 23. + 1/7 gestačnímu týdnu s odhadovanou hmotností 629 g. Následně byla u matky diagnostikována infekce, kterou lékařský tým považoval za život ohrožující pro matku při dalším pokračování těhotenství. Porodník a neonatolog informovali rodiče, že „plod má malé šance, že bude porozen živý, a jestliže přežije, pravděpodobně bude mít těžká postižení včetně mozkového krvácení, slepoty, plicního onemocnění a mentální retardace.“ Podle vyjádření otce mu lékaři řekli, že „nikdy neměli tak nezralé dítě, které by přežilo, a že cokoliv by dělali, aby udrželi dítě naživu, by bylo založeno jen na dohadech.“ Pak byli rodiče požádáni, aby rozhodli, zda dítě má nebo nemá být po narození léčeno. Rodiče si za těchto okolností nepáli resuscitovat své dítě, protože nechtěli, aby trpělo, když pravděpodobnost přežití je extrémně malá. Na základě informací, že

¹ Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. mezinár. smluv, článek 5: Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

² Ústava České republiky ze dne 16. prosince 1992, ústavní zákon č. 1/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 347/1997 Sb., 300/2000 Sb., 448/2001 Sb., 395/2001 Sb. a 515/2002 Sb., článek 10: Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.

³ Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. mezinár. smluv, článek 8: Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoli nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby.

⁴ Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. mezinár. smluv, článek 6, odst. 2 a 3: Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti...

plod není viabilní, chtěli „ponechat přírodě, aby šla svou cestou.“ Porodník informoval zdravotnický tým, že není třeba, aby neonatolog byl přítomen u porodu, protože resuscitace nebude zahajována. Otec odešel z nemocnice zařadit pohřeb. Poté proběhla další jednání se sestrami, lékaři, administrátory nemocnice a etickou komisí. Po návratu bylo otci sděleno, že podle federálních a státních zákonů i nemocničních postupů (později se ukázalo, že neexistovaly) musí být povinně resuscitováno každé živé dítě vážící 500 a více gramů. Proto u porodu musí být přítomen neonatolog, který rozhodne o resuscitaci podle stavu dítěte. Otec přesto odmítl podepsat souhlas s resuscitací a na jeho dotaz, jak by mohl resuscitaci zabránit, mu bylo řečeno, že by musel odvézt ženu z nemocnice.

Stav rodičky se však zhoršil, bylo nutno indukovat porod prostaglandiny. Za několik hodin se vaginálně narodila extrémně nezralá holčička s porodní hmotností 615 g. Po porodu byla cyanotická, hypotonická, se srdeční akcí „pod normálem“, ale gaspovala, spontánně plakala a grimasovala. Byla ihned zahájena resuscitace vakem a maskou, následovala intubace a připojení k ventilátoru, protože podle přítomného neonatologa „toto dítě bylo živé a bylo to dítě, které mělo rozumnou šanci žít... Bylo to dítě, které nemuselo mít nutně pozdější problémy. Jsou děti, které přežívají v těchto gestačních týdnech – s touto váhou – a později se jim daří dobře.“ Apgar skóre bylo 3 v 1. minutě a 6 v 10. minutě. Po několika dnech došlo k těžkému intrakraniálnímu krvácení. Během dalších 8 měsíců do propuštění byla holčička mnohokrát reintubována a resuscitována bez protestu rodičů. Rodiče však trvali na postupu „neresuscitovat“ a vyhnout se všem „heroickým“ život zachraňujícím výkonům. Souhlasili jen s léčbou zajišťující komfort a odstranění bolesti (např. ventrikuloperitoneální shunt).

V sedmi letech holčička nechodila, nemluvila, neposadila se, nena jedla, neudržovala čistotu. Měla dětskou mozkovou obrnu se spastickou kvadruparézou, křečemi, byla mentálně retardovaná a slepá. Vyžadovala péči 24 hodin denně. Rodiče zažalovali nemocnici a Columbia Healthcare Corporation (HCA) pro ublížení na zdraví a nedbalost. Texaský soud rozhodl, že resuscitace byla uskutečněna bez souhlasu rodičů a že zanedbání nemocnice a HCA „přímo způsobilo předmětnou událost“. Přiznala Millerovým 29,4 milionů dolarů na minulé i budoucí léčebné výdaje, 17,5 milionů jako úrok z těchto výdajů a 13,5 milionu jako náhradu škody. Odvolací soud (Texas Court of Appeals) v roce 2000 zvrátil rozhodnutí nižšího soudu a rozhodl, že Millerovi nedostanou nic. Svůj verdikt zdůvodnil tím, že podle Texas Natural Death Act mohou rodiče odepřít léčbu dítěti pouze tehdy, je-li jeho stav kvalifikován jako „terminální“. Terminální stav znamená neléčitelný stav, vzniklý poraněním, chorobou nebo nemocí, který podle medicínského posouzení vede k smrti během 6 měsíců, i když je poskytována život zachraňující léčba podle převažujících medicínských standardů. Soud také poznamenal, že obvykle k překonání rodičovského odmítnutí léčby je třeba rozhodnutí soudu, ale potřebuje-li urgentní léčbu dítě, které není terminálně nemocné, není rozhodnutí soudu nezbytné. Soud nenašel žádnou autoritu dovolující rodičům odepřít urgentně potřebnou život zachraňující léčbu dítěti s neterminálním poškozením. Soud prohlásil, že je pro něj nemožné rozhodnout mezi relativním prospěchem poškozeného života a žádným životem. Soud tak souhlasil s HCA, že neměla povinnost k Millerovým upustit od resuscitace dítěte nebo mít postup zakazující resuscitaci takových pacientů bez souhlasu rodičů. Naproti tomu obhájce byl přesvědčen, že Texas Natural Death Act není použitelný, že k překonání rodičovského odmítnutí léčby bylo zapotřebí soudního rozhodnutí, proto vyšší soud bude muset určit, či jednání bylo v nejlepším zájmu dítěte.

Millerovi se odvolali k Texaskému nejvyššímu soudu (Supreme Court of Texas), který ve slyšení v roce 2003 potvrdil rozsudek odvolacího soudu, ale své rozhodnutí odůvodnil jinak. Řekl, že rodiče jsou považováni za ty, kteří činí rozhodnutí za své dítě, ale také zmínil roli státu jako *parens patriae* dovolující zakročit, jestliže rodiče nejednají v nejlepším zájmu dítěte. Ačkoliv lékař, který provádí léčbu bez souhlasu, se dopouští ublížení na zdraví, neplatí to v naléhavých situacích. Jestliže nezahájení léčby má za následek smrt, v akutní situaci je vždy lepší léčbu zahájit než neléčit. Soud citoval výpověď neonatologa, že dítě moh-

lo být správně ohodnoceno až po narození. Podle názoru soudu jakékoliv rozhodnutí Millerových před narozením dítěte bylo nutně založeno na spekulaci, nemohlo být plně „informované.“ Lékař přítomný u porodu se musel rozhodnout „ve zlomku vteřiny“, zda poskytne život zachraňující léčbu. V této situaci nebyl čas získat souhlas rodičů k léčbě nebo zahájit soudní řízení k překonání nesouhlasu rodičů, aniž by to ohrozilo život dítěte.

Rozhodnutí obou soudů vyšší instance vyvolalo velkou diskuzi neonatologů a etiků a ukázalo, jak nesnadné je vtělit složité medicínské a etické problémy do jednoznačného právního vyjádření.

Při rozhodování ve fetální a neonatální medicíně je třeba vycházet ze znalosti fyziologie vývoje plodu a výsledků mortality i dlouhodobé závažné morbidity. Je nutné sdělit rodičům nejen údaje z mezinárodních, národních či regionálních statistik, ale zejména současné výsledky zařízení, ve kterém se má jejich dítě narodit (12, 13).

Práh lidské viability se zdá být limitován fyziologickým vývojem plic. Efektivní výměna plynů je možná kolem 22.–24. gestačního týdne (14). Nuffield Council on Bioethics považuje za předěl „kapacitu dýchat nezávisle nebo za podpory ventilátoru“ a doporučuje tak definovat „živé narozené“ („born alive“) (15)⁵. Lagercrantz namítá, že považovat dýchání vzduchu za charakteristickou známku, je zastaralé stejně jako určovat smrt podle zástavy srdeční akce. V blízké budoucnosti by mohlo být možné udržovat život novorozenců narozených v méně než 23. týdnu nebo fetů mimo dělohu liquidní ventilací či extrakorporální membránovou oxygenací. Navrhuje proto jako limit viability označovat období, kdy mozek plodu nebo nezralého novorozence dosáhne minimální úrovně vědomí (16). Podle anatomického vývoje není pravděpodobné, že by dítě narozené před 24. gestačním týdnem mělo vědomí na kortikální úrovni. Novorozenci narození před 23. gestačním týdnem či s anencefalií nebo s těžkým postižením mozku mají ještě menší pravděpodobnost mít vědomí, proto by mohlo být možné nezahájit nebo ukončit léčbu (16, 17).

Hranice nebo *práh viability* („threshold“, „borderline“, „border“, „limits“, „edge“, „margins“) nejsou v perinatologické literatuře přesně definovány. Většinou není udáván jeden hraniční týden, ale období několika týdnů. Práh životaschopnosti se za současné perinatologické péče ve vyspělých zemích posouvá stále níže. Hranice viability se nyní většinou kladou mezi 22.–25. týden (výjimečně 21. týden) (7, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Pro neexistenci uniformně přijímané definice se také užívá termínu „periviabilní“ pro plody ve 20.–26. gestačním týdnu (27). Chiswick upozorňuje, že rodiče někdy zaměňují *viabilitu* (schopnost zůstat na živu – „the ability to sustain life“) a *vitalitu* (být živý – „being alive“). Zatímco definice viability je otevřena diskuzi, nejsou žádné „hranice“ vitality – dítě buď známky života má nebo nemá (26). Pro etické rozhodování může mít význam definice Grossova: „Viabilita je funkcí péče, kterou lze očekávat, že dítě dostane od rodičů, a je podstatně zhoršena, jestliže rodiče jsou neschopni nebo nechťejí pečovat o dítě podle jeho potřeb. Nad kritériem prahu zralosti dítěte tedy může převažovat přání rodičů poskytnout péči dítěti, které nesplňuje tato kritéria nebo žádost rodičů neposkytnout péči dítěti, které překročilo práh životaschopnosti“ (28).

Plod narozený v méně než 22. ukončeném týdnu není považován za viabilní a resuscitace se nedoporučuje (14, 15, 19, 29, 30). Podle mezinárodních doporučení pro resuscitaci by také neměl být resuscitován

⁵ Pro statistické účely doporučuje WHO už od roku 1948 definovat „Live birth“ (narození živého dítěte) jako plod koncepce, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina bez ohledu na trvání těhotenství dýchá nebo vykazuje jinou známku života jako je srdeční akce, pulzace pupečníku nebo jasné volní pohyby svalstva, ať byl přerušen pupečník či je připojena placenta. 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10) <http://www.who.int/whosis/indicators/2007MortNeoBoth/en/>, přístup: 3. 5. 2008. Podle Štembery pro národní evidenci uvádí WHO hranice perinatálního období takto: porodní hmotnost 500 g, 22. dokončený gestační týden, délka 25 cm. Viz Štembera, Z.: Historie české perinatologie, Praha, Maxdorf Jessenius 2004, s. 18.

plod s porodní hmotností menší než 400 g (29, 30). Děti narozené po 25. ukončeném gestačním týdnu mají relativně dobrou prognózu, proto je indikována plná neonatální invazivní péče (14, 15, 19). Období mezi 22.–24. (až 25). ukončeným týdnem je označováno jako „šedá zóna“ (14, 19).

Období „šedé zóny“ se vyznačuje medicínskou nejistotou týkající se prognózy dítěte jak z hlediska přežívání, tak dlouhodobé morbidity a tím kvality života dítěte a jeho rodiny (21). První problém spočívá v tom, že nejsme schopni přesně určit stáří plodu (21). Gestační věk se počítá od prvního dne poslední menstruace do data porodu v dokončených týdnech (15, 31).⁶ Podle odborníků se odhad skutečného stáří těhotenství založený na poslední menstruaci nebo velikosti dělohy v prvním trimestru může lišit asi o 14 dní. Odhad podle ultrazvukového vyšetření v 2. trimestru má přesnost 10–14 dní. Stejně tak nemáme žádná spolehlivá kritéria, podle nichž bychom mohli po porodu stanovit stáří novorozence přesněji než v rozmezí dvou týdnů (21).

I v případě, že bychom byli schopni přesně určit stáří plodu, nejistota o prognóze dítěte přetrvává. Mezinárodní statistiky jsou založeny většinou na dlouhodobém sledování dětí narozených v minulém století, z jině éry neonatologie. Výsledky jsou často vztahovány k hmotnosti, ne ke gestačnímu věku. Široká škála rozdílných šancí na přežití nebo na přežití bez závažných dlouhodobých následků vypovídá spíše o postupech daného pracoviště (zahajování vs. nezahajování intenzivní péče, příjem na jednotku intenzivní péče nebo pozorování stavu dítěte na porodním sále, ukončování nebo neukončování intenzivní péče po neúspěšné stabilizaci nebo při závažných komplikacích) než o reálné schopnosti přežít dětí na dolní hranici viability (21). Dá se jen říci, že přežití ve 22. týdnu je velmi nepravděpodobné, ale není nemožné. S každým gestačním týdnem se šance na přežití od 90. let zvyšovala a v roce 2000 překročila ve 24. týdnu 50 %, ve 25. týdnu 70 %. Riziko závažného postižení se snižovalo z 55 % ve 23. týdnu pod 35 % ve 25. týdnu (12, 32, 33, 34). Jsou náznaky, že oproti 90. letům vlivem změn v neonatologických postupech dochází ke zvýšení přežívání extrémně nezralých dětí a zároveň k snižování výskytu závažných psychomotorických a senzorických postižení (35). Jiní autoři ale trend zlepšení přežívání nepotvrzují, naopak prokazují mírné zvýšení morbidit (36).

Česká republika vykazuje výsledky ve 2 letech u všech novorozenců pod 1500 g podle porodní hmotnosti, proto porovnání je obtížné (37). Výsledky sledování dětí léčených na naší jednotce neonatologické intenzivní péče, narozených ve 22.–25. gestačním týdnu v letech 1999–2000, do 5 let věku ukazuje tabulka 1 (38).

Nejednoznačné výsledky, vysoké riziko úmrtí i dlouhodobého postižení jenom dokazují, že hrozící předčasný porod nebo narození dítěte na hranicích viability znamená ani ne tak medicínskou nejistotu, ale se snižujícím se gestačním týdnem spíše zvyšující se jistotu špatné prognózy. Naše porodnické a neonatologické postupy nejsou založeny na důkazech, ale jsou empirické. A jestliže toto víme o celé skupině dětí, musíme sami sobě i rodičům přiznat, že o prognóze jejich individuálního dítěte můžeme jen spekulovat. *Medicínská „šedá zóna“ se stává především etickou „šedou zónou“.*

Česká republika od konce 90. let zaujímá jedno z předních míst mezi státy s nízkou novorozeneckou úmrtností, na rozdíl od vyspělých západních zemí u nás neproběhla zásadní diskuze o etických otázkách, které se vynořují v souvislosti s péčí o extrémně nezralé děti. Když profesor Štembera mapoval ve své pozoruhodné knize „Historie české perinatologie“ více než padesátiletý vývoj tohoto vědního oboru, stačily mu ze

403 stránek knihy čtyři strany na to, aby zmínil etické problémy v perinatologii, z toho otázkám týkajícím se péče o extrémně nezralé novorozence jsou věnovány pouze tři odstavce, v nichž je citováno 5 prací z českých odborných časopisů do roku 2002 (39). Je povzbudivé, že od té doby přibyl jeden odborný článek a několik rozhovorů, komentářů a pořadů ve sdělovacích prostředcích (40). Etické problémy neonatologie byly také zmíněny na 7. českém pediatrickém kongresu a Neonatologických dnech. V zahraničí zejména po roce 2000 vyšlo mnoho článků, v nichž přední neonatologové a etikové řeší otázky spojené s poskytováním péče dětem na hranicích viability, velmi otevřeně se o těchto tématech hovoří na kongresech.

Při rozhodování o léčbě pacienta, který nikdy neměl autonomii, se doporučuje používat *standard nejlepších zájmů*. Tento standard je zaměřen na ochranu tělesné a duševní pohody dítěte. Dítě nemůže být nahlíženo jenom jako vlastnictví rodičů, ale má svá práva. Nejlepší zájmy jsou obecně stanovovány porovnáním prospěchu a zátěže léčby (1, 21). Přežívání na hranicích životaschopnosti je dosahováno po prolongované zátěži intenzivní péči a nese s sebou potenciální riziko závažného dlouhodobého postižení (26). V etické „šedé zóně“ jsou nejlepší zájmy dítěte nejjasné, posouzení prospěchu a zátěže mnohdy subjektivní (21, 26, 41).

Za nekompetentní dítě rozhodují rodiče a předpokládá se, že hájí jeho nejlepší zájmy. Neonatologové ve světě většinou přikládají velkou váhu postojům rodičů, ale právo rodičů rozhodovat za dítě není tak absolutní, jako jejich právo rozhodovat za sebe (1, 21). To, že má dítě také svá práva, nutně znamená, že ačkoliv rodiče jsou zapojováni do rozhodování o léčbě dítěte, nemají exkluzivní právo odmítnout nebo trvat na léčbě pro své dítě (20). Rodiče tedy mají právo rozhodovat za své dítě, ale povinností lékaře je chránit dítě před nehumánní léčbou (21). Podle Campbella „musí být limity rodičovských požadavků v případě marné léčby a limity pro rodičovské odmítnutí souhlasu k medicínsky indikované léčbě. Lékař se nemůže pasivně smířit se všemi rodičovskými požadavky na léčbu nebo proti léčbě, ale musí si být vědom, že rodiny mají svoje vlastní hodnoty, náboženské přesvědčení, priority a zdroje, které ovlivňují jejich volbu. Rodiny musí žít s následky těchto rozhodnutí a lékaři musí být opatrní, aby na rodiče nevložit nepříjemné rozhodování z pocitu morální nadřazenosti“ (42). Protože stanovení prospěchu a zátěže na hranicích životaschopnosti je nejasné a subjektivní, zdá se přiměřené, aby se lékaři spíše podřídili rodičům (21). Dokonce je eticky obhajitelné ponechat na rodičích interpretaci statistických údajů, které jim lékaři předkládají. Předpokládá se, že rodiče rozumí hodnotě života svého dítěte lépe než zdravotníci profesionálové, i když lékaři musí být pozorní, aby rozeznali, když rodiče nepovažují život svého dítěte za hodnotný pro postižení nebo z jiných diskriminačních důvodů (11). Podle doporučení k resuscitaci by v případech s nejistou prognózou, kdy

⁶ Z nesrovnalosti určování gestačních týdnů mezi porodníky a neonatologů možná plyne nejednotnost v interpretaci „hranice životaschopnosti“, která byla dohodnuta na pracovním setkání Sekce perinatální medicíny a České neonatologické společnosti v roce 1994. Nenašla jsem žádné písemné znění dohody (podle ústního sdělení některých účastníků nebylo na místě sepsáno). Přímý účastník Štembera píše o společném pokynu „dále snížit hranici životaschopnosti plodu až na běžící 24. týden (23+1)“. Viz Štembera, Z. Historie české perinatologie, Praha, Maxdorf Jessenius 2004, s. 18. Další přímý účastník Kantor uvádí, že hranice životaschopnosti v České republice byla stanovena na 24. týden. Viz Kanor, L. Čas. Lék. Čes., 2004, 143, pp. 106–108.

Tabulka 1. Výsledky v 5 letech podle gestačních týdnů

GT	Léčení (n)	Zemřelí (%)	Postižení (% z léčených)	Zemřelí+postižení (% z léčených)	Bez postižení (% z léčených)	Postižení (% z přežilých)	Bez postižení (% z přežilých)
22–23	14	43	21	64	36	37,5	62,5
24	22	32	18	50	50	27	73
25	35	17	9	26	74	13	87

Tabulka 2. Doporučení pro resuscitaci a zahájení intenzivní péče u dětí narozených na hranici viability

Gestační týden	Postup	Výjimky
21	Neresuscitovat (resuscitace jen experimentálně)	Pouze v rámci výzkumné studie povolené etickou komisí, s informovaným souhlasem rodičů
22	Neresuscitovat (resuscitaci nezvažovat, nenabízet)	Opakované žádosti rodičů i po diskuzi o rizicích a dlouhodobých výsledcích. Ošetřující lékař musí souhlasit, že jde o výjimečný případ, kde resuscitace je v nejlepším zájmu dítěte.
23	Není definován	Přednost přání rodičů, ale lékař není povinen provádět léčbu proti svému klinickému přesvědčení, jestliže soudí, že léčba by byla marná. Na prvním místě musí posoudit, zda dítě netrpí, jestli může zmírnit utrpení, a zvážit pravděpodobné břímě intenzivní péče. Ponechají-li rodiče rozhodnutí na lékařích, tým by měl stanovit, co je přiměřená péče pro dítě. Není-li čas probrat způsob léčby s rodiči před porodem, tým by měl uvážit poskytnutí plné intenzivní péče do doby, než bude možno prodiskutovat s rodiči stav a léčbu dítěte.
24	Plná intenzivní péče, příjem na JIP	Shoda lékařů a rodičů, že ve světle stavu (nebo pravěpodobného stavu) dítěte intenzivní péče není v jeho nejlepším zájmu
25	Plná intenzivní péče, příjem na JIP	Těžká abnormalita neslučitelná se životem

pravděpodobnost přežití je hraniční, riziko morbidit relativně vysoké a předpokládaná zátěž pro dítě značná, měla být podporována přání rodičů (15, 29, 30, 41, 43). Krug zastává názor, že zájmy dítěte mají obecně přednost před jinými zájmy, ale nelze popřít, že dítě žije v sociálním kontextu. Zvažování nejlepších zájmů extrémně nezralého dítěte musí být činěno rodiči, kteří omezí zřetel na své zájmy. Ale rozhodování na bázi zájmů rodiny může být v souladu s nejlepšími zájmy dítěte. Je to rodina, kdo musí zvážit svoji schopnost sdílet břemeno utrpení a svoji ochotu podrobit své dítě bolesti pro nejistý výsledek. Je eticky přijatelné dovolit rodině určit, co je v nejlepším zájmu jejích členů, zvláště jedná-li se o fragilního novorozence, pokud nejde o rodiče zanedbávající nebo zneužívající své děti (11). Lékař by měl stále zkoumat, zda jeho jednání je vedeno nejlepšími zájmy dítěte, zda se neřídí spíše svými zájmy (vyzkoušet novou technologii, mít dobré výsledky, obstat před kolegy). Nezahájení i ukončení péče je eticky ekvivalentní (11, 26, 29, 30, 42, 43). Neonatologové však často považují za snadnější péči nezačínat než ukončit. Zahájí-li intenzivní péči, nejsou příliš ochotni ji ukončovat i ze strachu před právním postihem. Jsou tak znevýhodňováni potenciálně viabilní děti nebo naopak je prodlužováno utrpení a umírání. V nejnovějších doporučeních pro resuscitaci novorozenců se říká, že „nezahájení resuscitace a ukončení život udržující léčby během nebo po resuscitaci je eticky ekvivalentní a lékař by se neměl zdráhat ukončit podporu, když funkční přežití je vysoce nepravděpodobné“ (29,30). Podle Campbella „jestliže léčba není pravděpodobně pro pacienta prospěšná, nezahájení nebo ukončení má stejnou morální váhu. Rovněž, jestliže léčba by mohla být prospěšná, je stejně špatné ji nezačít nebo ukončit. Jestliže tedy není žádný rozdíl, pak ukončení má jistě přednost před nezahájením. Začít léčbu umožní získat čas pro reflexi, další informace a vyšetření i čas pro zhodnocení iniciální odpovědi“ (42). Většina autorů se v poslední době přiklání k tomu, že pokud dítě nemá letální kongenitální anomálii, téměř 100% riziko úmrtí nebo nemělo před porodem deletrvající těžkou bradykardii, měla by být resuscitace na porodním sále zahájena. Je to považováno za morálně a snad i medicínsky lepší alternativu (11, 26). Tam, kde není na porodním sále zkušený neonatolog, je povinností přítomného lékaře resuscitovat každé dítě se známkami života, dokud není možné posouzení stavu dítěte a rozhodnutí o další léčbě (42). Zahájit péči neznamená pro lékaře, že je pak povinen pokračovat v agresivní terapii, ale umožňuje to odložit roz-

hodnutí, získat další informace a probírat způsoby léčby s kolegy a rodiči. Intenzivní léčbu lze pak ukončit po opakovaných vyšetřeních a reflexi, nedaří-li se dítě stabilizovat nebo objeví-li se závažné komplikace. I když rodiče mají důležité místo v rozhodování o zahájení nebo ukončení péče, jde především o medicínské rozhodnutí, za které má poslední odpovědnost ošetřující lékař (42, 43). „Lékař není povinen poskytovat nepřiměřenou léčbu nebo nezačít prospěšnou léčbu na přání rodičů. Léčba, která je škodlivá, neprospěšná, marná nebo pouze prodlužující umírání by měla být považována za nepřiměřenou“ (43). Rozhodnutí o nezahájení nebo ukončení péče by měla předcházet medicínská a etická analýza kvality života. Pro neonatologa zvažování pravděpodobné kvality života dítěte znamená nejen přemýšlet o schopnostech dítěte být zdravý a vyvíjet se, ale i o tom, jakou obět přinese toto dítě a jeho rodina tomu, aby přežilo (42). Většina extrémně nezralých dětí, pokud se nerodí po asfyxií, s těžkým zhmožděním nebo adnatní infekcí, nevyžaduje resuscitaci, ale nějaký druh asistence k zahájení a/či udržení dýchání. Je na místě i dětem na dolním okraji viability poskytnout neinvazivní podporu (stimulace, pozitivní přetlak nCPAP) a zhodnotit jejich reakci. V péči o děti na hranici viability máme možnost volit mezi třemi odlišnými přístupy (28, 42).

1. „Statistický“ přístup („statistical“ approach), také „selektivní“ přístup, kdy léčba není zahájena u dětí se zralostí a/nebo hmotností pod definovanou hranicí. Hranice vychází z výsledků mortality a pozdní morbidit pracoviště nebo země i z výsledků multicentrických mezinárodních studií. Za přelomový bývá obvykle považován 25. gestační týden, kdy lze předpokládat, že dítě přežije a nebude mít těžké neurologické následky. Tento přístup usnadňuje rozhodování lékařů, zdánlivě ho zbavuje etických dilemat. Dovolí však zemřít i potenciálně životaschopným dětem. Rodiče mají omezenou možnost rozhodovat za dítě. Ukazuje se, že tento přístup znevýhodňuje i děti narozené na definované hranici nebo těsně nad ní. Jak dokládá srovnání proaktivních způsobů se selektivním přístupem, proaktivní perinatální postupy vedou k zvýšenému počtu přežilých dětí bez zvýšení morbidit (44, 45).
2. „Léčit dokud není jistota“ přístup („treat until certainty“ approach), kdy je dítě léčeno, dokud nezemře nebo není propuštěno domů. Tento přístup také usnadňuje rozhodování lékařů a zdánlivě ho zbavuje etických dilemat. Protože však nedovoluje ukončit jednou započatou

léčbu, může vést lékaře spíše k rozhodnutí léčbu nezačít. V zemích s možností ukončovat těhotenství i ve vysokých gestačních týdnech se může stát, že rodiče raději volí potrat, protože po narození dítěte už nemohou svoji vůli uplatnit (46). Dítě není ochráněno před utrpením prodlouženého umírání.

3. „Zahájit a opakovaně hodnotit“ přístup („initiate and reevaluate“ approach, „individualized prognostic strategy“), kdy je vždy zahájena resuscitace a agresivní léčba, která je opakovaně přehodnocována podle stavu dítěte a přání rodičů. Tento přístup lékaři nijak neulehčuje v jeho rozhodování, ale považují ho za medicínsky i eticky nejvíce oprávněný. Poskytuje dětem na hranici viability šanci na život a chrání je před nehumánní léčbou. Rodiče se podílejí na rozhodovacím procesu a jejich přáním je přikládána velká váha.

Z individuálního přístupu vychází doporučení Nuffield Council on Bioethics, které shrnuje tabulka 2 (15).

Na porodním sále by měl být vždy přítomen zkušený neonatolog, který posoudí gestační stáří dítěte a zhodnotí jeho stav. Jestliže není indikována intenzivní péče, má být poskytnuta péče paliativní (15). Paliativní péče je označována také jako komfortní péče. Každému umírajícímu dítěti by mělo být poskytnuto teplo, milující lidský kontakt a tekutiny, pokud je toleruje. Dítě nesmí trpět bolestí a stresem. Mělo by mít příležitost sát, být chováno. Rodičům by mělo být umožněno být s dítětem, pokud si to přejí (18, 41, 42, 43).

Vrátím-li se k případu *Miller v. HCA*, nacházím několik bodů hodných zdůraznění.

Stanovisko soudu, že rozhodnutí rodičů před porodem dítěte nemůže být informované, dává lékařům možnost vyšetřit novorozence po narození, zhodnotit jeho stáří a viabilitu a znovu rozhodovat o způsobu léčby. Rodiče mají možnost své původní rozhodnutí přehodnotit. Dítě tak dostává šanci, aby o něm bylo ještě znovu rozhodováno. Problém je v tom, že postnatální vyšetření neurčí přesně stáří, ani viabilitu, natož prognózu dítěte. Neonatolog musí bez rodičů rozhodnout během několika sekund, zda intenzivní léčbu zahájí nebo poskytne jen paliativní terapii. Rodiče mohou být účastní až dalších etických rozhodování, v nichž dají nebo nedají informovaný souhlas se zvolenou alternativou.

Odůvodnění povinnosti resuscitovat dítě předpisem nemocnice (navíc neexistujícím) znamená, že nebyl zvolen individuální přístup k dítěti, nebyly váženy jeho nejlepší zájmy. Podobně by mohl být interpretován vnitřní nebo národní předpis, vycházející ze „statistického přístupu“, kdy nedosažení či překročení určitého přelomového týdne v období hranice viability by nedovolilo lékařům a rodičům zvážit nejlepší zájmy konkrétního dítěte.

Rozhodnutí neonatologa na porodním sále resuscitovat a poskytnout intenzivní péči podle jeho soudu viabilnímu novorozenci i přes původní nesouhlas rodičů je eticky obhajitelné. Neonatolog se rozhodoval ve chvíli a byl, zdá se, veden nejlepšími zájmy dítěte. Stanovisko soudu, dávající v tomto konkrétním případě za pravdu neonatologovi, by však nemělo být návodem pro resuscitaci extrémně nezralých novorozenců bez ohledu na gestační stáří a pravděpodobnost přežití. Svobodu autonomního rozhodování lékaře umožňuje pouze přístup „zahájit a reevaluovat“. Na další medicínská i etická rozhodování společně s rodiči je zpravidla větší čas.

Nezvažování ukončení intenzivní péče při komplikaci významně zvyšující riziko závažného postižení vůbec nebylo předmětem projednávání u soudu. Z popisu případu to vypadá, že v době těžkého intrakraniálního krvácení brzy po narození, které při tak těžké nezralosti přiblížilo jistotu těžkého postižení téměř ke 100%, ani při opakovaných resuscitacích lékaři společně s rodiči nezvažovali ukončení péče. Přístup „léčit do úplné jistoty“ přinesl této holčičce mnoho fyzické bolesti a utrpení, jejím rodičům mnoho bolesti a utrpení psychického.

Medicínské a etické rozhodování v šedé zóně na hranicích viability je nesmírně náročné, protože se týká nejen života a smrti, ale i další kvality života dítěte a jeho rodiny. Prvním krokem k odpovědnému rozhodování jsou dobrá data. Je třeba, abychom začali i v České republice sledovat výsledky mortality a dlouhodobé závažné morbidity dětí narozených na hranici viability po jednotlivých gestačních týdnech.

LITERATURA

1. Beauchamp, R. L., Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics, 5th ed., New York, Oxford University Press, 2001, s. 57–112.
2. Čísařová, D., Sovová, O. a kol. Trestní právo a zdravotnictví. 2. upravené a rozšířené vyd., Praha, Orac, 2004, s. 102–125.
3. Annas, G. J.: Extremely preterm birth and parental authority to refuse treatment –the case of Sidney Miller. N. Engl. J. Med., 351, 2004, s. 2118–2123.
4. Leuthner, S. R. Decisions regarding resuscitation of the extremely premature infant and models of best interest. J. Perinatol., 21, 2001, s. 193–198.
5. Paris, J. J., Reardon, F.: Bad cases make bad law: *HCA v. Miller* is not a guide for resuscitation of extremely premature newborns. J. Perinatol., 21, 2001, s. 541–544.
6. Paris, J. J., Schreiber, M. D., Elias-Jones, A.: Resuscitation of the preterm infant against parental wishes. Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed., 90, 2004, s. 208–210.
7. Paris, J. J., Schreiber, M. D., Reardon F.: The „Emergent Circumstances“ Exception to the Need for Consent: The Texas Supreme Court Ruling in *Miller v. HCA*. J. Perinatol., 24, 2004, s. 337–342.
8. Lorenz, J. M. Ethical dilemmas in the care of the most premature infants: the waters are murkier than ever. Curr. Opin. Pediatr., 17, 2005, 186–190.
9. Clark, F. I.: Miller Is More Expansive than Previously Reported. J. Perinatol., 25, 2005, s. 74–75. Letter to the Editor.
10. Paris, J. J.: Response to Clark Study on Miller. J. Perinatol., 25, 2005, 76. Letter to the Editor.
11. Krug III, E. F. Law and ethics at the border of viability. J. Perinatol., 26, 2006, s. 321–324.
12. Doroshov, R. W., Hodgman, J. E., Pomerance, J. J., Ross, J. W., Michel, V. J., Luckett, P. M., Shaw, A.: Treatment Decisions for Newborns at the Threshold of Viability: An Ethical Dilemma. J. Perinatol., 20, 2000, s. 379–383.
13. Fanaroff, A. A.: Extremely low birthweight infants –the interplay between outcomes and ethics. Acta Paed., 97, 2008, s. 144–145.
14. Pignotti, M. S., Donzelli, G.: Perinatal Care at the Threshold of Viability: An International Comparison of Practical Guidelines for the Treatment of Extremely Preterm Birth. Pediatrics, 121, 2008, s. e193–e198.
15. Nuffield Council on Bioethics: Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine: ethical issues: www.nuffieldbioethics.org
16. Lagercrantz, H.: The emergence of the mind-a borderline of human viability? Acta Paediatr., 96, 2007, s. 327–328.
17. Lee, S. J., Ralston, H. J. P., Drey, E. A., Partridge, J. C., Rosen, M. A.: Fetal pain. A systematic multidisciplinary review of the evidence. JAMA, 294, 2005, s. 947.
18. AAP. MacDonald Hugh and the Committee on fetus and Newborn: Perinatal Care at the Threshold of Viability. Pediatrics 110, 2002, s. 1024–1027.
19. Schollin, J.: Views on neonatal care of newborns weighing less than 500 g. Acta Paed., 94, 2005, s. 140–142.
20. Paris, J. J.: What Standards Apply to Resuscitation at the Borderline of Gestational Age? J. Perinatol., 25, 2005, s. 683–684.
21. Mercurio, M. R.: Physicians' Refusal to Resuscitate at Borderline Gestational Age. J. Perinatol., 25, 2005, s. 685–689.
22. Vohr, B. R., Allen, M.: Extreme Prematurity –The Continuing Dilemma. N Engl J Med., 352, 2005, s. 71–72.
23. Gunderman, R. B., Engle, W. A.: Ethics and the Limits of Neonatal Viability. Radiology 236, 2005, s. 427–429.
24. Yu, V. Y. H.: Is Neonatal Intensive Care Justified in All Preterm Infants? Croat Med J., 46, 2005, s. 7444–750.
25. Meadow, W.: Babies between a rock and a hard place-neonatologists vs parents at the edge of infant viability. Acta Paed., 96, 2007, s. 153.
26. Chiswick, M.: Infants of borderline viability: Ethical and clinical considerations. Semin Fetal Neonatal Med., 13, 2007, s. 8–15.

27. Higgins, R. D., Delivoria-Papadopoulos, M., Raju, T. N. K.: Executive Summary of the Workshop on the Border of Viability. *Pediatrics*, 115, 2005, s. 1392–1396.
28. Gross, M. L.: Avoiding anomalous newborns: preemptive abortion, treatment thresholds and the case of baby Messenger. *J Med Ethics*, 26, 2000, s. 242–248.
29. The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Consensus on Science With Treatment Recommendations for Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation. <http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0350>, přístup 2. 5. 2008.
30. American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines. <http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0349>, přístup 2. 5. 2008.
31. AAP. Committee on Fetus and Newborn: Age Terminology During the Perinatal Period. *Pediatrics*, 114, 2004, s. 1362–1364.
32. Lemons, J. A., Bauer, Ch. R., Oh, W., Korones, S. B., Papile, L.-A., Stoll, B. J., Verter, J., Tetosa, M., Wright, L. L., Ehrenkranz, R. A., Fanaroff, A. A., Stark, A., Carlo, W., Tyson, J. E., Donovan, E. F., Shankaran, S., Stevenson, D. K. for the NICHD Neonatal Research Network: Very Low Birth Weight Outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1995 Through December 1996. *Pediatrics*, 107, 2001, s. e1–e8.
URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/1/e1>, přístup: 3.5. 2008.
33. Vohr, B. R., Wright, L. L. Poole, K. Scott, A., McDonald, B. S. for the NICHD Neonatal Research Network Follow-up Study: Neurodevelopmental Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants <32 Weeks' Gestation Between 1993 and 1998. *Pediatrics*, 116, 2005, s. 635–643.
34. Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, M., Samara, M. for the EPICure Study Group: Neurologic and Developmental Disability at Six Years of Age after Extremely Preterm Birth. *N Engl J Med.* 352, 2005, s. 9–19.
35. Wilson-Costello, D., Friedman, H., Minich, N., Siner, B., Taylor, G., Sluchter, M., Hack, M.: Improved Neurodevelopmental Outcomes for Extremely Low Birth Weight Infants In 2000 –2002. *Pediatrics*, 119, 2007, s. 37–45.
36. Tommiska, V., Heinonen, K., Lehtonen, L., Renlund, M., Saarela, T., Tammela, O., Virtanen, M., Fellman, V.: No Improvement in Outcome of Nationwide Extremely Low Birth Weight Infant Populations Between 1996–1997 and 1999–2000. *Pediatrics* 119, 2007, s. 29–36.
37. Zoban, P.: Pozdní morbidita dětí s velmi nízkou porodní váhou porozených v letech 1997 –2004 v ČR. *Neonat Listy*, 13, 2007, s. 11–14.
38. Zlatohlavkova, B. Fleischnerova, A., Payne, J., Plavka, R. Ethical Decision-Making Regarding the Institution of Intensive Care for Infants Born at the Threshold of Viability. *J Perinat Med.*, 35, 2007, s. 300, abstrakt.
39. Štembera, Z.: Historie české perinatologie, Praha, Maxdorf Jesenius 2004, s 1–403.
40. Kantor, L.: Neonatologie a její etické otázky. *Čas Lék Čes.*, 134, 2004, s. 106–109.
41. AAP. Committee on Fetus and Newborn: The Initiation or Withdrawal of Treatment for High-Risk newborns. *Pediatrics*, 96, 1995, s. 362–363.
42. Campbell, A. G. M.: Ethical problems in neonatal care. In *Textbook of Neonatology*. Third ed., ed. Robertson, N. R. C., London, Churchill-Livingston, 1999, s. 1345–1350.
43. AAP. Committee on Fetus and Newborn: Noninitiation and Withdrawal of Intensive Care for High-Risk Newborns. *Pediatrics* 2007; 119:401–403.
44. Lorenz, J. M., Peneth, N., Jetton, J. R., den Ouden, L., Tyson, J. E.: Comparison of Management Strategies for Extreme Prematurity in New Jersey and the Netherlands: Outcomes and Resource Expenditure. *Pediatrics*, 108, 2001, s. 1269–1274.
45. Håkansson, S., Farooqi, A., Holmgren, P. L., Serenius, F., Högberg, U.: Proactive Management Promotes Outcome in Extremely Preterm Infants: A Population-Based Comparison of Two Perinatal Management Strategies. *Pediatrics*, 114, 2004, s. 58–64.
46. Gross, M. L.: Abortion and Neonaticide: Ethics, Practice, and Policy in Four Nations. *Bioethics*, 16, 2002, s. 202–230.

NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE

Lukešová J.

Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při FTN s P, Praha

NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE je forma péče o dítě, které nemůže být z nejrůznějších důvodů vychováno ve vlastní rodině. Dítě je vychováno **náhradními rodiči** nebo **pěstouny** v prostředí, které se nejvíce blíží přirozené rodině.

NÁHRADNÍ VÝCHOVNÁ PÉČE je péče o dítě, které nemůže být vychováno ve vlastní rodině, nemůže být z nejrůznějších důvodů osvojeno náhradní rodinou a nebo nemůže být v pěstounské péči.

Náhradní rodinná péče má optimálním způsobem zajistit potřeby dětí, kde se nezdařila sanace vlastní biologické rodiny, u dětí opuštěných, nalezených a osiřelých.

Všude tam, kde se rodiče o děti **nemohou, neumějí nebo nechťejí starat, děti týrají, zanedbávají či zneužívají**.

V situacích, kdy se rodiče o své děti nemohou starat: Důvody spočívají v nepříznivých přírodních podmínkách a situacích, v poruchách fungování celé společnosti /extrém - války, bída / a při narušení celého rodinného systému pro nemoc, úmrtí. Počítáme sem rodiče s chronickou nemocí fyzickou nebo rodiče s psychickou poruchou, či takový stupeň invalidity, že nemohou péči o dítě řádně zabezpečovat, anebo je nežádoucí, aby ji zabezpečovali. V těchto případech pokud možno zkoumáme od počátku možnost umístění dítěte v pěstounské péči, nejlépe se souhlasem biologických rodičů. Při nařízení ústavní výchovy jsou práva rodičů částečně omezena a je pouze za opatrovníkovy, jakým způsobem náhradní péče dítěti zajistí.

V situacích, kdy se rodiče i přes opakované pokusy sanace neumějí či nedovedou o své děti starat: Jde o situace, kdy rodiče nejsou schopni zabezpečit dětem alespoň přiměřený vývoj a uspokojit jejich základní potřeby z důvodu vlastní nezralosti, neschopnosti vyrovnat se zvláštními situacemi jako je mimomanželské narození dítěte, handicapované dítě, tíživá sociální situace, neumějí přijmout základní společenské normy, projevují zájem, pro dítě neuspokojivě a nedostatečně, bez perspektivy návratu do rodiny a dítě i přes opakované snahy sanovat vlastní rodinu, dítě dlouhodobě zůstává nebo se opakovaně vrací do nějakého typu zařízení výchovné péče.

V situacích, kdy se rodiče o své děti nechťejí starat: Příčiny spočívají v poruchách osobnosti rodičů – disharmonická osobnost, psychopatie, maladaptace, zájem rodičů je nedostatečný až hostilní. Péči o dítě lze hodnotit jako nedostatečnou, žádnou nebo škodlivou a lze ji označit jako zanedbávání dítěte, jak v oblasti somatické, tak psychické.

Tam, kde rodiče děti týrají, zanedbávají, či je zneužívají a nezdařila se sanace ve vlastní rodině.

Dítě má vyrůstat v prostředí citově vřelém a stálém! Citové přijetí je základnou pro budování jeho životní jistoty. S faktem nepřijetí se potýká jedinec po celý svůj život a je jen málo takových, kteří bez trpkosti mohou nahlédnout na svůj život. Je zřejmé, že máme v České republice mnoho dětí, které o své rodinné zázemí přišly. Od toho je: **Náhradní rodinná péče** – přídavné jméno náhradní evokuje slovo, od kterého je odvozeno – náhražka, ale v tom pravém slova smyslu považujeme náhradní rodinu za plnohodnotnou, ba někdy lépe vybavenou, než je rodina biologická.

PODSTATA NRP:

1. Dát dítěti **trvalého vychovatele**, tím možnost vytvoření důležité citové vazby se soustavnou výchovou.
2. Dát dítěti **trvalé místo v kruhu širší rodiny** jako cestu do přirozeného společenského okruhu, místo, kde se vytváří základní postoje a kde se připravuje na příští roli v životě.
3. Dát dítěti **trvalé prostředí**, které mu poskytuje náhradu domova a dává mu pocit bezpečí, jistoty a sounáležitosti a podílí se na vytváření jeho identity.

Co se od NRP očekává, resp. co dítěti přináší? Odpověď na otázku: „**Co je v zájmu dítěte?**“ nelze dát autoritativně a jednoznačně. Mění se s vývojem společnosti a závisí na stavu poznání v různých oborech, ale také na tradici, zvyklostech, převažujících morálních zásadách společnosti aj. Stále lidsky platné odkazy se však nemění. Jedná se o 5 základních potřeb (dle Langmeiera a Matějčka), které vystihují základ zdravého vývoje dítěte: **smysluplný svět, životní jistota, pozitivní identita, patřičný přívod podnětů-stimulace, otevřená budoucnost**. V případě každého konkrétního dítěte je nutné posoudit, jak jsou tyto potřeby uspokojovány.

HISTORIE OSVOJENÍ

Péče o opuštěné a osiřelé děti má svou historii a tradici ve světě i u nás. Sahá až do středověku, kdy se začaly zřizovat sirotčince a nalezince, z nichž byly děti umísťovány do další péče cizích osob. První nalezinec zřídil arcidiakon Detheus v roce 787 v Miláně. Vlastním zakladatelem péče o opuštěné či osiřelé se však stal nalezinec v Římě, který založil počátkem 13. století Innocenc III. Cílem osvojení v té době bylo získání dědice, zachování majetku a kontinuity rodu. Bylo věkem neohraničené a bylo možno adoptovat i dospělého jedince.

Na něj pak navazovaly nalezince ve Florencii, Benátkách, Paříži, Freiburgu, Ulmu, Toledu a v Norimberku. Situace dětí v těchto zařízeních byla dosti otřesná, nalezince byly často zavírány, protože náklady na jejich provoz rostly. Dětská úmrtnost zde byla vysoká. Byly zřizovány hlavně v dobách epidemií a v dobách válečných. Ve střední Evropě začaly vznikat nalezince v II. pol.16.st., kdy byly obnovovány dřívější a zřizovaly se nové. Ve Francii v důsledku válek a revoluce věnovali péči o tyto děti nejvíce pozornosti. Systém péče se zdokonalil, nalezince začaly být financovány z prostředků společnosti. Stále přetrvávalo, že se děti předávaly do péče cizích osob za úplatu. Postoj veřejnosti k sirotkům, odloženým dětem a jejich rodičům byl však většinou odmítavý.

V období 1. a 2. světové války dochází k progresivnímu postoji společnosti a zvyšuje se počet nezaopatřených dětí, objevují se nové poznatky psychologů o vývoji dítěte v nejtělejší věku a objevuje se všeobecná snaha řešit humanisticky nově vzniklé problémy. Dítě a jeho osud se stávají středem zájmu společnosti. Hledá se pro něj neoptimálnější řešení.

Historie náhradní rodinné péče v Čechách – v roce 1575 vzniká nalezinec v Praze, zakládají jej Vlaši, sdružení náboženského bratrstva,

Náhradní rodinná péče

aby zajistili ochranu všem chudým, opuštěným a osiřelým dětem. Svým účelům sloužil 200 let. /Ulice Ke Karlovu – nyní soubor dětských klinik./

Počátky vzniku Rakousko-Uherské říše jsou spojeny i s novým přístupem k řešení sociální politiky obecně. V roce 1762 Marie Terezie zřizuje v Praze první porodnici a nalezinec. V roce 1862 vychází zákon č. 18 zemského řádu, jenž stanoví základní pravidla při uspořádání obecních záležitostí, potřební se dostávají v rámci zákona o právu domovském pod opatrování obce. Na citované zákony navazuje chudinský zákon z roku 1868, platný pro Království České. U dětí zahrnuje kromě povinnosti poskytovat jim výživu rovněž povinnost postarat se o jejich výchovu, ošetření a jejich léčení v případě nemoci. V roce 1904 se začaly vytvářet okresní komise péče o mládež, jakožto dobrovolné orgány samosprávných úřadů. Začal se budovat určitý systém péče o děti a mládež, až v roce 1921 zákon 256 sjednotil rozdílné postavení dětí manželských a nemanželských, kodifikuje pěstounskou péči. V té době existovaly 4 typy této PP.

1. Tzv. pěstounská péče nalezenecká, navazující na pobyt dítěte v nalezinci, děti byly svěřovány manželům za úplat, v určitém věku se do téhož ústavu opět vracely. Přitom byly v trvalém dozoru mateřského ústavu na základě tzv. ústavního poručení, od něhož bylo upuštěno ke škodě mnoha dětí i práce ústavu. Děti byly svěřovány na základě smlouvy, jež mohla být oboustranně vypovězena.
2. Druhá forma byla pěstounská péče vytvářená, řízená a kontrolovaná okresními spolky péče o mládež. Byl zde stanoven příspěvek na výchovu.
3. Třetí formu tvořily tzv. rodinné kolonie, myšlenka vznikla v Moravské zemské péči o mládež. Do vybraných rodin se pak umísťovali děti na vychování, šlo o řízenou péči, jež připomínala současné dětské SOS vesničky.
4. Posledním typem bylo svěřování dětí cizím osobám na vychování na základě dohody mezi rodiči a těmito osobami. Těchto případů bylo málo. Tato péče pozvolna přecházela do svěřování dětí rodičům blízkým příbuzným.

Na formování názorů a sociální citění v české společnosti měla bezpochyby vliv i spisovatelka Marie Červinková-Riegrová, která v roce 1887 vydala knihu *Ochrana chudé a opuštěné mládeže*, která se v českých zemích stala na dlouho základní prací z tohoto oboru.

V první polovině 20. století, zejména po 1. a 2. světové válce, narostl počet dětí, které nemohly z nejrůznějších důvodů vyrůstat ve vlastní rodině. Existovala tehdy možnost adopce, pěstounské péče, systém dětských domovů a nápravné a ochranné ústavy.

V roce 1952 byla pěstounská péče zrušena, kolem 6 000 dětí muselo přejít do ústavní péče, ústavy nápravné a ochranné se rušily. V pozadí těchto rozhodnutí se stal naivní ideologický předpoklad, že za socialismu sociální problémy prostě nebudou, a že „vědecká“ kolektivní výchova stvoří nového socialistického člověka, oproštěného od rodinného sobectví. Velké, racionálně budované dětské domovy, neosobní, s velkými ložnicemi, jídelnami a hernami, často odtržené od infrastruktury města či vesnice, se staly paradoxně vhodným prostředím pro vznik psychické deprivace. Zařízení se dělila dle věku na kojenecké ústavy, batolecí DD pro děti od 1 roku do 3 let, předškolní DD od 3 do 6 let, školní domovy od 6 do 14 let, domovy se zvýšenou péčí pro děti s předeliktivním a deliktivním chováním.

Podnětem ke změně se stal až bratislavský kongres pediatrií v roce 1961, kde se poprvé přednášela teorie psychické deprivace u dětí z DD. V roce 1964 je vydán nový zákon o rodině. Jako jediný ze socialistických zemí jednal náš stát progresivně a rodinu opět postavil na první místo mezi výchovnými institucemi. Díky tomu bylo možno opět zavést náhradní rodinnou péči, tedy rozšířit adopci, postupně znovuzavádět pěstounskou péči. Například v 70. letech minulého století se zásluhou sbírek obyvatelstva podařilo vybudovat dětskou vesničku u KV – Dubí.

Pražská NRP je úzce spjata z Kojeneckým ústavem při FTNŠP, odkud se do rodin dávalo a dává nejvíce dětí. Původně nesl název Nemocnice a útulek spolku ochrany matek a dětí v Praze-Krči. Zakladatelem byl Spolek Čs. ochrany matek a dětí za výrazné pomoci státu. Vedení bylo

svěřeno MUDr. Guido Mannovi, v této době pro potřeby spolku stát odkoupil soukromé sanatorium pro nervově choré Dr. Šimsy, které tvořilo 7 budov a 5 hektarů pozemku. Lůžka byla diferencována podle tříd, ale existovala i bezplatná lůžka pro opuštěné kojící matky, dále byly také přijímány maminky na zácvek v péči o dítě.

Ale i samotné domovy prodělávají změny směrem k humanizaci, zlidštění a přiblížení se formám rodinné výchovy. Nyní většina kojeneckých ústavů rozšířila věk dětí do 3 let. V Praze je možné, pokud je naděje, že děti odejdou do náhradní rodiny, včetně sourozenecké skupiny, poněchají děti v zařízení až do 5 let, aby děti neměnily prostředí. Školské DD do 18let, s možností prodloužení ústavní výchovy do ukončení vzdělání, Střediska výchovné péče a diagnostické ústavy.

Transformaci prošel i pražský Kojenecký ústav, nyní Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií. Děti zde žijí v rodinných buňkách max. po 5ti, většinou ve věku 0–5 let, sourozenci jsou vždy společně, v těchto „rodinkách“ vyrůstají i děti s postižením.

FORMY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE

1) ADOPCE (osvojení):

- a) I. stupně – zrušitelná
- b) II. stupně – nezrušitelná

2) PĚSTOUNSKÁ PÉČE (PP)

- a) Individuální – cizí osoba, příbuzný
- b) Kolektivní – SOS dětské vesničky
– zvláštní zařízení pro výkon PP

3) PORUČNICTVÍ (kolizní opatrovník)

ADOPCE (osvojení) je intimní forma NRP, vzniká pravomocným rozhodnutím soudu, svazek je definován jako svazek osob, který nabyvá práva a povinnosti jako rodina (rodiče a děti). Zanikají veškeré povinnosti a práva biologických rodičů. I. stupeň adopce je zrušitelný, rozhodnutí o osvojení I. stupně může být soudem změněno na návrh osvojení II. stupně, nejdříve však ve věku jednoho roku dítěte.

Dle nového zákona o matrikách se jméno adoptivních rodičů objeví v novém rodném listě již u I. stupně osvojení. Toto před novelou zákona nebylo možné. V matriční knize však stále zůstávají zapsáni biologičtí rodiče.

Dítě, jež má být osvojeno, má být tělesně a duševně zdravé s předpokladem normálního vývoje. K zjištění tohoto stavu je právě velmi důležitá podrobná anamnéza u pokrevních rodičů. Je zde předpoklad pouze určitých anamnestických rizik, či drobných zdravotních potíží. Stává se však, že tolerantní osvojitelé jsou ochotni přijmout i dítě, které by jinak pro svůj handicap bylo navrženo pro pěstounskou péči. U dětí různě postižených je nutné biologické rodiče na možnost vyhledávání i pěstounské péče upozornit, případně zajistit jejich souhlas, neboť se toto řešení váže pak na jejich povinnost přispívat na výživu dítěte.

ZPŮSOBY PRÁVNÍ VOLNOSTI PRO OSVOJENÍ:

- rodiče dají **souhlas s osvojením** (po šestinedělí) bez vztahu k určitým osvojitelům – tento souhlas je zaprotokolován a je platný, pouze pokud je podepsán před soudem či úřadem na úseku sociálně- právní ochrany dětí
- pokud rodiče dítě po narození opustí, nepodepíší souhlas a neprojeví zájem, je dán úřadem MČ podnět soudu na vyslovení **tzv. dvouměsíčního žádného zájmu**, rodiče nejsou pak účastníky řízení při osvojení
- rodiče zpočátku zájem projevují, dítě navštěvují, pak zájem ustane, dává se stejný podnět, tentokrát na vyslovení **tzv. šestiměsíčního opravdového nezájmu**
- rodiče sice zájem projevují, ale bez přínosu pro dítě, dítě ohrožují a jinak se k němu neadekvátně chovají – je dán podnět na **zbavení rodičovské zodpovědnosti**, rodičovská zodpovědnost může být i pozastavena

- rodiče jsou **zbaveni způsobilosti k právním úkonům**
- rodiče **zemřeli**

PĚSTOUNSKÁ PÉČE je svazek vzniklý na základě soudního rozhodnutí. Může být kdykoliv zrušena, pěstouni nezískávají plná práva rodičů, spravují pouze běžné záležitosti dětí, je péčí placenou a končí zletilostí dítěte. Hovoříme o **klasické pěstounské péči, která je s účastí** biologických rodičů – rodiče mohou dítě navštěvovat. V případě obtížného styku soud může výkon rodičovské zodpovědnosti pozastavit, omezit a nebo zcela zrušit. V případě, že jsou rodiče zbaveni rodičovské zodpovědnosti, nemohou dítě navštěvovat a pak hovoříme o pěstounské péči **bez účasti** rodičů.

Může být

1) **Individuální PP**, kde je optimální počet dětí v rodině 1–4 děti

2) **Kolektivní PP**

- Zvláštní zařízení pro výkon PP /statut – minimálně 4 děti v péči/
- SOS dětské vesničky, které přebírají do péče většinou sourozenecké skupiny

Do pěstounské péče odcházejí děti s těžším zdravotním rizikem či s handicapem, s nejistou nebo nepříznivou prognózou (vážná pre a perinatální rizika), s těžším sociálním rizikem či handicapem v RA (ethy-lismus, psychiatrie...), věkově starší děti a sourozenecké skupiny, děti, které se z právního hlediska nemohou uvolnit pro osvojení.

Z výše uvedeného vyplývá, že na pěstouny je kladem větší požadavek na jejich stabilitu a zralost, neboť přijetí dětí do pěstounské péče je vždy úkol těžší a jeho úspěšnost závisí na mnoha faktorech.

Vycházíme ze skutečnosti, že přijetí dítěte do pěstounské péče vyžaduje delší přípravu, je zde potřebný i větší časový prostor k ujasnění si motivace a tuto konfrontovat se svými schopnostmi a možnostmi.

PORUČNÍK nezletilého vychovává, zastupuje a spravuje jeho majetek místo jeho rodičů v případě, že rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, výkon rodičovské zodpovědnosti byl pozastaven, nebo nemají zodpovědnost k právním úkonům v plném rozsahu.

Poručníka dítěti ustanoví soud a to, není-li to v rozporu se zájmy dítěte, především toho, koho doporučili rodiče, nebo někoho z příbuzných nebo osob blízkých, popřípadě jinou fyzickou osobu. Nemůže-li být poručníkem ustanovena fyzická osoba, ustanoví soud poručníkem orgán sociálně právní ochrany dětí. Nahrazuje plně péči rodičů, má poskytovat výchovu místo rodičů, důležité je, aby byly dány předpoklady, aby mezi poručníkem a dítětem vznikl citový vztah.

Poručníkem nemůže být pěstoun dítěte. Pokud dojde v průběhu PP ke změně podmínek (např. rodiče dítěte zemřou) nic nebrání ustanovení dosavadních pěstounů do funkce poručníků. Nemá výživovací povinnost, poručníka kontroluje soud, jakékoli závažné rozhodnutí týkající se poručenice např. volba povolání, souhlas s lék. výkonu vyžaduje schválení soudem.

Poručenství zaniká dosažením zletilosti, osvojením nezletilého, zrušením omezení rodičovské zodpovědnosti.

O **OPATROVNÍKOVÍ** hovoříme v případě střetu zájmů zákonných zástupců dítěte nebo mezi dětmi těchto rodičů navzájem, ohrožení majetkových zájmů dítěte, omezení rodičovské zodpovědnosti a řízení o osvojení nebo v případech, kdy je to v zájmu dítěte z jiných důvodů ustanoví soud opatrovníka. V takových případech lze ustanovit opatrovníkem i orgán sociálně právní ochrany dětí.

MOTIVACE ŽADATELŮ:

rozlišujeme různé motivace u žadatelů – jiná je či měla by být u pěstounů a jiná je u osvojitelů. U adoptivních žadatelů jde obvykle o motivaci uspokojení **nenaplněného rodičovství**. U pěstounské péče by měla

být snaha vyhledat pěstouny, jejichž hlavní motivací je snaha **pomoci dětem, které to potřebují**.

Výběr je z mnoha hledisek náročný, je třeba zachytit a vyloučit negativní postoje, vlastnosti a negativní motivaci, jako např.:

- zda dítě nemá být prostředkem k udržení rozpadávajícího se manželství
- zda nemá vyplnit bolestnou prázdnotu po ztrátě vlastního dítěte, zejména krátce po tragické události
- zda není považováno za jeden z doplňků životního standartu
- zda jejich výchovné postoje nejsou nadměrně náročné až perfekcionalistické
- zda nejsou vedeni snahou získat pro svého vlastního jedináčka spíše hračku než kamaráda a sourozence
- zda nechtějí dítě proto, aby se staralo o jejich vlastní dítě

Je nutné se vyvarovat osob, které dítě berou jako terapeutický prostředek k vyléčení své samoty či jiných problémů. **Je nepřipustné, aby se dítě stalo jen prostředkem k uspokojování potřeb dospělých, aniž by současně a přednostně byly uspokojovány potřeby jeho.** Na druhé straně je nutno počítat s tím, že každé dítě klade nějaké nároky na své sociální okolí, a není vždy snadné, aby vždy byli schopni náhradní rodiče jeho nároky přijmout a zvládnout. **Obecně můžeme říci, že budoucí náhradní rodiče by měli být lidé vyrovnaní, schopní řešit své eventuální problémy s ohledem na svěřené dítě, obětaví, trpěliví, nepřilíši nároční, kteří by vycházeli především z psychických i fyzických možností dítěte.** Jejich posuzování je součástí práce dalších odborníků, ale velmi záleží na získaných poznatcích sociálních pracovníků.

Jeden z předpokladů úspěšnosti NRP je, pokud uchazeč a dítě vytváří přirozený generační rozdíl. Zde se musíme pozastavit nad současným vývojem a jevem ve společnosti. Žadatelé vstupují do manželství později než bylo zvykem, v první fázi převládá snaha o dosažení přijatelného postavení v zaměstnání, zabezpečení bytové situace, teprve někdy po dosažení 30 let věku se začínají zajímat o založení rodiny. Často žadatelé absolvují řadu lékařských zákroků, umělého oplodnění apod. a ve chvíli, kdy žádají o adopci jsou již ve věku kolem 40 let. Životní styl sebou nese i fakt, že ač třeba věkem již neodpovídají na přijetí dítěte-kojence, vesměs jde o žadatele s dobrou fyzickou i psychickou kondicí, širokými zájmy, mladistvým vzhledem, energií. Je třeba vždy brát v zřetel na komplexnost a individuálnost v posouzení vhodnosti žadatele, přihlížet se k osobnosti, k somatickým vadám, onemocněním, faktorům sociálním i situačním. Je třeba též hodnotit vysoký věkový rozdíl mezi partnery. Dále jejich bezúhonnost, schopnost otevřenosti, tolerantnosti, schopnosti tolerance aj.

Sociální pracovník může také již při práci s klienty posoudit, zda mají oba žadatelé stejné kladné a spontánní přání přijmout dítě do NRP. Pokud žijí uchazeči společně s prarodiči či jinými příbuznými, měli by tito mít pro jejich rozhodnutí pochopení. Rovněž může žadatele předem poučit jaké děti se do náhradních rodin dostávají, samozřejmě, že podrobnější informace se žadatelům dostanou během přípravných kurzů.

PODMÍNKY PRO OSVOJENÍ DÍTĚTE:

dítě musí být vždy právně volné, hodnotí se jeho sociální, rodinná, osobní anamnéza včetně PMV i jeho aktuálního zdravotního stavu. Na základě komplexního zhodnocení všech uvedených údajů se stanoví pravděpodobná prognóza vývoje dítěte a doporučí se nejvhodnější forma náhradní rodinné péče (osvojení, pěstounská péče). U dětí průměrného věku je nutné znát jejich přání a mít jejich souhlas s náhradní rodinnou péčí.

Pro kvalitní zprostředkování NRP je důležité získat co možná nejvíce informací o biologické rodině dítěte (zdravotní stav, sociální a intelektová úroveň sourozenců, biologických rodičů, prarodičů). Na získávání těchto informací se podílí sociální pracovníci a lékaři z terénu, porodnic, nemocnic, odborných ambulancí a zařízeních, kde je dítě před osvojením či PP umístěno.

Zdravotní stav dítěte by měl být komplexně zhodnocen na základě odborných vyšetření.

U dítěte by měla být vždy provedena následující vyšetření, s důrazem na indikace z řad jednotlivých odborností, pokud jsou tato vyšetření nutná, aby dokreslila stávající či potenciální rizika pro budoucí všestranný vývoj dítěte, aby mohli být noví rodiče řádně informováni, ale to platí i pro ošetřujícího PLDD.

Odborná vyšetření, která provádí DC Praha: pediatrické vyšetření, neurologické a neurologické vývojové vyšetření, psychologické vývojové vyšetření/frekvenci těchto vyšetření vždy určuje neurolog, psycholog, který dítě vyšetřuje/, **genetické vyšetření** – chromosomální, do DC Krč genetik dochází, pokud v biologické rodině jsou určitá rizika, genetik rozhodne event. o dalších vyšetřeních. **Screening** respektujeme z porodnic, pokud dítě vývojově, somaticky neprospívá, provádíme rozšířený screening na doporučení pediatra, neurologa, event. jiných odborníků. Dále vyšetřujeme **panel hepatitid, pohlavní choroby**, včetně **HIV** (děti nejméně z 1/3 pocházejí z rizikových skupin), **screening TEOAE, vyšetření fyzioterapeutem, sono břicha, CNS, kardiologické vyšetření** (80 % nálezů drobných vývojových vad), **očnífundus, visus. Rozšíření VVM vyšetření** u rizikových dětí (riziková OA, RA, PMV). Další specializovaná vyš. dle závažnosti rizik a projevů u konkrétního dítěte indikovaná neurologem (např. EEG, CT, MR), další specializovaná vyšetření dle zdravotního stavu dítěte.

ŽADATELI o náhradní rodinnou péči se mohou stát všichni občané starší 18 let, svéprávní, s obvyklým trvalým bydlištěm v ČR. Kromě údajů předepsaných § 20 zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., má sociální pracovník postihnout vztahy v nové rodině a poznat prostředí a citové klima, do kterého má dítě přijít.

Schéma rozhovoru sociálního pracovníka s žadateli o NRP postihuje prakticky všechna období života uchazečů, i když nepůjdeme do hloubky, pomáhá nám nahlédnout, v jakém prostředí žadatelé vyrůstali, jak se vytvářely jejich životní postoje, kdo měl dobrý či špatný vliv na vytváření jednotlivých postojů a celkový vývoj osobnosti, jaké byly jejich životní ambice a nakolik byly splněny. Napomáhá odhalit, jak se uchazeči dovedli vyrovnat s nepříznivými vlivy a překážkami.

V šetření jsou vhodné rovněž postřehy o rodinných vazbách, způsobu chování k vlastním dětem, případně i pohovor s biologickými dětmi, pokud jsou ve věku, že lze k jejich názoru přihlížet. Dobrá je i podpora širší rodiny a proto je vhodné, aby v sociálním šetření byla o tomto zmínka. Žadatelé nejsou povinni mít hodnocení ze zaměstnání, respektuje se jejich anonymita, je dobré, pokud sami napíší životopis. Důležitá je i časové vytížení žadatelů, je nutné, aby s přijatým dítětem byl jeden z rodičů doma, záleží samozřejmě na věku dítěte. Malé dítě by nemělo být dáváno do jeslí, či hlídáno najatou službou. Rodiče by měli být ochotni svoji kariéru pozastavit a věnovat se na plný úvazek dítěti, které to potřebuje. U starších dětí (předškolního věku), doporučována alespoň 1/2 roku domácí péče.

Osnova pořízeného rozhovoru sociální pracovnice s žadateli o NRP by měla být vedena následujícím způsobem:

- 1) Otec. Matka.
- 2) Sourozenci
- 3) Charakteristika vztahů v původní rodině
 - Manželství
 - Zdravotní stav
 - Zaměstnání
 - Vlastní děti
 - Motivace a představa o NRP
 - Představa o přijatém dítěti
 - Vlastní pozorování
 - Fyziognomie
 - Intelektová úroveň
 - Situační faktory

NA ZÁVĚR je provedeno **shrnutí předpokladů žadatelů**, měl by zde být též uveden vlastní názor sociální pracovnice/ka, měl by být uve-

den i vlastní dojem, pochybnosti, které se jen obtížně formulují, toto by však mělo být výrazně odlišeno od faktů

Somatické defekty, případně psychická onemocnění posuzuje lékař. **Žádoucí zdravotní stav osvojitelů a pěstounů** lze obecně charakterizovat jako stav, který se nepříčí vlastnímu smyslu a účelu náhradní rodinné péče. To znamená, že by aktuálně a prognosticky měl zaručovat trvalost tohoto způsobu péče o děti i její kvalitu. Je samozřejmě možné, že takovéto onemocnění může vypuknout až po přijetí dítěte, čímž argumentují žadatelé. Nutno upozornit, že vyhledáváme pro dítě tu nejvhodnější rodinu a její stabilita je kritériem pro dobré zprostředkování. Pokud se žadatelé léčí pro některé chronické onemocnění, je nutné požadovat posudek i odborných lékařů, vždy s ohledem na možnou adopci. Žadatelé jsou ve své touze po rodičovství často nekritičtí ke svému momentálnímu stavu, je nutné je upozornit na možné riziko nezařazení pro zdravotní důvody. Často se zde vyskytují žadatelé po prodělané rakovině (doporučena remise alespoň tři roky), dále s RMS, avšak i s různými druhy jiného postižení. Posudek od praktického lékaře by neměl být starší půl roku, od odborného lékaře ne starší 3 měsíce.

KOMPLETNÍ ŽÁDOST o náhradní rodinnou péči postupuje příslušný úřad na pracoviště NRP (krajský úřad, Praha – MHMP). Komplettní žádost obsahuje vyplněné formuláře, opis trestního rejstříku – vyžádá úřad, fotografie, průkazová foto, ale rovněž ilustrační momentky jsou vhodné, lékařskou zprávu, potvrzení o příjmu, u rozvedených párů rozvodový rozsudek, u trestné činnosti je nutné vyžádat rozsudek trestního soudu.

Krajský úřad, MHMP žádost zaeviduje a žadatele zapíše **do přípravných kurzů**, které v současné době v Praze probíhají v DC s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií v Praze 4, Krči. Tyto kurzy po novele zákona č. 359/1999 Sb., v platném znění předcházejí zařazení do evidence vhodných náhradních rodičů. Cílem přípravy je seznámit žadatele nejen s teoretickými znalostmi, ale pomoci jim vytvořit si reálnou představu o dětech určených do NRP a rovněž je připravit a pomoci jim ujasnit si jejich rodičovskou roli, orientovat se ve vlastní motivaci a uvědoměním si svých schopností i svých omezení. **Cílem je tedy: sebereflexe, sebepoznání žadatelů ZDA JSEM SCHOPEN PŘIJMOUT „CIZÍ DÍTĚ“**, a tím snížit počet neúspěšných osvojení a pěstounské péče.

V úvodním bloku se žadatelé seznamují se **sociálně-právními aspekty** NRP, jsou informováni o organizaci NRP v Praze, procesu zprostředkování, dostávají praktické rady a základní informace o rodinách a dětech, odkud se děti do NRP uvolňují, způsob jejich právního uvolnění apod. Další blok přednášek konaných na půdě **Dětského centra s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií obsahuje tyto přednášky: seznámení s problematikou NRP, ujasnění si role budoucího rodiče, motivace, vývojová psychologie** (rizika, rodinné dispozice, stimulace psychomotorického vývoje, praktické zkušenosti s NRP),

vývojová neurologie (dědičné faktory, poruchy vázané na pohlaví, nápadnosti), **návykové látky** v anamnéze rodičů právně volných dětí (dispozice těchto dětí, prevence, dispozice k návyku obecně), **pediatrie** (biologický, sociální profil dětí odcházejících do NRP, péče o nemocné dítě, příznaky akutních onemocnění, prevence úrazů). Za odbornými tématy následuje **diskusní seminář obsahující** zpětné vazby, zážitkově orientovaný program, dle potřeb a dotazů, účastní se lékař, psycholog, v případě potřeby ostatní lektori. Účastníkům je nabídnuta **prohlídka zařízení**, účastní se 2–3 páry **za účelem zjistit reakci žadatelů na děti, etnikum, jejich schopnosti komunikace s dětmi, vnímání specifiku věku s upřesněním představ** o přijatém dítěti. V kurzu řednáší pediatr, klinický psycholog, vývojový neurolog.

Další část přípravného kurzu probíhá v **DC Paprsek**, jde o tzv. **zážitkový seminář** s ujasněním si role náhradního rodiče, práce s faktem existence minulosti dítěte a jeho biologické rodiny, probíhá za účasti vždy 1–2 párů rodičů, kteří již zkušenost s přijatým dítětem mají. **Zážitkový kurz** v DC Paprsek navazuje na přednáškový cyklus v DC Krči. Směřuje k tomu, aby teoreticky pojatá témata postupně přecházela do osobního prožitku žadatelů. Probíhá ve dvou dnech (jedno odpoledne a jeden celý den) v tématických blocích. Je dáována přednost seminární

formě, diskusím, praktickým cvičením a předpokládá aktivní účast žadatelů. Kromě zkušeností, postojů a vlastních zážitků žadatelů je využívána **dynamika skupiny**. Probíhá hraní rolí, sdělování pocitů, psycho-relaxace, imaginace, stavění rodnin.

Při zakončení kurzu žadatelé anonymně vyplňují dotazník, hodnotí cí setkání. Na konci kalendářního roku se tyto dotazníky z jednotlivých zážitkových kurzů statisticky vyhodnocují.

Aktuálně se jeví, že žadatelé jsou s kurzy spokojeni, vyhovuje jim praktické zažití nahromaděného množství informací z předcházejících kurzů. Ojedinele uvádějí pocity nejistoty, napětí a trémy na začátku setkání. **Probíraná témata** jsou následující **vývoj sociálních a citových vztahů, základní sociální a citové potřeby dítěte, výchovné postupy, postoje, děti vlastní a osvojené, zkušenosti rodičů osvojitelů, přehrávání rolí v praktických cvičeních, skupinová práce s kasuistikami, etnika, vzdělávání dětí, rodinné konstelace**.

Po té následuje **psychologické posouzení** žadatelů. Cílem je udělat si realistický obrázek o fungování páru, tj. nejen o kladech a obtížích, které v něm panují, ale i o zákonitostech, které určují chování mezi partnery. Každý člověk je určitá charakteristická vyhraněná bytost, která má své jedinečné vlastnosti, které jsou z části obdivuhodné a z části nelichotivé. Dobré psychologické vyšetření by mělo zdůraznit přednosti a zároveň upozornit na omezení a rizika s ohledem na přijaté dítě. **Toto vyšetření by mělo provádět akreditované pracoviště. Vyšetření by mělo být zaměřeno na strukturu a stabilitu osobnosti žadatelů s cílem vyloučení osobnostní patologie a psychopatologie a s cílem zjištění motivace žadatelů k NRP a jejich rodičovských postojů.**

Následně, co se dokumentace takto prokurzovaných a posouzených žadatelů vrátí zpět na pracoviště krajského úřadu, MHMP, je ještě posouzena ze zdravotní hlediska **posudkovým lékařem** a po té je bezodkladně vydáno **rozhodnutí o zařazení** do evidence vhodných osvojitelů či pěstounů. Možné jsou i obě formy NRP.

Praxe ukazuje, že je třeba zvláště připravovat žadatele na pěstounskou péči a zvláště budoucí osvojitele. I když některé části přípravy by mohly zůstat pro obě skupiny žadatelů. Naráží se na problém získávání kvalitních pěstounských párů. Ty by měli vykazovat mimořádné výchovné schopnosti a morální kvalitu. Z praxe je zřejmé, že někdy pouhá dobrá vůle nestačí. Děti s narušenou emocionální a různými druhy abnormálních projevů se někdy zvládají jen s vynaložením obrovského množství energie. Je třeba, aby pěstouni byli přístupni zásahům zvenčí, ochoť spolupracovat s Orgány sociálně-právní ochrany, neodmítali pomoc psychologa apod. O potřebnosti poradenské péče by měli být pěstouni přesvědčeni již v počátku procesu řešení své žádosti, jejich možnostech a perspektivách. Někteří pěstouni se svěřili, že při přijetí dítěte zpočátku i zapochybovali o správnosti svého rozhodnutí, zvláště když se vzniklá realita lišila od jejich představ. Tady působí psychoterapeuticky povzbuzení, rada ze strany odborníka.

Pokud žadatelka (žadatel) žije s partnerem (partnerkou) a z nějakého důvodu sňatek neplánují, není partner rozhodně vyloučen z posuzovacího procesu, tedy ani z psychologického vyšetření. Neboť tento člověk nebude jen pasivním pozorovatelem okolního dění, ale bude s dítětem v každodenním kontaktu a bude mít vliv na to, jak se dítě bude v rodině cítit. O pěstounskou péči (ne však osvojení) může žádat pouze jeden z manželů. Pro druhého manžela platí výše zmíněná pravidla. Jsou-li v rodině děti, ať již dříve svěřené či biologické vlastní, jsou dle svých schopností a možností zahrnuti do vyšetření. Je důležité posoudit, zda je dítě připraveno se dělit o své zázemí a lásku rodičů se sourozencem.

Po vydání rozhodnutí následuje závěrečný pohovor s žadatelem, při kterém dojde k ujasnění jejich konkrétních představ o přijatém dítěti. Pak již čekají.

Ke zprostředkování NRP mají kompetence pouze krajské úřady, za Prahu je to Magistrát hl. m. Prahy a MPSV a dále pro mezinárodní adopci je to Úřad pro mezinárodně-právní ochranu dětí v Brně. Organizace, která překročí svoji pravomoc může dostat pokutu za přešůpek až do výše 200 000 Kč za neoprávněné zprostředkování.

PORADNÍ SBORY krajských úřadů, které jsou od novely zákona č. 359/1999 Sb., od 1.6.2006 jmenovány přímo hejtmanem kraje, v Pra-

ze primátorem, jsou **složeny z pracovníků sociálně-právní ochrany dětí, tzn. měli by zde být zástupci zařízení, odkud děti do NRP přicházejí, dále sociální pracovníci úřadu jednotlivých městských částí, které mají tyto děti na starost, dále psychologové, kteří mají na starosti posuzování žadatelů a tudíž je znají.** Jejich hlas je poradní a spolupodílí se na **vytipování** vhodných žadatelů již ke konkrétnímu dítěti.

Pokud jsou žadatelé vytipováni, jsou co nejrychleji osloveni a je jim **předáno oznámení** o vhodnosti. Na základě tohoto oznámení se již mohou osobně s vybraným človíčkem seznamovat. Náhradní rodiče jsou na příslušném krajském úřadě **seznameni s historií dítěte**. Dále je **zprostředkován kontakt mezi rodinou a zařízením**, kde je dítě umístěno. Poté jsou **náhradní rodiče či pěstouni podrobně seznámeni se všemi dostupnými informacemi o dítěti** týmem pracovníků zařízení, kde je dítě umístěno (ředitelem zařízení, oš.lékařem a soc.pracovníkem, psychologem, fyzioterapeutem, spec.pedagogem.) Ze zákona je uvedeno, že **mají 30 dnů** na rozmyšlenou, než podají u úřadu, kde je dítě trvale hlášeno, žádost o svěřeni dítěte do **předadopční (předpěstounské) péče**. U nejmenších dětí a mladších batolat je tato doba velmi krátká. U dětí větších a dětí do PP záleží na individuální osobnosti každého dítěte a je zde vhodná vzájemná interakce mezi rodiči a dítětem. Převážně mimopražským žadatelům a cizincům nabízí DC Praha Krč ubytování hotelového typu v areálu DC. Důvodem je, aby navazování kontaktu mezi náhradními rodiči a dítětem mohlo probíhat plynule a co možná neoptimálněji s vytvořením citového pouta.

Rozhodnutím Úřadů městských částí je svěřeno dítě **do předadopční (předpěstounské péče), která trvá tři měsíce. Po této době se podává svěřeni dítěte do osvojení / pěstounské péče.**

Je nutné zdůraznit!!!

Vybírají se rodiče pro dítě, nikoliv dítě pro rodiče !!!!!

Na tuto činnost plynule navazuje **poradenská činnost** formou individuální pomoci či skupinovou spolupráce. Vznikají kluby adoptivních rodičů a např. v DC Praha dochází 3–4x ročně k setkávání náhradních rodičů a dětí v rámci Dětských dnů (Vánoce, Velikonoce, Den dětí...), klubová setkání nabízí Středisko náhradní rodinné péče v Praze.

V době předadopční a předpěstounské péče se s našimi dětmi setkáváme buď v nové rodině, nebo rodiče s dětmi přicházejí do DC. **Je provedeno komplexní pediatrické vyšetření a vyšetření klinickým psychologem s cílem zhodnotit aktuální stav dítěte a jeho celkový vývoj.** V případě potřeby doporučit rodičům k optimálnímu vývoji a adaptaci dítěte metodické návody, stimulace, výběr hraček (zpracovává lékař, psycholog, speciální pedagog.), rodiče dostanou k dispozici individuální manuál v písemné podobě. Po zhodnocení celkového zdravotního stavu a PMV je vypracována odborná lékařská zpráva pro účely soudního jednání o osvojení dítěte či pěstounské péče.

Pokud dítěti v příslušném kraji není vybrána rodina, hledá se rodina v celé České republice. Pokud ani zde není vybrána rodina, spisová dokumentace dítěte se postupuje pracovníkům MPSV, kteří na svém poradním sboru hledají pro dítě vhodnou rodinu. Není-li rodina nalezena ani v tomto případě, spisová dokumentace dítěte je odeslána na Úřad pro mezinárodně-právní ochranu dítěte se sídlem v Brně, kde je zprostředkovávána adopce mezinárodní.

DALŠÍ POSTŘEHY O NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČI

Charakteristika žadatelů o osvojení: 80 % všech žadatelů, manželské páry, které v 90 % nemohou mít děti, intimní svazek, vyšší míra ostražitosti, velká citlivost na jakékoliv netaktní jednání, týkající se NRP, většinou chtějí děti co nejmenší a z naší populace, někteří jsou velmi nároční na RA a OA dítěte, průměrný věk žadatelů je 35–40 let, vždy by měli dítěti sdělit pravdu. Včas, od počátku.

Charakteristika žadatelů o pěstounskou péči: většina vychovala svoje vlastní děti, chtějí dítěti vytvořit rodinu, chtějí dítěti umožnit žít

Náhradní rodinná péče

mimo zařízení, chtějí věnovat svoje síly opuštěnému, zanedbanému, nemocnému dítěti, děti se složitou SA, RA, OA, kromě základní péče je nutná i péče léčebná, rehabilitační, reedukační, resocializační, vyšší věkový průměr pěstounů.

8 typů základních charakteristik rodin a jejich klima

Úplně otevřená s funkčním klimatem / stejně neúplná-pouze žena pečuje o dítě/: téma NRP je dobře zpracováno, dítě informováno, spolupráce dobrá, včas vyhledá pomoc.

Úplná polootevřená s funkčním klimatem: téma NRP je relativně dobře zpracováno, dítě většinou informováno, spolupráce s okolím je výběrová, dobrá, většinou pomoc vyhledá. **Úplná polootevřená s proměnlivým klimatem:** téma NRP je zpracováno částečně, dítěti podá informaci cca v 1/2 případů, spolupráce s okolím je výběrová, většinou vyhledá odbornou pomoc (relativně pozdě).

Úplná uzavřená s dysfunkčním klimatem: téma NRP není zpracováno, dítěti informaci nepodá, nespolupracuje, nevyhledá pomoc odborníků ani při závažných obtížích nebo ji vyhledá pozdě, následné řešení je již velice obtížné.

HODNOCENÍ NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE

Úspěšná NRP – žadatele mají reálnou motivaci, mají zpracované téma, dítěti včas sdělí pravdu, pokud nastanou obtíže, vyhledají včas odbornou pomoc a jsou schopni otevřené komunikace.

Neúspěšná NRP – motivace žadatelů nebyla reálná, téma mají nezpracované, dítěti zamlčují pravdu a pokud s odborníky řeší obtíže, většinou bohužel již dost pozdě, kdy celá situace v rodině je vyhrcoaná. Od počátku jsou stresováni přijutím dítěte, spíše chtějí řešit egoisticky svoji životní situaci. Patří do věkově starší kategorie žadatelů. Širší rodina jejich rozhodnutí a dítě nepřijímá nebo není informována. Jedná se o neuváženou adopci či pěstounskou péči.

MOTTO:

„Vyrostl z něho vztekly člověk, který nevěděl, kde se v něm vzaly jeho pocity!“

Východiskem je: NASLOUCHAT, POROZUMĚT, MÍT RÁD, BÝT LASKAVÝ, ale DUSLEDNÝ.

Dítě stojí více, než cokoliv jiného na světě. Vaši lásku, váš život. Kdo si tyto souvislosti neuvědomuje, neměl by nikdy do procesu náhradního rodičovství vstupovat. Uškodí především dítěti, ale též i sobě. Měl by se v životě směřovat jiným způsobem, kde by našel vnitřní spokojení.

PRAKTICKÉ RADY PRO OSVOJITELE:

Zaměstnavatel je povinen ihned uvolnit pracovníka po převzetí dítěte do NRP. Systém státní sociální podpory je upraven zákonem č. 117/1995

Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Poskytuje např.: přírůstek na dítě, rodičovský příspěvek, porodné, dávky pěstounské péče.

Nárok na dávky nemocenského pojištění se uplatňuje předložením předepsaného tiskopisu, který vystavuje příslušný lékař. Žena, která do své trvalé péče nahrazující mateřskou péči převzala dítě, uplatňuje nárok na peněžitou pomoc v mateřství předložením své písemné žádosti.

Žádost o dávku podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, OSVČ u příslušné okresní správy sociálního zabezpečení / v Praze Pražské správy sociálního zabezpečení/

Peněžitá pomoc v mateřství se poskytuje maximálně 28 týdnů, popř. 37 týdnů v případě žen, které porodily více dětí současně a starají se aspoň o dvě z nich.

Po skončení výplaty peněžité pomoci v mateřství poskytuje stát rodičům rodičovský příspěvek. Rodičovská dovolená trvá do 3 let věku dítěte, 4. rok musí žádat zaměstnavatele o neplacené volno. Rodiče, kteří pobírají rodičovský příspěvek, si mohou neomezeně přivydělávat. Musí však v této době zabezpečit péči o dítě jinou zletilou osobou. Od února roku 2006 mohou děti starší 3 let, o které rodič osobně celodenně a řádně pečuje, navštěvovat mateřskou školu nebo odborná zařízení každý den, a to maximálně na 4 hodiny – rodiče neztrácí nárok na rodičovský příspěvek

Porodné – vyplaceno rovněž osobě, která převzala dítě mladší 1 roku do trvalé péče nahrazující péči rodičů, činí 13.000 Kč na každé dítě. Nárok na přírůstek na dítě má nezaopatřené dítě do 26 let, které žije v rodině s rozhodným příjmem nižším než je 2,4násobek životního minima rodiny. Pro výpočet dávky se posuzuje příjem za předchozí kalendářní rok, do příjmu se nezapočítává výživné.

Jak se změnila rodičovská dovolená od 1. 1. 2008: rodiče si budou muset vybrat jeden ze tří modelů vícerychlostního vyplácení rodičovského příspěvku. Úskalím zůstává fakt, že později nelze nastavenou dobu měnit. Není počítáno s náhradními rodiči, a rovněž není zohledněna skutečnost, že se velmi často nemocnost či potřeba dítěte prokáže až později.

1. Rychlejší čerpání – rodič, který se předem rozhodne, že zůstane s dítětem jen do jeho dvou let, bude měsíčně dostávat 11 400 Kč, pro tuto variantu se musí rozhodnout asi v šesti měsících dítěte. Výplata je limitována výdělkem před nástupem na mateřskou dovolenou, kdy plat by měl činit alespoň 16000 Kč hrubého.

2. Základní čerpání – rodič, který zůstane s dítětem doma do tří let, bude dostávat 7 600 Kč měsíčně, tuto možnost musí nahlásit nejpozději ve chvíli, kdy dítěti bude rok a půl.

3. Pomalejší čerpání – rodiče, kteří budou chtít zůstat s dítětem doma do jeho čtyř let, budou do 18 měsíců dítěte pobírat 7600 Kč a pak bude dávka snížena na 3800 Kč.

U zdravotně postižených dětí má rodič nárok ode dne posouzení dítěte jako dítěte dlouhodobě zdravotně postiženého nebo dlouhodobě těž-

Nezaopatřené dítě má nárok každý měsíc na přírůstek	Výše přírůstku na dítě měsíčně v Kč od 1. ledna 2008
Do 6 let	500
6–15	610
15–26	700

Jednorázová dávka

Věk nezaopatřené dítěte	Výše příspěvku při převzetí dítěte
do 6 let	8 000 Kč
6–15	9 000 Kč
15–26	10 000 Kč

Výše příspěvku na úhradu potřeb dítěte měsíčně v Kč k 1. 1. 2008

Nezaopatřené dítě	zdravé koeficient	dlouhodobě nemocné koeficient	dlouhodobě zdravotně postižené koeficient	dlouhodobě těžce zdravotně postižené koeficient
	2,30	2, 35	2,90	3,10
do 6 let	3680	3760	4640	4960
6–15 let	4508	4606	5684	6076
15–26 let	5175	5288	6525	6975

Počet dětí v PP	
1	3 126
2	6252
3	17 193
4	18 756
1 závislé na pomoci stupeň II.,III.,IV.	17 193

ce zdravotně postiženého na rodičovský příspěvek v základní výměře, tj. 7 600 Kč do 7 let věku dítěte, a to bez ohledu na dříve zvolenou možnost.

Dávky péstounské péče: příspěvek při převzetí dítěte do péstounské péče, účelem je příspěvek na nákup potřebných věcí pro dítě přicházející do NRP.

Příspěvek na úhradu potřeb dítěte – nárok má dítě svěřené do péstounské péče, nejdéle do 26 let, zůstávají-li nezaopatřené – výše příspěvku na úhradu potřeb nezaopatřené dítěte činí 2,30 násobek životního minima dítěte V případě **zdravotně postiženého** dítěte se koeficient, kterým se násobí životní minimum dítěte, zvyšuje úměrně stupni postižení a činí 2,35 u dlouhodobě nemocného dítěte, 2,90 u dlouhodobě zdravotně postiženého. U dítěte a 3,10 u **dlouhodobě těžce zdravotně postiženého dítěte**

Pěstoun, kterému bylo dítě svěřeno do péče, má nárok na **odměnu pěstouna**. Výše odměny pěstouna je stanoven od 1. 1.2008 za jedno dítě 3 126 Kč měsíčně. Odměna pěstouna ve zvláštních případech: nárok má pěstoun, který se stará alespoň o tři děti v péstounské péči, nebo je-li pěstounovi svěřeno jedno dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě vyžadující mimořádnou péči, není-li pěstoun výdělečně činný. Výše odměny ve zvláštních případech činí za kalendářní měsíc součin částek životního minima jednotlivce a koeficientu 5,50. Za každé další dítě se odměna zvyšuje o 0,5 životního minima jednotlivce a o 0,75 životního minima jednotlivce, jde-li o další dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě vyžadující mimořádnou péči.

Příspěvek na nákup motorového vozidla

nárok na příspěvek na zakoupení motorového vozidla má pěstoun, který má v péstounské péči aspoň čtyři děti a vozidlo nepoužívá na výdělečnou činnost, výše příspěvku činí 70 % pořizovací ceny vozidla nebo výdajů na jeho opravy, nejvýše však 100 000 Kč.

Informace o nových podmínkách státní sociální podpory najdete na internetových stránkách

MPSV: www.socialnireformy.cz

DOPORUČENÁ LITERATURA:

Archer Caroline: Dítě v náhradní rodině

Dunovský Jiří: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě

Prof. PhDr. Matějček Zdeněk:

- Psychická deprivace v dětství
- Rodiče a děti
- Radosti a strasti
- Psychologie nemocných a zdravotně postižených
- Děti, rodina, stress
- Orodině vlastní, nevlastní a náhradní
- Nevlastní rodiče a nevlastní děti
- Co, kdy a jak ve výchově dětí
- Osvojení a péstounská péče
- Škola rodičů
- Náhradní rodinná péče

PhDr. Jiřina Prekopová:

- Malý tyran
- Neklidné dítě
- Děti jsou hosté, kteří hledají cestu
- Empatie čili inteligence srdce

Scholler, J.: Adopce, vztah založený na slibu

Kovařík, J.: Náhradní rodinná péče v praxi

PŘÍLOHY:**PŘÍLOHA Č. 1****NÁVRATY DĚTÍ DO RODIN Z DC s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií.**

ROK	Biologická rodina	Adoptivní rodina	Pěstounská péče
2002	42 dětí	51 dětí	3 dětí
2003	44 dětí	59 dětí	8 dětí
2004	43 dětí	83 dětí	5 dětí
2005	45 dětí	63 dětí	5 dětí
2006	45 dětí	56 dětí	13 dětí
2007	77 dětí	50 dětí	13 dětí
1–3/ 2008	13 dětí	20 dětí	5 dětí

PŘÍLOHA Č. 2**Statistika osvojení v Praze**

<i>C</i>	<i>Celkový počet dětí do osvojení</i>	<i>DC Krč dříve Kojenecký ústav</i>	<i>FOD Klokánek</i>	<i>Jiné zařízení</i>	<i>Děti z jiných krajů</i>
2007	74	57	5 1x sourozenecká skupina	12 1x sourozenecká skupina	4
2006	65	41 1x sourozenecká skupina	3	3	1
2005	77	63	4 1x sourozenecká skupina	4	6
2004	80	74	1	2	3
2003	68	56 2x sourozenecká skupina	0	6 1x sourozenecká skupina	6 1x sourozenecká skupina
2002	54	48		6	0
2001	99	94		5	0
2000	54	48			6

PŘÍLOHA Č. 3 – počet dětí umístěných v PP

<i>Rok</i>	<i>Počet umístěných dětí v PP</i>
2000	14
2001	20
2002	23
2003	26
2004	17
2005	18
2006	14
2007	19

NRP se řídí následujícími zákony a předpisy:

<i>Úmluva o právech dítěte, podepsaná v roce 1989 v New Yorku</i>
<i>Haagská úmluva o ochraně dětí mezinárodním osvojení z roku 1993</i>
<i>Listina základních práv a svobod, uvozená ústavním zákonem č. 23/1991 Sb.</i>
<i>Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí v platném znění</i>
<i>Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině</i>
<i>Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád</i>
<i>Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů</i>
<i>Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce</i>
<i>Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře</i>
<i>Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník</i>
<i>Zákon č. 97/1963 Sb., o mezinárodním právu soukromém a procesním</i>
<i>Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení</i>
<i>Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád</i>
<i>Zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení</i>

Náhradní rodinná péče



1, 2, 3, 4, Pohled na nemocnici a útlek v Praze 4 – Krči ve 30. letech 20. Století



5, 6, 7, 8 Kojenecký ústav v 50. letech minulého století



8



10

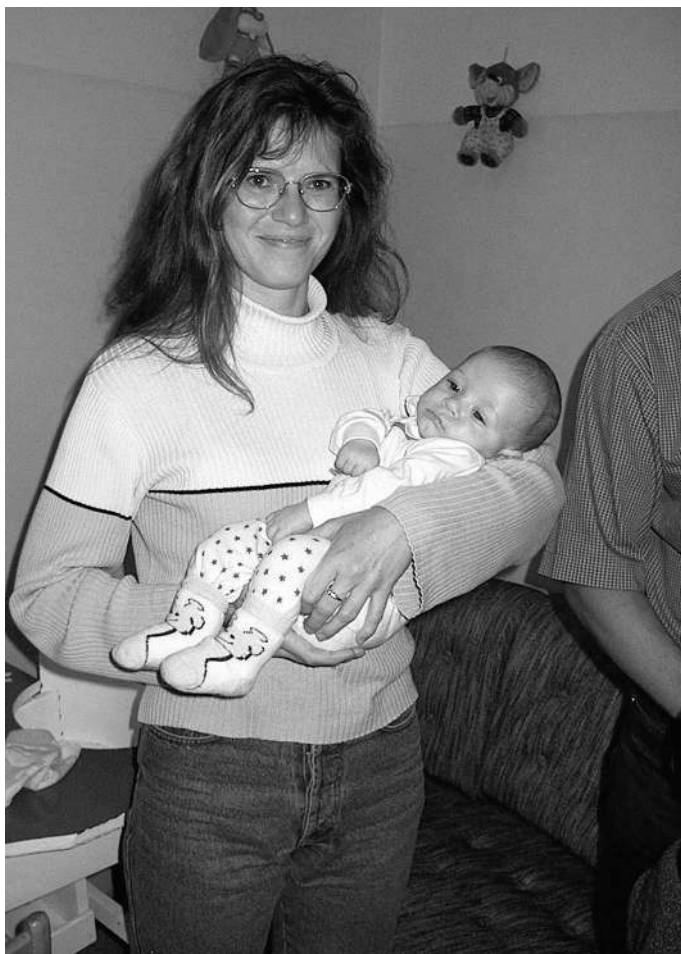


9



11

9, 10, 11 Dětské centrum dnes



12 první kontakt s osvojitelem



13 Domů ...



vedoucí DC primářka MUDr. Jaroslava Lukešová

Perinatální asfyxie na periferním pracovišti

Koditek V., Ryba L¹

Oddělení novorozenců Nemocnice v Ústí nad Orlicí

¹Dětské oddělení Nemocnice v Ústí nad Orlicí

ABSTRAKT:

Věnovali jsme se problematice diagnostiky perinatální asfyxie a určení spolehlivých ukazatelů možného následného postižení. Zpracovali jsme soubor 2162 novorozenců, narozených v letech 2005–2006 na porodnickém oddělení okresní nemocnice.

Klíčová slova: HIE, Apgar skóre, vyšetření pupečnickové krve, senzitivita, specifita.

CÍL PRÁCE

Jsme lékaři okresní nemocnice, kde součástí dětského oddělení je i oddělení novorozenecké, poskytující běžnou neonatologickou péči. Veškerou lékařskou péči poskytují kvalifikovaní pediatři, bez neonatologické specializace. Vzhledem k tomu, že počet porodů v naší nemocnici v posledních letech pravidelně překračuje jeden tisíc, tak i přesto, že se jedná o porody „fyziologické“, riziko možného vzniku komplikací není zanedbatelné. Nejaktuálnějším rizikem pro novorozence se pak jeví stavy těžké perinatální asfyxie, které mohou vyústit v tragédii jak pro novorozence a jeho rodinu, tak pro ošetřující personál. Abychom minimalizovali pravděpodobnost chybného úsudku a nesprávného postupu při péči o ohroženého novorozence ze strany ošetřujícího pediatra, pokusili jsme se vytvořit jednoduchý a snadno dostupný skórovací systém, podle něhož je hodnocen každý novorozenec. Jedincům s vyšším bodovým skóre je „automaticky“ poskytována zvýšená pozornost a péče ze strany ošetřujícího personálu.

ÚVOD

Perinatální asfyxie je stav, při kterém je novorozenec v perinatálním období vystaven závažnému omezení přívodu kyslíku, vedoucímu k hypoxii a laktátové acidóze. Asfyxie je provázána ischemií. Tento stav vzniká in utero – před porodem, během porodu, nebo bezprostředně po porodu. Důsledkem poruchy výměny krevních plynů je pokles pO_2 a vzestup pCO_2 a další změny vnitřního prostředí a acidobazické rovnováhy. Porucha výměny krevních plynů – asfyxie – může být částečná (parciální), nebo úplná (anoxie). „Zlatý standard“ definice perinatální asfyxie neexistuje! Pro hodnocení se využívají různá kritéria, jak klinická, tak laboratorní: fetální ozvy, mekonium v plodové vodě, skóre dle Apgarové, pH pupečnickové krve, nutnost resuscitace, neurologické příznaky, křeče, změny na EEG, orgánová dysfunkce. Nevýhoda většiny těchto kritérií je významný časový odstup mezi noxou a klinickými projevy a následky! Závažná perinatální asfyxie vede k změnám krevního oběhu. Mění se cirkulující objem, klesá srdeční výdej, rozvíjí se dysfunkce myokardu a v jejím důsledku hypoperfuze CNS, neuronální ischemie, křeče, porucha vědomí a/nebo multiorgánové selhání. Následkem postižení CNS je pak rozvoj hypoxicko-ischemické encefalopatie (HIE – Sarnat et Sarnat). Klinickou závažnost mají především II. a III. stupeň HIE,

kteří jsou spojeny s vysokou morbiditou i mortalitou. Data uváděná jednotlivými zdroji se značně liší. USA a Austrálie uvádějí v roce 2000 výskyt HIE 2–4 promile- tzn. 2–4/1000 novorozenců, ČR v roce 2000 1,8 promile (ÚZIS). Mortalita HIE – II. a III. stupně dohromady je okolo 30 %, v případě III. stupně pak mortalita dosahuje 50–75 %, závažná morbidita s trvalými následky 80–100 %. Obdobné následky jsou v případě II. stupně nižší – mortalita 6–10 %, závažné následky 30–50 %, následky mírné 10–20 %, bez následků zůstává 40–60 % dětí. U I. stupně je morbidita nízká, je však nutno dát pozor na rychlou časnou progresi postižení novorozence! Významné rozdíly mezi jednotlivými zdroji jsou způsobeny nejednotnou metodikou a problematickým sběrem dat.

Asfyxii novorozence můžeme očekávat při známkách fetálního distresu před porodem (alterace ozev, pokles saturace O_2 plodu při měření oxymetrie nebo Astrupu plodu), při abnormálních projevech plodu během porodu, u těžkého nebo traumatického porodu, v případě anestezie či analgezie matky. Asfyxie u předčasně narozených novorozenců je pochopitelně častější, ti by však neměli být řazeni do skupiny novorozenců s HIE, neboť tato jednotka je vymezena dokončeným 36. týdnem gravidity. Bohužel, data některých souhrnných prací toto nerespektují. Asfyktický novorozenec se však může navzdory zdokonalující se technice perinatálního monitorování narodit zcela „bez varování!“

Z hlediska „bezpečnosti“ provozu porodnic „okresního typu“, kde se navzdory postupující centralizaci porodů rodí stále více než polovina dětí v ČR se naskytá otázka, zda zdravotnický personál těchto pracovišť spolehlivě a včas rozpozná rizika a příznaky perinatální asfyxie a včas přijme adekvátní terapeutická opatření. Nerozpoznání asfyxie asi nehrozí tam, kde do 1 minuty po porodu novorozenec hlasitě nekřičí a spontánně nedýchá. Otázkou však zůstávají klinicky méně jasné případy. O riziku závažných forem HIE hovoří jak klinická tak laboratorní kritéria. Například arteriální pH z pupečnickové krve mezi 6,90–6,99 je spojeno s 9 % rizikem vzniku HIE, pH mezi 6,61–6,70 už s rizikem 80 %! PH pod 6,60 je považováno za neslučitelné se životem.

Metodika: Rozhodli jsme se proto využít několika běžně dostupných a rutinně stanovovaných klinických i laboratorních parametrů, které jsou k dispozici bezprostředně po porodu dítěte a vytvořit skórovací schéma. Pokusy vytvořit skóre, kombinující klinické a laboratorní parametry se již vyskytly. Námi zvolenou variantu (2 klinické a 3 laboratorní parametry) považujeme za originální (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 – skóre perinatální asfyxie

	1 bod	2 body
Apgar 1. min	4–5 bodů	3 body a méně
Apgar 5. min	6–7 bodů	5 bodů a méně
pH pupečník	7,00–7,15	6,99 a méně
BE akt pupečník	10,0–15,9 mmol/l	16 a více
Laktát pupečník	8,0–12,99 mmol/l	13 mmol a více

Perinatální asfyxie na periferním pracovišti

Za novorozence, vysoce ohrožené následky perinatální asfyxie jsme od počátku považovali ty, kteří dosáhli 5 bodů a více. Všichni tito novorozenci dostali nitrožilně infuzi krystaloidů a byli kontinuálně monitorováni (D,P, saturace O₂, TK neinvazivně a T po dobu minimálně 24 hodin). Kyslík, bikarbonát, antihypotenziva, antikonvulziva a antibiotika dostávali pacienti individuálně dle dalšího klinického a laboratorního nálezu. Ti, kteří vyžadovali řízenou plicní ventilaci, byli během několika hodin po porodu transportováni do perinatologického centra. Novorozenci s hodnotami 3 nebo 4 body byli monitorováni (minimálně 3 hodiny po porodu), novorozenci s nižším počtem bodů, kteří nejevili žádné klinické známky distressu byli ošetřováni obvyklým způsobem jako zcela zdraví.

Soubor: Je tvořen 2162 živě narozenými dětmi z let 2005–2006. Z celkového počtu 2233 živě rozených dětí v těchto dvou letech se jedná o 96,8 % dětí u kterých bylo stanoveno po porodu všech 5 námi sledovaných parametrů. V celém souboru se vyskytlo 80 novorozenců, kteří

dosáhli alespoň 1 bod. Na ty jsme se podrobněji zaměřili. Jejich porod byl ve většině případů komplikovaný, jen 37/80 bylo rozeno bez použití instrumentaria, u 22/80 byla použita vakuumextrakce, 14/80 bylo rozeno císařským řezem a v 7 případech byl k vybavení použit forceps. Podle celkového součtu bodů jsme soubor rozdělili na 3 skupiny. V první skupině se ocitla většina – 56 dětí, jejichž skóre bylo 1–2 body. Druhou skupinu tvořilo 16 dětí, jejichž skóre činilo 3–5 bodů. Ve třetí skupině se ocitlo 8 dětí, jejichž celkový součet byl 6 bodů a více.

Senzitivita jednotlivých sledovaných parametrů byla výrazně vyšší u vyšetření pupečnickové krve, tzn. že většina bodů ve skupině 80-ti novorozenců pocházela z vyšetření pupečnickové krve.

Dále jsme zkoumali specifitu – míru spolehlivosti jednotlivých parametrů. Použili jsme grafické vyjádření s polynomičtým typem trendu a rovnicí regrese s vyjádřením hodnoty spolehlivosti R^2 pro jednotlivé parametry vztažené k bodové hodnotě.

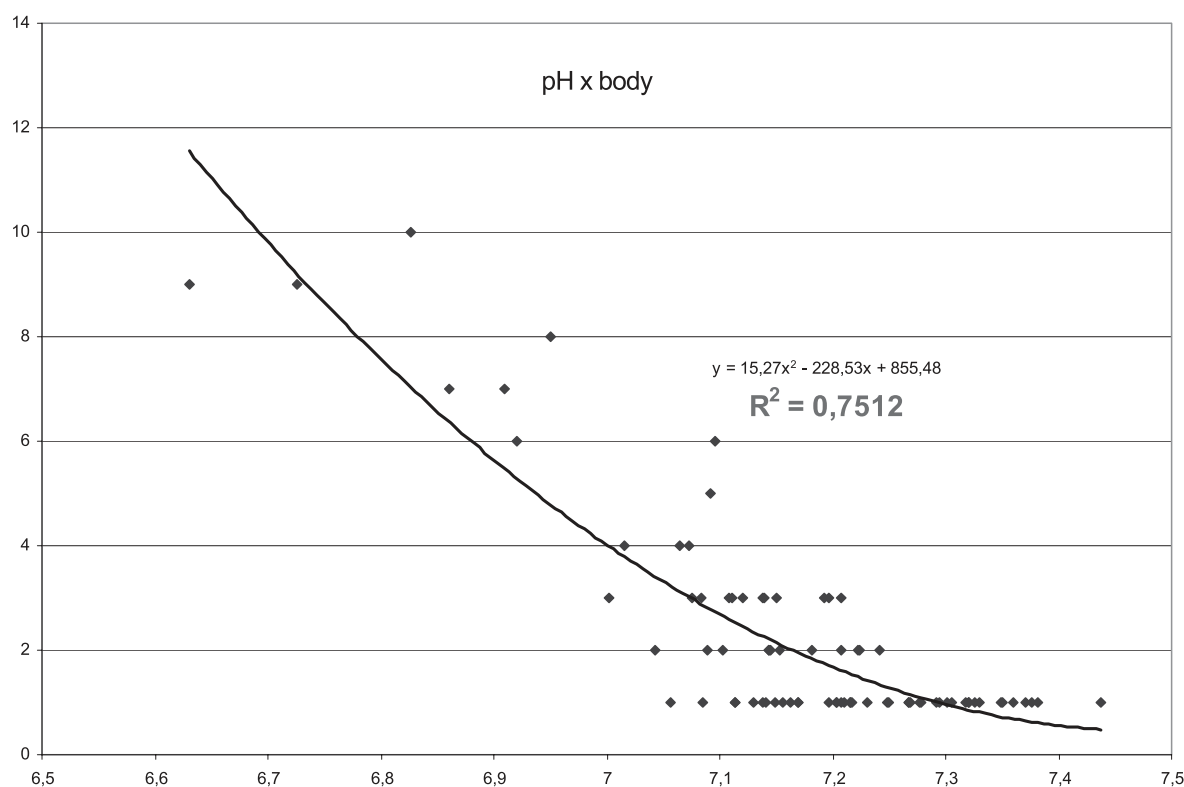
Tabulka č. 2 – rozdělení souboru

Počet novorozenců ve skupině (%)	2082 (96,3)	56 (3)	16 (0,74)	8 (0,37)
Počet rizikových bodů	0	1–2	3–5	6–10

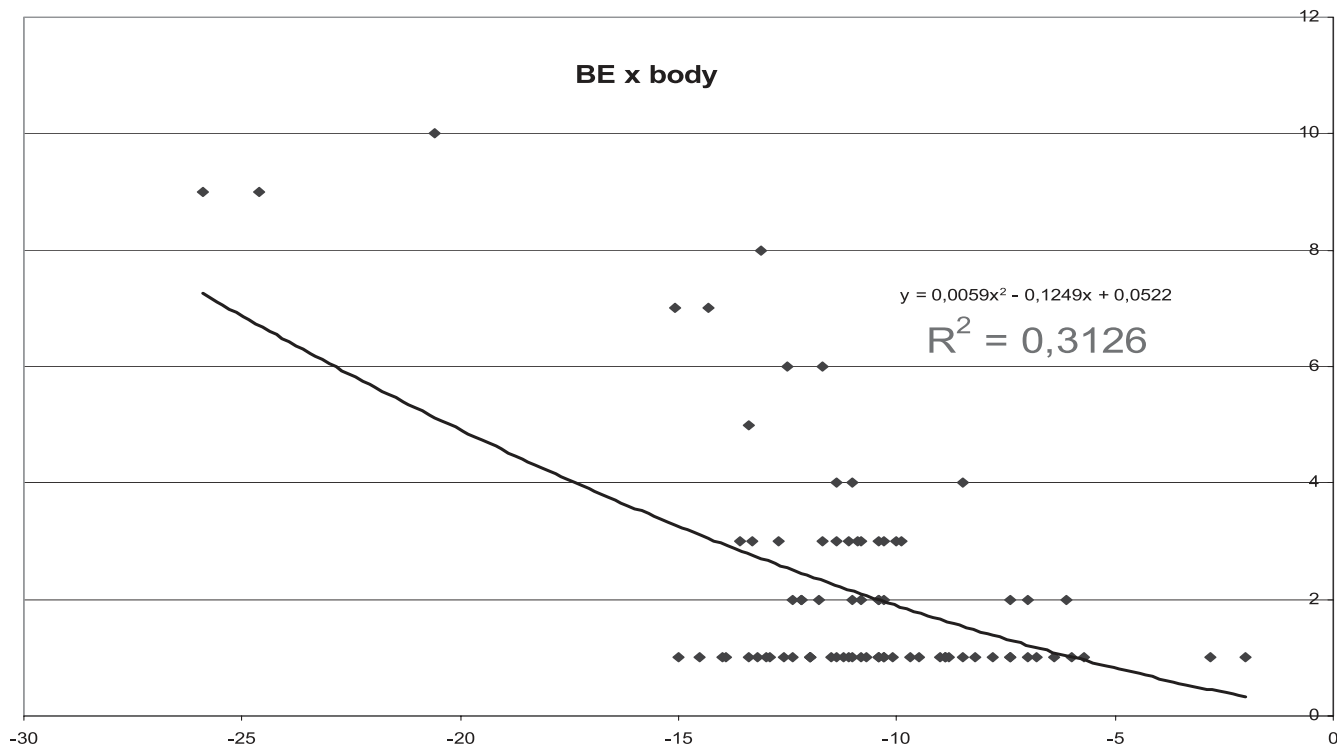
Tabulka č. 3 – senzitivita jednotlivých parametrů

	Senzitivita
Agar 1.minuta	26,2 %
Agar 5.minuta	13,8 %
pH	46,2 %
Laktát	45 %
BE	70 %

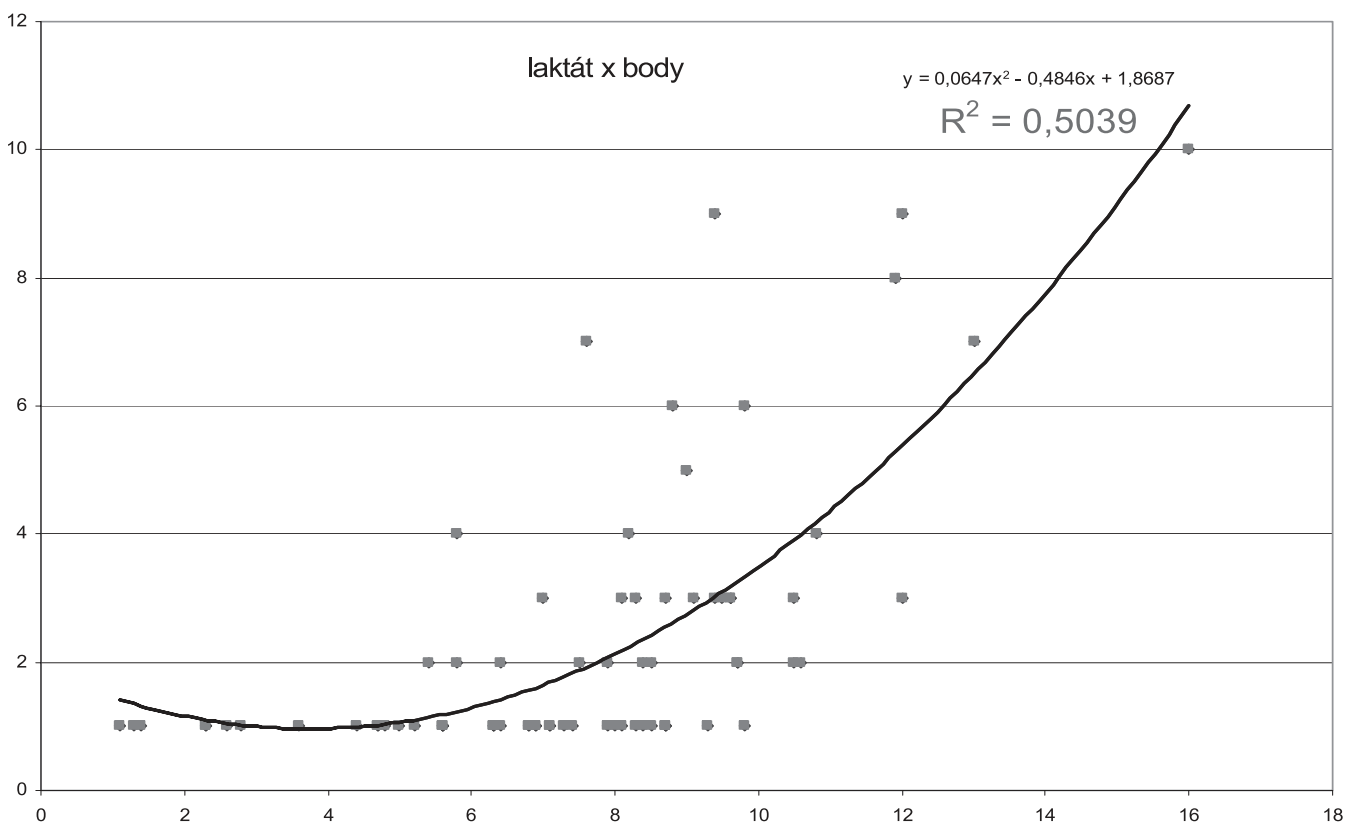
Tabulka č. 4 – srovnání pH v pupečnickové krvi novorozenců z rizikové skupiny s počtem bodů a výpočet hodnoty spolehlivosti R^2



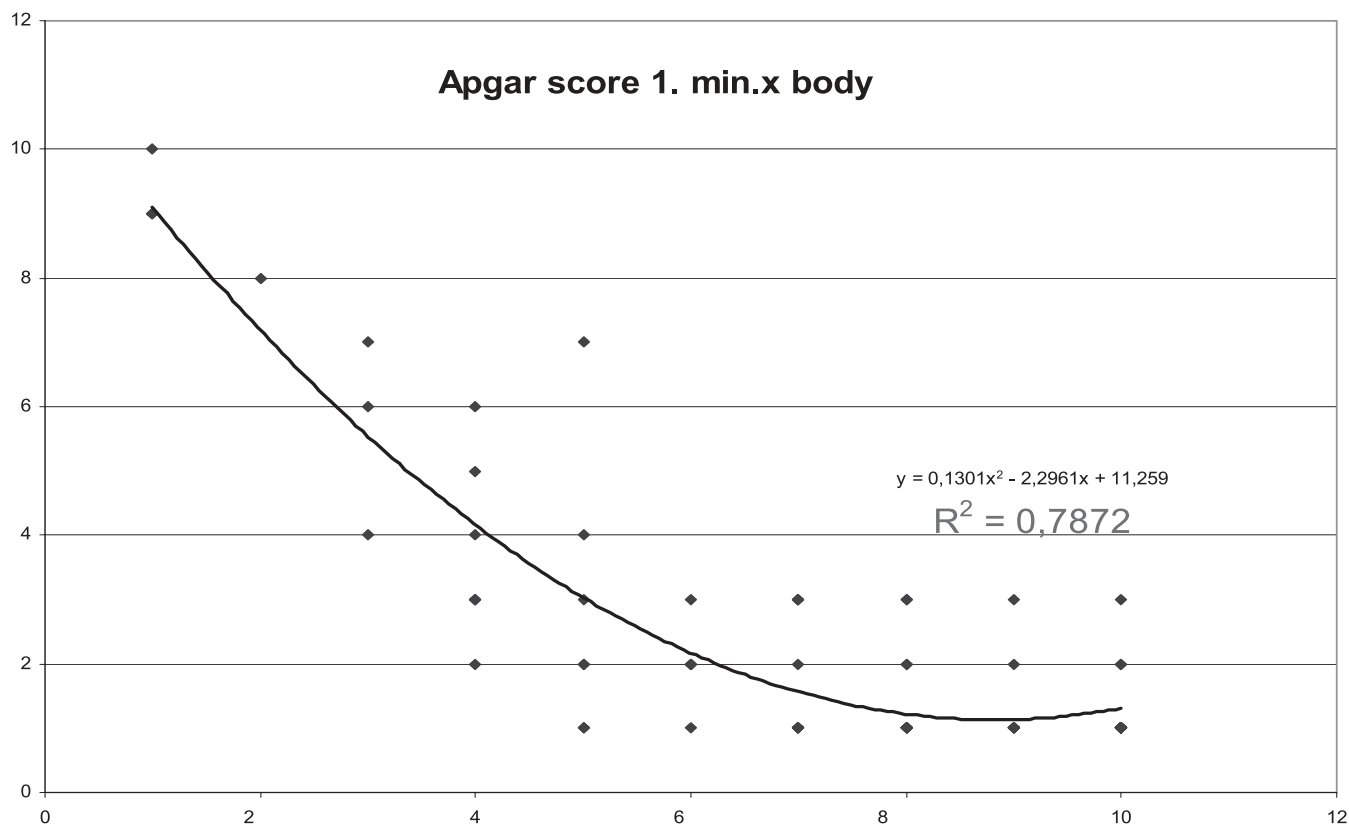
Tabulka č. 5 – srovnání BE v pupečníkové krvi novorozenců z rizikové skupiny s počtem bodů a výpočet hodnoty spolehlivosti R^2



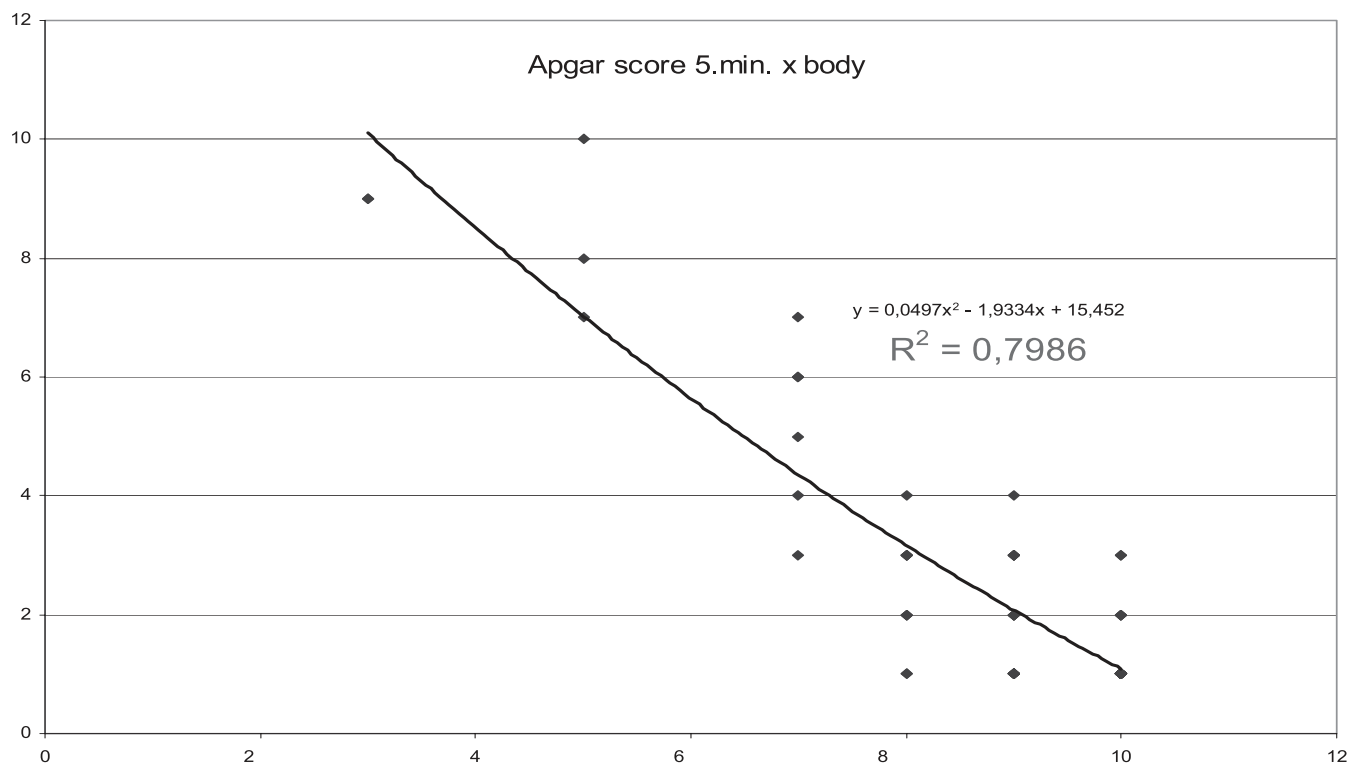
Tabulka č. 6 – srovnání hodnoty laktátu v pupečníkové krvi novorozenců z rizikové skupiny s počtem bodů a výpočet hodnoty spolehlivosti R^2



Tabulka č. 7 – srovnání Agar skóre v 1 minutě novorozenců z rizikové skupiny s počtem bodů a výpočet hodnoty spolehlivosti R^2



Tabulka č. 8 – srovnání agar skóre v 5. minutě novorozenců z rizikové skupiny s počtem bodů a výpočet hodnoty spolehlivosti R^2



Tabulka č. 9 – srovnání hodnoty spolehlivosti jednotlivých parametrů

1.	Apgar v 5. minutě	$R^2 = 0,7986$
2.	Apgar 1. minutě	$R^2 = 0,7872$
3.	pH	$R^2 = 0,7512$
4.	Laktát	$R^2 = 0,5039$
5.	BE	$R^2 = 0,3126$

Tabulka č.10 – hodnoty jednotlivých rizikových parametrů a celkové bodové ohodnocení

	pH	BE	Laktát	Apgar v 1. min.	Apgar v 5. minutě	body
BN	6,92	-11,7	9,8	4	7	6
BJ	7,096	-12,2	8,8	3	7	6
KA	6,91	-14,3	13	5	7	7
CK	6,86	-15,1	7,6	3	5	7
TV	6,95	-13,1	11,9	2	5	8
ŠJ	6,72	-24,7	9,4	1	3	9
NM	6,63	-25,9	12	1	3	9
JK	6,8	-19,9	16,0	1	5	10

Výsledkem je určení míry specifity prezentováno hodnotou spolehlivosti R^2 (čím vyšší hodnota, tím vyšší spolehlivost). Kritéria uvádíme v pořadí podle jejich specifity.

Nejvíce nás zajímal klinický obraz u jednotlivých skupin novorozenců. U novorozenců zařazených v první a druhé skupině s maximálně 5-ti body jsme nezaznamenali žádné patologické projevy, svědčící pro následky perinatální hypoxie. Jinak na tom však byla třetí, z našeho pohledu nejrizikovější skupina 8-mi dětí.

Ve skupině 8-mi novorozenců s nejvyšším rizikem se projevy hypoxicko-ischemické encefalopatie HIE I.st. vyskytly ve 3 případech, HIE II. st. také ve třech a HIE III. st. Ve dvou případech. U 2 případů se vyskytly komplikace v podobě sepse, u jednoho dítěte byla zjištěna závažná VVV srdce – významný DSK. Prognóza a vývoj dětí s HIE I. a II. stupně v této skupině je v době sepsání článku příznivý. Z dvou dětí s HIE III. stupně jedno z nich, s těžkým postižením CNS, zemřelo ve věku 6 měsíců, druhé, se známkami středně těžké formy DMO se vyvíjí příznivěji, situaci však komplikuje nedostatečný zájem a spolupráce rodiny. Dítě bylo v současné době umístěno na žádost rodiny do kojeneckého ústavu, což jeho vyhlídky zhoršuje.

ZÁVĚR:

- 1) Vyšší senzitivitu hypoxického postižení zobrazují laboratorní markery z pupečníku nežli klinika a to v tomto pořadí sestupně :BE,pH,Laktát, Agar skóre v 1.minutě, Agar skóre v 5. minutě.
- 2) Nejvyšší výpovědní hodnotu rizika (specifitu) udává Apgar skóre v 5. minutě dále pak (sestupně) Agar skóre v 1. minutě, pH, laktát, BE.

3) Na základě hodnocení více než 2000 zralých novorozenců se domníváme, že novorozenci s 1–2ma body nevykazují zvýšené riziko HIE. Novorozenci s 3–5-ti body mají nízké riziko (v našem souboru nebyl zaznamenán žádný případ následného klinického postižení HIE), přesto u nich provádíme monitorování D,P, neinvazivního TK, saturace O_2 po 1 hodině první 3 hodiny a následně 1x / 3 hod. po dobu 24 hod. Novorozenci s více než 5-ti body jsou ohroženi zvýšeným rizikem posthypoxického postižení a vyžadují ihned po porodu razantní protišokovou a antihypoxickou léčbu.

4) Námi zavedený skórovací systém slouží jako účelná zpětná vazba nejen pro pediatry, ale i pro porodníky, s nimiž v rámci společných seminářů probíráme celý průběh nejrizikovějších porodů a další osudy ohrožených dětí.

ZDROJE:

- 1) Tonse NK Raju, MD, DCH: „Hypoxic-Ischemic Encephalopathy“, <http://www.emedicine.com/ped/topic149.htm>
- 2) Michael J. Acarregui, MD, Neurological Disorders: Asphyxia <http://www.uihealthcare.com/depts/med/pediatrics/iowaneonatologyandbook/neurology/asphyxia.html>
- 3) Newborn care manual: Unit 16: 1/2005, <http://www.gfmer.ch/PEP/pdf/UNIT-16-2005.pdf>
- 4) Medline plus, Medical encyklopedia, cerebrál hypoxia, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001435.htm>

Komentář k článku Perinatální asfyxie na periferním pracovišti (Koditek V., Ryba L.)

Kantor L.

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Článek autorů Koditka a Ryby „Perinatální asfyxie na periferním pracovišti“ je chválným pokusem o analýzu výskytu uvedeného patologického stavu v prostředí středně velké nemocnice (bez jednotky resuscitační a intenzivní péče pro novorozence).

V úvodu popisuje přehlednou formou základní data ohledně perinatální asfyxie a některé aspekty jejího výskytu v nemocnici výše uvedeného typu.

Autoři se pokusili vytvořit skórovací systém, který by detekoval možné pozdější postižení mozku dítěte.

Pět parametrů (2 klinické a 3 laboratorní) bylo zmapováno u 2 162 novorozenců. Výsledky byly kvalitně statisticky vyhodnoceny. Výsledkem je návrh originálního skórovacího systému.

Podobný funkční a jednoduchý systém by byl velmi potřebný a užitečný. Nicméně nelze souhlasit s tím, že by měl být v tomto okamžiku bezvýhradně přijat. Nelze vyloučit, že závěry možná odpovídají skutečnosti.

K tomu by musel být počet dětí v rizikových skupinách podstatně vyšší a byla by zapotřebí důkladnější diskuse se současnou literaturou tak, jak je uvedeno výše. Otázkou zůstává výpovědní hodnota jednotlivých parametrů. Každý z nich by zasluhoval podrobný rozbor dle zásad Evidence-based Medicine (EBM, medicína založená na důkazech) a celý navrhovaný skórovací systém pak další podrobné zkoumání.

Jako zástupce šéfredaktora chci poděkovat kolegům a podpořit jejich snahu. Jedná se o jeden z mála článků, který je v Neonatologických listech publikován z jiné nemocnice než jsou chronicky známé, uvedené v obsazích jednotlivých čísel. Nejen z tohoto hlediska bych si dovolil kolegům-autorům upravit název článku a vypustit ono „periferní pracoviště“. Na základě pracnosti a důkladnosti sdělení jednoznačně vyplývá, že Dětské a Novorozenecké oddělení Nemocnice v Ústí nad Orlicí si nezasluhuje tak nihilistický název.

Attachement parenting – rodičovský přístup založený na pevných citových vazbách

Fridrichová V., Oškrdalová L., Skorkovská K.

Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice Brno

Klíčová slova: skin-to-skin care, kangaroo care, bazální stimulace

Na našich neonatologických odděleních se stále častěji setkáváme s nezralými a nemocnými novorozenci. V uplynulém desetiletí se diametrálně změnil postupy v ošetrovatelské péči o novorozence a zainteresovanost rodičů do celého terapeutického procesu. Naším cílem je nastinit něco málo ze zvyklostí používaných na všech našich odděleních, ať už intermediární péče, tak i roomingových, které nám pomáhají v dosažení terapeutických úspěchů a mnohdy zkracují i délku hospitalizace dětí.

KANGAROO CARE

Klokánkování je metoda umožňující po porodu u nedonošených i termínových dětí časný kontakt rodiče s dítětem a příznivě u nich ovlivňuje poporodní adaptaci. Jedná se o kontakt skin-to-skin, tedy kůží na kůži. Miminko „klokánkuje“ na hrudi jednoho z rodičů v pozici na bříšku s hlavičkou na stranu tak, aby mohlo vnímat známý tlukot srdce (viz. obr. 1). Dosažitelnost výsad a cílů této péče je ovlivněna vhodným zázemím na neonatologických odděleních, informovaností a entuziasmem rodičů a samozřejmě i aktuálním zdravotním stavem dítěte.

Původ této metody spadá do roku 1978, kdy v Bogotě Dr. Rey a Dr. Martinez byli nuceni řešit naléhavé problémy s nedostatkem inkubátorů a současně s vysokým rizikem perinatální infekce u nedonošených novorozenců při dlouhodobé hospitalizaci. Inspiraci našli v přírodě, kde nejznámějším nedonošencem je klokán mládě chované ve vaku na břicho samice (viz. obr. 2). Uvnitř je v těsném kontaktu s matkou chráněné, zahřívávané a krmené podle svých potřeb (viz. obr. 3). Podle vzoru australských klokánů i matky v Kolumbii vyřešily svůj problém „klokánkováním“ svých nezralých dětí skin-to-skin pomocí různých úvazků šátky. Navíc i primárně důležité kojení mohlo být bez obtíží kdykoliv a kdekoliv praktikovatelné. Přirozené a tak jednoduché řešení vedlo k výraznému poklesu morbidit a mortality u předčasně narozených dětí v těchto zeměpisných šířkách. Tato metoda záhy obletěla svět a dnes již těžko hledat neonatologa, který by se s klokánkováním nesetkal a nevyužíval jeho výhod.

Ke klokánkování jsou indikovány všechny, i nedonošené děti (byť s váhou pod 1500 g), které vyvíjejí spontánní dechovou aktivitu. Tito pak snáze usínají, jejich spánek je hlubší, prodlužují se periody bdělosti, vykazují rychlejší váhové přírůstky, byla pozorována nižší frekvence bradykardií a apnoických pauz i vyšší saturace kyslíku v krvi. Navíc matka dokáže být termosynchronní se svým potomkem a nahradí mu po dobu klokánkování prostředí v inkubátoru. Za zmínku jistě stojí i snížení rizika nosokomiálních infekcí, kdy při tomto těsném tělesném kontaktu dochází k osídlení matky bakteriálními kmeny a viry z prostředí dítěte, vzápětí následuje evokovaná tvorba protilátek mateřským organismem a jejich přenos mateřským mlékem zpět k dítěti. Skin-to-skin kontakt také stimuluje let-down reflex, tedy usnadňuje ejekci a tvorbu mléka. Kardiopulmonální monitoring, pulzní oxymetrie, oxygenoterapie, nCPAP ani infuze nejsou a neměly by být překážkou klokánkování.

... A BÁZÁLNÍ STIMULACE

Vazbu rodič-novorozenec posiluje i technika bazální stimulace vycházející z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Jejím cílem je u předčasně narozených a patologických novorozenců podpořit vlastní identitu, umožnit komunikaci s okolím, zvládnout orientaci v prostoru a čase, zlepšit funkci organismu a pozitivně ovlivnit rozvoj celé osobnosti dítěte.

Autorem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog profesor Dr. Andreas Fröhlich, který se od roku 1970 zabýval dětmi s vrozeným těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. Dr. Fröhlich prokázal, že základní (=bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu vnímání a komunikace. Techniky bazální stimulace do ošetrovatelské péče zavedla profesorka Christel Bienstein, původně zdravotní sestra. Dnes je koncept bazální stimulace registrovanou ochrannou známkou a autoři konceptu vytvořili systém vzdělávání lektorů, kteří zajišťují relevantní výškolení ošetrovujících a integraci celého konceptu do klinické praxe. Od roku 2005 existuje v ČR INSTITUT Bazální stimulace zabývající se realizací certifikovaných kurzů, odborných konferencí a konzultační činností pro odborníky i širokou veřejnost.

Bazální stimulace je individualizovaná strukturovaná péče přesně dle potřeb a stavu konkrétního jedince. Druhým podstatným faktorem pro tento koncept je integrace nejbližší osoby/osob do péče o pacienta. Základem jsou somatické, vestibulární a vibrační, optické, olfaktorické, auditivní, orální a taktilně-haptické stimuly.

Praktické postupy aplikované u novorozenců navazují na rozvoj vnímání u plodu během intrauterinního vývoje. Využíváme tedy polohování a ohraničení dětí pomocí speciálních polštářů tzv. „hnízd“ (viz. obr. 4), pozitivní doteky (viz. obr. 5 a 6), masáže stimulující dýchání i masáže celého těla, osobní kontakt s ošetroující sestrou (taktilní, zvukové podněty) a uzpůsobení vnějšího prostředí dítěte do podoby prostředí v mamčině bříšku (teplo, klid, tmavé prostředí, fetální poloha). Velice důležité je aktivní zapojení rodičů do péče o dítěte, jejich edukace v technikách bazální stimulace.

Při každé manipulaci s dítětem je nutné sledovat jeho reakce na podněty, stimulaci provádíme jen podle libosti. Mezi projevy kladného vnímání stimulů patří uvolnění svalového tonu, zklidnění dítěte, úprava fyziologických funkcí, navození spánku. Po poskytnutí jakékoliv stimulační péče musíme zajistit také přiměřenou dobu na působení podnětů a odpočinek. Aby naše péče byla optimální, musíme rozpoznat i sebemenší náznaky, kterými novorozenec projevuje pocit dyskomfortu. Mezi ty patří změny fyziologické (např. poklesy saturace, tachypnoe, apnoické pauzy, tachykardie, zvýšení krevního tlaku), změny tělesné aktivity (zvýšeně výbavný Moroův reflex, třes končetin, zatínání pěstíček s propínáním prstů, extenze končetin), změněný výraz tváře (např. sraštělé obočí, sraštělé čelo, chvějící se brada) či změněný hla-

sový projev (např. hlasitější, déle trvající pláč). Veškeré signály dyskomfortu musí každý z ošetřujícího personálu citlivě vnímat a naučit i rodiče porozumět svému miminku.

ZÁVĚR

Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Aby se dítě zdárně vyvíjelo po narození, je odkázáno na trvalý přísun podnětů, který je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Pečlivé plnění všech zásad bazální stimulace a klokánkování u předčasně narozených dětí a ostatních novorozenců vyžadujících intenzivní péči na neonatologických odděleních nám pomáhá dosáhnout terapeutického cíle. Je tedy vhodnou součástí individuální komplexní a efektivní zdravotnické péče.

LITERATURA

1. P. Torngren: „The Needs Of The Newborn In The First Few Hours Of Life“: <http://home.mweb.co.za/to/torngren/firsthrs.htm>
2. J. A. Speyrer, P. Torngren: „Video Review – Kangaroo Mother Care, Restoring the original Paradigm For Infant Care and Breastfeeding, Nils Bergman, M.D., 2000, VHS, 8 Francis Rd., Pinelands 7405, South Africa.“: <http://home.mweb.co.za/to/torngren/bergman.htm>
3. Department of Reproductive Health and Research WHO: „Kangaroo mother care – A Practical Guide“: World Health Organization 2003.
4. D. Špidlenová: „Neverbální komunikace s novorozencem“: FLORENCE, 6.6.2006.
5. M. Olanders: „Kangaroo Mother Care – An Interview with Dr. Nils Bergman“: Amningsnytt, Sweden, December 2004.
6. B. Zlatohlávková: „Výživa nedonošených dětí mateřským mlékem“: Nedoklubko – Naše brožury; http://www.nedoklubko.cz/vyziva_nezralych.asp
7. K. Larimer: „Kangaroo Care Benefits“: <http://www.prematurity.org/baby/kangaroo.html>
8. K. Larimer: „Kangarooing My Little Miracle“: <http://www.comeunity.com/premature/baby/kanga-kaia.html>
9. Wikipedia, the free encyclopedia: „Kangaroo care“: http://en.wikipedia.org/wiki/Kangaroo_care
10. M. Robles: „Kangaroo Care – The Human Incubator For The Premature Infant“: Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Science, Women's Hospital, 735 Notre Dame Ave., Winnipeg, Manitoba, Canada; http://www.umanitoba.ca/outreach/manitoba_womens_health/kangaroo.htm
11. J. Kučová, J. Havránková: „Bazální stimulace v novorozeneckém věku“: <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/kucova.pdf>.
12. Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace: „Bazální stimulace“: http://www.mnof.cz/pruvodce/bazalni_stimulace.php
13. K. Friedlová: „Co je bazální stimulace“: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php



Obr. 1 Klokánkující nedonošené dítě



Obr. 2 Klokání mládě



Obr. 3 Inspirace přírodou



Obr. 4 Novorozenec v „hnízdě“



Obr. 5 Pozitivní doteky při bazální stimulaci



Obr. 6 Pozitivní doteky při bazální stimulaci

Získejte nejpřesnější vyhodnocení saturace hemoglobinu kyslíkem v arteriální krvi a podávejte pouze takové množství kyslíku, které je nezbytné!

Technologie Masimo SET™

- nejpřesnější technologie pro použití u novorozenců
- kontinuální měření při hypotermii, hypoperfúzi, hypovolemii
- významné snížení výskytu pohybových artefaktů



Technologii Masimo SET™ poskytují tyto pulzní oxymetry a monitory firmy medisap:



Rad 5



Rad 8

Dinamap
ProCare 400Dash
3000/4000/5000

Radical

„haló, volám medisap
Tel: 602 773 945,
225 001 510,
Fax: 225 001 522



medisap
A PART OF HOSPIED s.r.o.

medisap, s.r.o.
Objednávky: objednavky@medisap.cz
Malešická 2251/51, 130 00 Praha 3



Někdo to rád chladné

Jako specialista v oblasti neonatální péče, nenabízíme pouze kvalitní inkubátory a ventilátory. V posledních letech jsme představili mnoho inovačních výrobků, jako například Infant Flow nasální CPAP, víceúrovňový sluchový skříník, nebo mozkový monitor Olympic CFM.

Nyní k dispozici pro hypotermickou léčbu novorozenců po perinatální asfyxii:

- **COOL-CAP® systém pro selektivní chlazení hlavy**
- **Medi-Therm II systém pro celkové chlazení těla**

Samozřejmě od firmy Dartin



tel.: 241 470 361
info@dartin.cz
www.dartin.cz

Dartin s.r.o.
Suchdolská 688
252 62 Horoměřice

difference

Service & Innovation

Endoskopická ventrikulocisternostomie v léčbě posthemoragického hydrocefalu

Macháč J., Kantor L.

Neurochirurgická klinika a Neonatologické oddělení FN Olomouc

SOUHRN

Definitivní léčbou posthemoragického hydrocefalu nezralých novorozenců je v současné době ventrikuloperitoneální drenáž. Vysoký počet časných a pozdních pooperačních komplikací vede ke snaze nalézt alternativní postupy, které by umožnily odsunutí drenážní operace na pozdější dobu nebo v ideálním případě dosažení kompenzace hydrocefalu bez drenáže.

V naší práci hodnotíme zkušenosti s ošetřením 7 dětí, narozených ve 29.–34. gestačním týdnu, u kterých došlo k subependymálnímu a nitrokomorovému krvácení – 5x stupeň III, 2x stupeň I podle Papille et al. – (1) s následným rozvojem hydrocefalu, který byl zprvu léčen zevní komorovou drenáží (2).

Po stabilizaci stavu, resorpci koagul a poklesu proteinorhachie pod 2g/l jsme provedli endoskopickou ventrikulocisternostomii III. mozkové komory.

Ve všech případech jsme pooperačně zaznamenali proudění likvoru mezi III. komorou a prepontinní cisternou s pooperační kompenzací hydrocefalu. V šesti případech došlo k dekompenzaci hydrocefalu v rozmezí od 2 do 4 týdnů, ve třech případech jsme se pokusili o endoskopickou revizi, při které jsme našli nově vytvořené adheze v prepontinní cisterně a uzávěr ventrikulostomie. Po znovutevření komunikace došlo do 13–24 dní k další dekompenzaci, která si vynutila zavedení ventrikuloperitoneální drenáže.

Neuspokojivé výsledky v prvních 6 případech nás vedly k opuštění této metody, avšak zlepšené možnosti MR vyšetření (3) a průkaz minimálního proudění akveduktem při anatomicky průchodných likvorových cestách nás vedl k ošetření posthemoragického hydrocefalu u pacientky narozené ve 34. gestačním týdnu (porodní hmotnost 1550g).

Po endoskopické ventrikulostomii došlo ke kompenzaci hydrocefalu, trvající nyní 6 měsíců, s příznivým psychomotorickým vývojem dítěte.

METODIKA:

Diagnóza nitrolebního krvácení a hydrocefalu byla stanovena pomocí UZ a CT vyšetření, ve 3 případech bylo provedeno MR vyšetření TSE, SE, v jednom případě MR vyšetření včetně metody cine PC (phase kontrast) a PSIF s kvantifikací rychlosti a průtoku mozkomíšního moku v akveduktu.

Endoskopická ventrikulocisternostomie je prováděna v celkové anestezii, z trepančního návtu frontálně vpravo, lokalizovaného parasagitálně a ventrálně od koronálního švu.

Do pravé postranní komory je zaveden endoskop o průměru 5mm s optikou 0 stupňů. Po identifikaci anatomických struktur je endoskop zaveden přes foramen Monro do III. komory, kde je Fogartyho katétre provedena perforace bazální membrány mezi corpora mamillaria a dorsum sellae. Perforace je dilatována na průměr 5mm, poté následuje revize prepontinní cisterny a rozrušení případných adhezí. Při cestě zpět kontrola hemostázy, uzávěr operační rány ve dvou vrstvách.

VÝSLEDKY:

Léčili jsme 7 dětí, narozených ve 29.–34. gestačním týdnu, porodní hmotnost 850–1550g, v 5 případech krvácení stupně III, 2x stupeň I (1).

Operace proběhla ve všech případech bez komplikací, nezaznamenali jsme technické obtíže (úzké foramen Monro, nepřehledné anatomické poměry, pooperační krvácení). V jednom případě byla nezbytná 15 min. trvající irigace pravé postranní komory pro ztíženou orientaci způsobenou záplavou fibrinových vloček v likvoru. Pacienti se zhojili per primam, bez infektu ve vztahu k endoskopické operaci. V jednom případě jsme pozorovali přechodnou parézu n. oculomotorius vlevo.

Děti byly operovány 14–21 dní po porodu, tělesná hmotnost v době operace byla 950–1700 g.

K opětovné dekompenzaci hydrocefalu došlo v 6 případech, s nutností aplikace VP (ventrikuloperitoneální) drenáže.

V jednom případě byla endoskopická operace úspěšná.

DISKUZE:

Podle klasického schématu zařazujeme posthemoragický hydrocefalus mezi hydrocefaly komunikující, když za hlavní příčinu vzniku je považována porucha vstřebávání likvoru přes villi arachnoideales. Standardní léčba VP drenáží přináší vysoké procento komplikací, urgentních revizí a frustraci ošetřujících zdravotníků i rodičů.

Rozvoj endoskopické techniky vedl k pokusům o její využití i v této oblasti. Teoretickým podkladem jsou experimentální práce, které provedli Dandy a Blackfan (4), kteří prokázali, že likvor je vstřebáván mozkovými kapilárami a nikoliv výlučně přes villi arachnoideales. V roce 1993 Greitz (5) přehodnotil fyziologii cirkulace mozkomíšního moku. Předpokládal, že mozkové kapiláry vstřebávají mozkomíšní mok a pokud dojde ke snížení compliance mozkové tkáně např. vlivem adhezí v subarachnoideálním prostoru po krvácení, zvýší se nitrolební systolický pulsní tlak, který způsobí distenzi mozku a mozkových komor. Dochází k tlaku mozku proti lbi a současně kompresi periventrikulární oblasti. Výsledkem je porucha vstřebávání likvoru kapilárami, dilatace mozkových komor, snížení mozkového krevního objemu, které dále vede ke snížení compliance a uzavírá tak bludný kruh. Řadu experimentálních prací autor shrnul do hydrodynamické koncepce hydrocefalu (6,7), podle níž ETV (endoskopická ventrikulocisternostomie) představuje možnost redukce systolického tlaku v mozku jednoduše vyprazdňováním likvoru přes stoma. Anatomicky průchodný akvedukt je příliš úzký k dostatečnému vyprazdňování moku.

Podle této teorie je hydrocefalus buď akutní (způsobený intraventrikulární obstrukcí) nebo chronický, způsobený sníženou compliance mozkové tkáně.

Ransohoff et al. (8) navrhl změnu klasifikace hydrocefalu z komunikující/nekommunikující na intraventrikulární obstrukční a extraventrikulární obstrukční, kde existuje obstrukce toku likvoru mezi spinálním a kortikálním subarachnoideálním prostorem při komunikujícím komorovém systému. Protože interpedunkulární cisterna je nad foramen mag-

num, mohou mít pacienti s komunikujícím hydrocefalem prospěch z endoskopické ventrikulostomie.

Tyto poznatky byly v klinické praxi potvrzeny (9, 10).

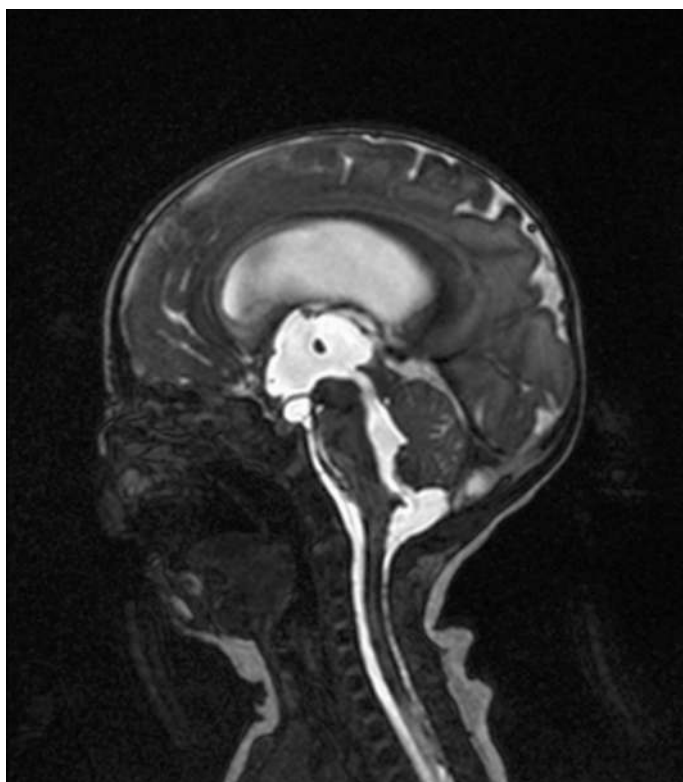
Řada studií však ukázala, že výsledky endoskopické léčby komunikujícího hydrocefalu u dětí jsou z dosud nejasných příčin výrazně horší, nezávisle na etiologii onemocnění (11, 12, 13, 14). Přesto pokus o tento typ operace doporučuje např. Siomin et al. (15), avšak pouze pokud u pacienta neproběhla infekce.

Naději na určení pacientů, kteří mohou z endoskopické léčby profitovat, skýtá stále se zdokonalující MR vyšetření. Nadějně jsou také zprávy o provedení ETV se současným odstraněním drenážního systému u starších dětí (9).

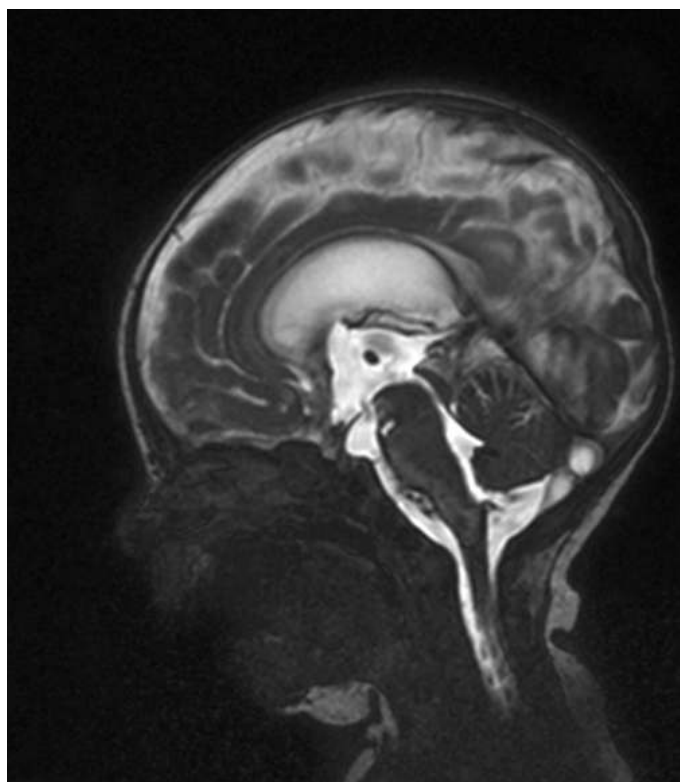
Snaha uchránit pacienty před celoživotní závislostí na drenážním systému zůstává motivací dalšího výzkumného, experimentálního a klinického snažení.

LITERATURA

1. Papille, L.A., Munsick-Bruno, G., Schaefer, A., Relationship of cerebral intraventricular hemorrhage and early childhood neurologic handicap. *J Pediatr*, 1983, 103, p. 273–277.
2. Berger A., Weinger M., Reinprecht A., Naschle N., Kohlhauser C., Pollak A: Long-term experience with subcutaneously tunneled external ventricular drainage in preterm infants. *Childs Nerv Syst*. 16/2/: 103–9, discussion 110, Feb 2000.
3. Tintěra J., Bruehl K., Stoeter P.: Měření dynamiky mozkomíšního moku magnetickou rezonancí. *Čes Radiol*, 1997, 51, s. 199–209.
4. Dandy W.E., Blackfan K.D./1914/ Internal hydrocephalus. An experimental, clinical and pathological study. *Am J Dis Child* 8: 406–482.
5. Greitz D./1993/ Cerebrospinal fluid circulation and associated intracranial dynamics. A radiologic investigation using MR imaging and radionuclide cisternography. *Acta Radiol Suppl* 386:1–23.
6. Greitz D./2004/ Radiological assessment of hydrocephalus: new theories and implications for therapy. *Neurosurg Rev* 27:145–165.
7. Greitz D.: Paradigm shift in hydrocephalus research in legacy of Dandy's pioneering work: Rationale for third ventriculostomy in communicating hydrocephalus. *Child's Nervous System*, March 2007, Springer Verlag
8. Ransohoff J., Hulman K., Fishman R.A.: Hydrocephalus. *J Pediatr* 56:399–411, 1966.
9. Baskin J.J., Manwaring K.H., Rekate H.L. : Ventricular shunt removal: The ultimate treatment of slit ventricle syndrome. *J Neurosurg* 88:478–484, 1998.
10. Rekate H.L.: The Role of Endoscopic Third Ventriculostomy in the Management of Shunt Malfunction. *Neurosurg Vol* 43/6/, December 1998. s. 1328–1329.
11. Koch D., Wagner W.: Endoscopic third ventriculostomy in infant less than 1 year of age: which factors influence the outcome? *Childs Nerv Syst*. 2004; 20/6/: s. 405–11.
12. Koch-Wiewrodt D., Wagner W.: Success and failure of endoscopic third ventriculostomy in young infants: are there different age distributions? *Childs Nerv Syst*. 2006; 22/12/: 1537–41.
13. Baldauf J., Oertel J., Gaab M.R., Schroeder H.W.: Endoscopic third ventriculostomy in children younger than 2 years of age. *Childs Nerv Syst*. 2007; 23/6/: 623–6.
14. Grant, J.A., McLone, D.G., Third ventriculostomy: a review. *Surg Neurol*, 1997, 47, p. 210–212.
15. Siomin, V., Cinalli, G., Grotenhuis, A., et al. Endoscopic third ventriculostomy in patients with cerebrospinal fluid infection and/or hemorrhage. *J Neurosurg*, 2002, 97, p. 519–524.



1. zobrazení PSIF – anatomický průchodný akvedukt, bez toku



2. po operaci – akvedukt bez toku, patrný flow void ve spodně III. komoře do prepontinní cisterny



Breastfeeding Briefs

No 42-43, 2007

OD ROKU 2008 BUDOU BREASTFEEDING BRIEFS DOSTUPNÉ POUZE
V ELEKTRONICKÉ VERZI NA
www.ibfan.org

Nové růstové standardy WHO¹

Na začátku 90. let se jasně ukázalo, že růstové grafy doporučené Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization – WHO) a přijaté v mnoha zemích jsou nedostačující. Grafy byly vytvořeny v USA Národním centrem pro zdravotnickou statistiku (U.S. National Centre for Health Statistics – NCHS) na základě kombinace různých populačních vzorků dětí v Severní Americe. Byla vyvolána diskuse, protože měření byla provedena v širokých věkových intervalech a techniky, které byly použity ke konstrukci křivek, mezitím zastaraly.^{2,3} Avšak nejdůležitějším důvodem pro nové růstové křivky bylo zjištění, že většina kojenců z referenčního souboru NCHS byla od narození uměle živena. V prvních letech života se růst těchto dětí výrazně odlišuje od růstu zdravých kojených dětí. Zvláště váhový přírůstek uměle živěných dětí, který začíná kolem 3.–4. měsíce věku, je mnohem rychlejší než váhový přírůstek kojených dětí. Pokud jsou kojené děti posuzovány podle grafů NCHS, často se zdá, že od tohoto věku neprospívají. Tady vzniká problém, protože striktní interpretace grafů rodiči a zdravotníky často vede k rozhodnutí zavést dokrm k mateřskému mléku za účelem dosažení rychlejšího váhového přírůstku. Důsledky zavedení umělé výživy jsou dobře známy: kojení je omezeno a často zcela ukončeno a kojenci a matky jsou nadále ochuzeni o mnoho výhod spojených s kojením. V zemích s nízkými a středními příjmy může toto rozhodnutí souviset s úmrtím nebo přežitím dítěte.² Ukázalo se tedy jasně, že používáme růstové křivky, které jsou potenciálně nebezpečné.

Stal jsem se členem skupiny odborníků pořádané WHO za účelem řešení této otázky. Zvolili jsme radikálně odlišný přístup. Dosavadní grafy byly založeny na *deskriptivním* přístupu, t.j. byl získán reprezentativní soubor dětí, jejich růst byl popsán a ostatní děti pak byly hodnoceny podle těchto referenčních údajů. Zvolili jsme raději *normativní* přístup, který by popisoval, „jak mají děti růst“. Nejdříve jsme definovali, které charakteristiky jsou nezbytné k dosažení plného biologického růstového potenciálu dítěte, abychom na jejich základě vytvořili křivky na souboru dětí, které splňují tato kritéria. Tyto charakteristiky byly následující: dítě musí být kojeno podle mezinárodních doporučení; domácí prostředí nesmí omezovat růst dítěte z hlediska sociálního a fyzického; dítě musí být narozeno v termínu jako jediné dítě; matka nesmí kouřit a dítě nesmí trpět závažným onemocněním, případně jeho následky. Na rozdíl od referenčních údajů NCHS pořízených v jedné zemi jsme chtěli v našem souboru vytvořit etnickou rozmanitost. Vycházeli jsme z předpokladu, že v příznivých socioekonomických podmínkách s optimální výživou a za nepřítomnosti závažného onemocnění a kuřáctví matky je růst dětí velmi podobný bez ohledu na etnický původ nebo geografické umístění. Multicentrická růstová referenční studie WHO (WHO Multicentre Growth Reference Study – MGRS) proto zahrnovala děti z šesti různých zemí:

Brazílie, Ghany, Indie, Norska, Ománu a USA. Studie byla provedena v letech 1997 až 2003 a zahrnovala přibližně 8500 dětí. Byly použity rigorózní postupy k zajištění jednotného postupu při výběru populačního vzorku, sběru dat a antropometrickém měření ve zmíněných šesti oblastech. Studie byla koncipována jako kombinace longitudinální studie od narození do 24 měsíců a průřezové studie u dětí ve věku 18–71 měsíců. V longitudinální studii byli matky a novorozenci vybráni do studie, vyšetřeni po porodu a navštíveni v domácnosti celkem 21krát – v 1., 2., 4. a 6. týdnu, každý měsíc mezi 2. a 12. měsícem a každý druhý měsíc ve druhém roce. Byly také hodnoceny milníky psychomotorického vývoje dítěte. Podrobný popis těchto metod je dostupný v publikacích³ a na webových stránkách studie, kde jsou volně dostupné všechny publikace související se studií a antropometrický software (www.who.int/child_growth).

První soubor růstových standardů WHO pro děti byl zveřejněn na začátku roku 2006. Byl již přijat několika zeměmi, včetně Brazílie a Indie. Byly také zveřejněny milníky psychomotorického vývoje. V porovnání se standardy NCHS ukazují nové standardy rychlý váhový přírůstek v prvních 3–4 měsících života, ale pomalejší přírůstek v pozdějším období. Doufejme, že se již nebude objevovat časné dokrmování a předčasné odstavování v souvislosti s předpokládaným růstovým neprospíváním u normálních kojených dětí. Nové standardy zahrnují kromě hmotnosti podle věku a tělesné délky/výšky podle věku dva soubory křivek pro hmotnost ve vztahu k tělesné délce/výšce. První je tradiční diagram, ve kterém je vyznačena hmotnost dítěte ve vztahu k jeho tělesné délce/výšce. Druhý je inovační graf indexu tělesné hmoty (BMI) podle věku. Doposud byl BMI používán u adolescentů a dospělých, nikoliv u dětí. V porovnání s dosavadními referenčními daty povedou nové standardy k častějšímu diagnostikování nadváhy a obezity, protože soubory kojených dětí jsou lehčí a více homogenní, a proto hranice pro nadváhu bude postavena níže. Co se týká lineárního růstu, průměrná tělesná délka/výška dětí v novém standardu je podobná jako u referenčního souboru NCHS, ale protože jsou standardy více homogenní a jejich směrodatné odchylky užší, bude více dětí klasifikováno jako zaostávajících v růstu.

¹ Guest editor: Dr. Cesar G. Victora, Universidade Federal de Pelotas, Brazil.

² WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000;355:451–5.

³ De Onis, Garza C, Victora CG, Bhan MK, Norum K. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning, and implementation. *Food Nutr Bull* 2004;25(Suppl):1–89.

PŘECHETLI JSME ZA VÁS

Každá studie má svá omezení. Naším hlavním nedostatkem je, že křivky končí ve věku pěti let. WHO vyvíjí další snahy o vytvoření křivek pro starší děti a adolescenty. Další kroky povedou k rozšíření standardů pro kožní řasy (triceps, subskapulární), obvody hlavy a paží a BMI. Tyto standardy budou užitečné pro monitorování narůstající prevalence dětské obezity, která se dotýká většiny zemí světa. Standardy pro růstovou rychlost jsou také připravovány a měly by umožnit časnou detekci zastávání růstu a nadměrného hmotnostního přírůstku.

Nové standardy budou mít velký dopad na společenství kojících matek a dětí. Normativní přístup považuje kojení za normu pro růst kojence a dítěte. Růstové vzorce kojenečských dětí, které rovněž splnily ostatní vstupní kritéria studie, byly pozoruhodně podobné v šesti výzkumných lokalitách.⁴ To znamená, že děti z Indie a Norska nebo z Brazílie a Ománu přibývaly na váze a délce přibližně stejným tempem. Ukazuje se, že s definicí normativních kritérií pro růst kojence se nám podařilo nastínit optimální růstový vzorec pro lidský druh. I když dítě nebude kojeno, jeho růst bude posuzován podle kojenečských dětí.

Je pravděpodobné, že zmíněné kroky budou mít významné důsledky pro aktuální zdravotní stav a přežití dítěte, protože pravděpodobně dojde k omezení předčasného odstavování. Přibývá důkazů o tom, že kojení může přispívat k prevenci některých chronických onemocnění u dospělých, včetně nadváhy/obezity, diabetu, hypertenze a zvýšených krevních lipidů⁵. Prostřednictvím prosazování kojení a zdravého růstu v kojeneckém a dětském věku mohou také nové standardy WHO přispět ke zdraví v dospělosti.

⁴ WHO Multicentre Growth Reference Study Group, de Onis M. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr* 2006;95(suppl. 450):56–65.

⁵ Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.

Výzvy při uplatňování nových růstových standardů WHO⁶

Nové růstové standardy WHO znamenají významný pokrok v porovnání se staršími referenčními údaji NCHS, což jasně vysvětlil Cesar Victora výše. Jejich přijetí a zavedení v jednotlivých zemích však může přinášet několik výzev:

- Každá inovace naráží na odpor: kromě možné negativní odpovědi ze strany zdravotníků v primární péči mohou být nové růstové standardy WHO odmítány zdravotnickými autoritami a profesními asociacemi na národní úrovni, zvláště těmi, které samy vyvinuly a přijaly vlastní standardy založené na lokálních studiích.
- Každá inovace přináší finanční náklady: kdo zaplatí tisk a distribuci nových grafů a souvisejících materiálů, které by měly nahradit současně široce používané grafy? Bude tato investice, včetně nákladů na kvalitní proškolení, považována za prioritu v zemích s omezeným rozpočtem a výdaji na zdravotnictví? Budou náklady dostatečně zdůvodněny očekávanými výhodami?
- Výměna růstových standardů vyžaduje proškolení: manuál WHO je již dostupný na webových stránkách (www.who.int/childgrowth), ale další školení by mělo kromě manuálu zahrnovat také plánování, management, lokality, materiály, školení školitelů, zajištění kvality, klinickou praxi, supervizi, monitoring, hodnocení, aktualizaci kurzů a náklady.
- Posun od jednoho typu grafů k jinému může vést ke zmatení: zdravotníci a rodiče mohou být zmateni v období přechodu k novým růstovým standardům WHO také kvůli jejich složitosti. Pro mnoho zdravotníků v primární péči je již teď interpretace růstu, např. růstové rychlosti, při používání referenčních údajů NCHS nebo národních referenčních dat složitým úkolem. Monitorování růstu se může stát pro

mnohé zdravotníky nezvladatelným úkolem, protože budou mít k dispozici ještě více křivek a zvláště nové a dříve nepoužívané křivky, např. pro BMI.

* Riziko nadužívání dokrmu kojeneckou mléčnou výživou: nové růstové standardy, byť v rukou kompetentních profesionálů a poučených rodičů, mohou přitáhnout příliš mnoho pozornosti. Zdravotníci a rodiče mohou vycházet při svém rozhodování o výživě kojence spíše ze současně používané hmotnosti a délky/výšky než z jiných proměnných. A protože výlučně kojenečské děti vykazují rychlejší růstové přírůstky v prvních šesti měsících v porovnání s referenční populací, zdravotníci a rodiče, kteří pečují o děti v této věkové skupině, které rostou pomaleji, než se očekává (t.j. spíše jako referenční než standardní kojenci), mohou být v pokušení zbytečně předepisovat nebo používat dokrm kojeneckou mléčnou výživou. To se může stát zvláště tehdy, když je růst jediným ohniskem pozornosti zdravotníka nebo rodiče na rozdíl od komplexního přístupu ke zdraví, výživě a správnému zvládnutí laktace s pomocí laktčního poradenství.

Výrobci a distributoři náhrad mateřského mléka budou pravděpodobně připraveni využít této příležitosti ve svůj prospěch. My, kteří máme zájem na ochraně kojení, budeme muset myslet na toto riziko a zasáhnout, když bude potřeba.

Je proto nanejvýš významné, aby jednotlivé země zvážily používání nových standardů WHO a vytvořily komplexní strategii jejich uvedení do praxe, včetně rozpočtu, který bude zahrnut do národního plánu, politiky a strategií, které se týkají zdraví dítěte.

⁶ Comments by Breastfeeding Briefs editors, Dr. Adriano Cattaneo and Dr. Maria Rea.

Breastfeeding Briefs, No. 42–43, 2007, GIFA/IBFAN

(Geneva Infant Feeding Association/International Baby Food Action Network)

editoři: Dr. Adriano Cattaneo a Dr. Marina Rea

Překlad: MUDr. Dagmar Schneiderová, CSc. Ústav zdraví dětí a mládeže 3. lékařská fakulta UK v Praze

RŮST A MONITOROVÁNÍ RŮSTU

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Ref. Study (Kojení v multicentrické referenční růstové studii WHO). *Acta Paediatr* 2006;95(Suppl 450):16–26

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary Feeding in the WHO Multicentre Growth Ref. Study (Příkrm v multicentrické referenční růstové studii WHO). *Acta Paediatr* 2006; 95(Suppl 450):27–37

Do studie bylo zahrnuto 1743 novorozenců, z nichž 903 (52 %) se zúčastnilo dalšího sledování. Tři čtvrtiny (75 %) kojenců byly výlučně/převážně kojeny (EBF/PBF) po dobu alespoň 4 měsíců, téměř 100 % dostalo příkrm (CF) do 6 měsíců věku a 68 % bylo částečně kojeno do věku 12 měsíců. Compliance se lišila v různých lokalitách (nejnižší v Brazílii, nejvyšší v Ghaně) podle počáteční úrovně kojení a socio-kulturních charakteristik. Medián frekvence kojení u kojenců, kteří byli dále sledováni, byl 10, 9, 7 a 5 krmení během dne v 3, 6, 9 a 12 měsících. Matky, které byly dále sledovány, byly méně často zaměstnány, častěji měly vaginální porod a méně z nich byly primipary. Příkrm byl zahájen v průměrném věku 5,4 měsíců (rozmezí: 4,8 Omán – 5,8 Ghana). Příjem doplňkové stravy narůstal ze 2 jídel/den v 6 měsících do 4–5 jídel ve druhém roce, v opačném trendu k frekvenci kojení. Celkový příjem z obou zdrojů byl 11 jídel/den v 6–12 měsících, ve 24 měsících klesl na 7 jídel/den. Rozdíly mezi lokalitami v celkové frekvenci jídel byly hlavně způsobeny kolísáním frekvence kojení. Obiloviny byly nejběžnější používanou potravinovou skupinou v porovnání s ostatními potravinovými skupinami, které se více lišily v jednotlivých lokalitách v souvislosti s kulturními faktory, např. nízká spotřeba masa v Indii. Používání obohacených potravin a potravinových doplňků se také lišilo podle praxe v jednotlivých lokalitách. Výživová pestrost se minimálně lišila ve sledovaných skupinách a lokalitách.

Onayade AA, Abiona TC, Abayomi IO, Makanjuola RO. The first six months growth and illness of exclusively and non-exclusively breastfed infants in Nigeria (Růst a onemocnění u výlučně a částečně kojenců v prvních šesti měsících v Nigérii). *East Afr Med J* 2004;81:146–53

Cílem studie bylo porovnat růst a nemocnost kojenců, kteří byli výlučně kojeni po dobu 6 měsíců s kojenci, u kterých byl zaveden příkrm před 6. měsícem, a zjistit důvody pro časný zavedení příkrmu. Bylo sledováno 352 matek s dětmi s normální porodní hmotností prostřednictvím vážení a zaznamenávání nemoci každý měsíc. V 6 měsících bylo 264 dětí (77 %) výlučně kojeno, 45 dětem (13 %) byl zaveden příkrm mezi věkem 4 a 6 měsíců a 36 dětem (10 %) byl zaveden příkrm před věkem 4 měsíců. Kojenci, kteří byli výlučně kojeni po dobu 6 měsíců měli medián hmotnosti nad 50. percentilem podle referenčních dat WHO/NCHS. Průměrná hmotnost těchto dětí v 6 měsících byla vyšší než u dětí, kterým byl zaveden příkrm před 6. měsícem. Měly také méně symptomů a epizod onemocnění. Došlo se k závěru, že výlučné kojení podpořilo adekvátní růst během prvních 6 měsíců života u většiny sledovaných kojenců. Časný zavedení příkrmu neposkytlo žádné výhody ve smyslu váhového přírůstku a bylo častěji spojeno s epizodami onemocnění a opožďováním v růstu. Mnoho matek však potřebuje podporu, povzbuzení a přístup k poskytovatelům zdravotní péče, aby výlučně kojily po dobu prvních 6 měsíců.

Kalanda BF, Verhoeff FH, Brabin BJ. Breast and complementary feeding practices in relation to morbidity and growth in Malawian infants (Praxe kojení a příkrmování ve vztahu k nemocnosti a růstu u kojenců v Malawi). *Eur J Clin Nutr* 2006; 60:401–7

Tato studie porovnávala růst, nemocnost a rizikové faktory podvýživy v chudé vesnické komunitě mezi kojenci, kteří dostali příkrm brzy, před 3. měsícem věku, s kojenci, kteří dostali příkrm až po 3 měsících věku. Kohorta dětí byla vybrána do studie po porodu a dále sledována do 12 měsíců věku. Byla zaznamenávána hmotnost, délka, nemocnost a způsob výživy ve čtyřtýdenních intervalech od porodu do 52 týdnů. Průměrný věk při podání vody byl 2,5 měsíce (rozmezí 0 – 11,8), příkrmu 3,4 měsíce (rozmezí 1,0 – 10,7) a pevné stravy 4,5 měsíce (rozmezí 1,2 – 13,8). Více než 40 % kojenců dostalo příkrm do 2 měsíců a 65 % do 3 měsíců. Podíl výlučně kojenců, včetně těch, kteří dostávali vodu, činil 13 % ve 4 měsících, 6 % v 5 měsících a 2 % v 6 měsících. Kojenci s časným příkrmem měli nižší hmotnost ve vztahu k věku ve 3, 6 a 9 měsících. Časný příkrm byl významně spojen se zvýšeným rizikem respiračních infekcí a hraničně zvýšeným rizikem oční infekce a epizod malárie. Negratnost matky souvisela s časným zavedením příkrmu, zatímco pozdější zavedení příkrmu souviselo s nižší nemocností kojenců a lepším růstem.

Wells JC, Hallal PC, Wright A, Singh al A, Victora CG. Fetal, infant and childhood growth: relationship with body composition in Brazilian boys aged 9 years (Růst ve fetálním, kojeneckém a dětském věku: souvislost s tělesnou stavbou u 9letých brazilských chlapců). *Int J Obes* 2005;29:1192–8

Tato studie testovala hypotézy, které předpokládaly, že porodní hmotnost a hmotnostní přírůstek v kojeneckém a dětském věku budou souviset s pozdější tělesnou stavbou, u 172 brazilských chlapců, kteří byli longitudinálně sledováni od porodu. Růst byl posuzován prostřednictvím měření hmotnosti a výšky po porodu, v 6 měsících, 1 roce a ve 4 letech. Měření v 9 letech zahrnovala výšku, hmotnost a tělesnou stavbu. Výsledky ukázaly, že časný rychlý hmotnostní přírůstek zvýšil riziko pozdější obezity, ale ne prostřednictvím přímého efektu na množství tuku. Hmotnostní přírůstek v dětském věku byl dominantním rizikovým faktorem pro pozdější obezitu. Zjištěná vazba mezi časným růstem a pozdější obezitou může být částečně vysvětlena hormonálním programováním a částečně tělesnou hmotou ve vztahu k indexům obezity založeným na hmotnosti a výšce.

Sachs M, Dykes F, Carter B. Feeding by numbers: an ethnographic study of how breastfeeding women understand their babies' weight charts (Krmení podle čísel: etnografická studie jak kojící ženy rozumějí hmotnostním křivkám svých dětí). *Int Breastfeed J* 2006; 1:29

Vášení kojených dětí bylo poněkud kontroverzním tématem vzhledem k tomu, že předchozí mezinárodní růstové grafy byly převážně založeny na údajích o uměle živěných kojencích. Obava, že zdravotníci mohou být chybně vedeni grafy k tomu, aby matkám doporučovali dokrm, který není nutný, byla hlavním podnětem pro WHO, aby investovala do nových růstových grafů. Důkazy o interpretaci v praxi byly nedostatečné. Tato etnografická studie byla provedena v severozápadní Anglii za účelem prozkoumání této otázky. V první etapě byly pozorovány ženy a zdravotníci na dětské klinice během klinického sezení a skupinových setkání na podporu kojení. Ve druhé etapě byla prove-

PŘECHETLI JSME ZA VÁS

dena longitudinální interview se 14 ženami. S každou ženou bylo provedeno interview třikrát v prvních 6 měsících po porodu dítěte, celkem bylo provedeno 35 interview. Matky a zdravotníci se zaměřovali na hmotnostní přírůstek a časté vážení, přičemž zjevně věnovali pozornost i malým výkyvům zaznamenané křivky. Ženy považovaly za důležité, aby zajistily, že hmotnost dítěte bude sledovat určitý percentil s tím, že preferovaly 50. percentil. Následné intervence zahrnovaly podávání mléčné výživy a příjmu a změny ve výživě a pitném režimu matky. Ženy také popisovaly to, jak se obávají o hmotnost svého dítěte. Bylo pozorováno pouze málo efektivní pomoci s technikami kojení ze strany zdravotníků. Děti byly váženy častěji, než se oficiálně doporučuje, vážení a zaznamenávání měření do grafu bylo jádrem každé klinické návštěvy. Vyznačená hmotnostní křivka měla mocný vliv na to, jak se ženy i zdravotníci dívali na dostatečnost kojení. Zdálo se, že považují za významnější pravidelný vývoj hmotnostního přírůstku podle percentilů v grafu než pokračující a výlučné kojení. Takže vážení a zaznamenávání hmotnosti do grafu probíhalo pod bedlivým lékařským dohledem s tím, že se matky aktivně podílely na sledování svých dětí. Intervence ze strany matek a zdravotníků byly zaměřeny na zvýšení hmotnostního přírůstku spíše než na zlepšení účinnosti kojení. Je třeba zlepšit školení pro zdravotníky v technikách vážení, hodnocení růstových vzorců – zvláště u kojených dětí – a v poskytování informací ženám, pokud má praxe rutinního monitorování hmotnosti spíše podpořit než ohrožovat kojení.

Weaver LT. Rapid growth in infancy: balancing the interests of the child (Rychlý růst v kojeneckém věku: zvažování zájmů dítěte). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:428–32

Nízká porodní hmotnost je spojena s řadou okamžitých nepříznivých důsledků, a proto se předpokládá, že „dohonění“ růstu (catch-up growth) je „dobrá věc“, protože „lepší“ výživový stav dítěte je spojen s lepším zdravotním stavem a přežitím dítěte. Stejný způsob uvažování se týká kojenců, kteří trpí podvýživou a opožďováním v růstu během odstavení. Poslední studie ukazují, že rychlý postnatální růst dětí je spojen se zvýšeným rizikem obezity, diabetu a osteopenie v pozdějším věku. Pokud je to pravda, bude to mít dopad na naše doporučení týkající se výživy kojenců. Poznatky z evoluční biologie, teorie životního cyklu, chovu dobytka a srovnávací zoologie vedou k doporučení, aby krmení kojenců s nižší hmotností zaměřené na energetický příjem bylo přehodnoceno v kontextu celoživotního cyklu a byl vyvažován zájem o aktuální stav dítěte s potenciálními riziky v dospělosti. Než přehodnotíme současná doporučení, musíme zvážit význam dohonění růstu, co to znamená ve vztahu k získané tkáni (tukové, svalové, kostní), a příčinnou souvislost zjištěného vztahu. Mezitím budeme opatrně vyvažovat krátkodobé a dlouhodobé zájmy dítěte a zaměříme se na: 1) optimalizaci výživy a zdraví matky s cílem minimalizovat riziko nízké porodní hmotnosti; 2) kojení podle doporučení WHO; 3) zhodnocení porodní hmotnosti, gestace a budoucího „výživového prostředí“ při rozhodování o výživě kojence; 4) používání vhodných růstových grafů; 5) omezení nadměrného postnatálního hmotnostního přírůstku; 6) zvážení celého životního cyklu; a 7) budeme opatrně extrapolovat ze studií na zvířatech.

Proč kojit

VIRUS LIDSKÉHO IMUNODEFICITU (HIV)

Coovadia HM, Rollins NC, Bland RM *et al.* Mother- to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study (Přenos HIV-1 infekce z matky na dítě během výlučného kojení v prvních 6 měsících života: intervenční kohortová studie). *Lancet* 2007; 369: 1107–16

Tato studie hodnotila riziko přenosu HIV a přežití spojené s výlučným kojením a ostatními typy kojenecké výživy u 2722 HIV pozitivních a negativních těhotných žen, které navštěvovaly předporodní kliniku

v KwaZulu Natal v JAR a byly vybrány do nerandomizované kontrolované studie. Údaje o výživě kojenců byly zjišťovány od matek každý týden a dětem byly odebírány krevní vzorky jednou za měsíc na klinikách za účelem zjištění stavu HIV infekce. Bylo hodnoceno riziko přenosu v 6 a 22 týdnech věku a závislost mezi faktory ze strany matky a dítěte. 1132 ze 1372 (83 %) kojenců, kteří se narodili HIV pozitivním matkám, zahájilo výlučné kojení po porodu. Kompletní údaje o výživě byly získány u 1276 kojenců: medián trvání výlučného kojení byl 159 dní; 14 % výlučně kojených kojenců bylo infikováno HIV do věku 6 týdnů a 20 % do 6 měsíců. Riziko významně souviselo s počtem buněk CD4 menším než 200 buněk/μl a porodní hmotností menší než 2500g. Odhadované riziko infekce v 6 měsících bylo 4 %. Kojené děti, které také dostaly přírůstek, měly 10x (1,5–78) vyšší pravděpodobnost, že se nakazí, než děti výlučně kojené; kojenci, kteří dostali ve 12 týdnech jak mateřské mléko, tak kojeneckou mléčnou výživu, měli téměř dvojnásobnou pravděpodobnost, že budou infikováni. Kumulativní 3měsíční úmrtnost u výlučně kojených dětí byla 6 % v porovnání s 15 % u dětí, které dostávaly kojeneckou mléčnou výživu. Vztah mezi kombinovaným kojením a zvýšeným rizikem přenosu HIV spolu s důkazem, že výlučné kojení může být podporováno u HIV pozitivních žen, zasluhuje revizi současných směrnic UNICEF, WHO a UNAIDS o kojenecké výživě (viz www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm).

Bland RM, Rollins NC, Coovadia HM, Coutoudis A, Newell ML. Infant feeding counselling for HIV-infected and uninfected women: appropriateness of choice and practice (Poradenství o kojenecké výživě pro HIV infikované a neinfikované ženy: přiměřenost volby a praxe). *Bull World Health Org* 2007;85:289–96

Cílem studie bylo zjistit záměry týkající se výživy kojenců u HIV infikovaných a neinfikovaných žen a přiměřenost jejich volby podle možností jejich domácností a určit, do jaké míry trvají na svých záměrech v prvním týdnu po porodu. 1253 HIV infikovaných těhotných žen bylo porovnáváno podle údajů o čtyřech zdrojích, které usnadňují náhradní výživu: čistá voda, dostatek paliva, přístup k chladničce a pravidelný příjem matky. Byla zdokumentována praxe spojená s krmením v prvním týdnu. Záměry matek ve vztahu k výživě kojence byly před porodem následující: 73 % uvedlo výlučné kojení (EBF); 9 % kojeneckou mléčnou výživu (FF) a 18 % matek nebylo rozhodnuto. Tři procenta žen, ze kterých 23 % volilo kojeneckou mléčnou výživu, měla přístup ke všem čtyřem zdrojům. 8 % ze skupiny matek, které si zvolily kojeneckou mléčnou výživu, mělo přístup ke všem čtyřem zdrojům. Čistý zdroj vody a pravidelný příjem matky nezávisle souvisely se záměrem používat kojeneckou mléčnou výživu. Významně více HIV infikovaných žen, které plánovaly výlučné kojení, spíše než kojeneckou mléčnou výživu, zůstalo u svého záměru v prvním týdnu (EBF 78 %; FF 42 %). Ze souboru 1238 HIV neinfikovaných žen 82 % plánovalo EBF; 2 % FF; a 16 % nebylo rozhodnuto. 75 % žen, které plánovaly EBF zůstalo po porodu u tohoto záměru a pouze 11 kojenců (< 1 %) nedostalo žádné mateřské mléko. Počet předporodních návštěv doma významně ovlivnil setrvání u původního záměru. Tyto výsledky ukazují, že většina HIV infikovaných žen neměla zdroje pro bezpečnou přípravu FF, a proto si zvolila správně EBF. Setrvání u původního záměru u HIV infikovaných žen bylo častější u těch žen, které si zvolily EBF v porovnání se ženami, které volily FF. Pokud bude matkám poskytováno přiměřené poradenství a podpora, bude vedlejší dopad nevhodných praktik kojenecké výživy na HIV negativní ženy minimální.

Rea MF, dos Santos RG, Sanchez – Moreno CC. Quality of infant feeding counselling for HIV+ mothers in Brazil: challenges and achievements (Kvalita poradenství o kojenecké výživě pro HIV+ matky v Brazílii: výzvy a úspěchy). *Acta Paediatr* 2007; 96: 94–9

Cílem tohoto projektu bylo posoudit informace a poradenství týkající se výživy kojence poskytované HIV+ matkám prostřednictvím průřezové studie postavené na 118 strukturovaných pozorováních návštěv matek v 15 zdravotních centrech pro HIV/AIDS v Sao Paulo. Celková

kvalita komunikace a poradenských dovedností byla dobrá: např. zdravotníci odpovíděli na všechny dotazy matek (98 %); udržovali oční kontakt (82 %); povzbuzovali matky k rozhovoru (77 %). Nicméně, informace, které byly matkám poskytnuty a jejichž cílem bylo pomoci matkám zvolit vhodný způsob výživy kojence, byly na velmi slabé úrovni. Např. žádná matka nebyla informována o alternativách kojenecké mléčné výživy (KMV) a nebezpečí kombinovaného krmení. Žádné matce nebyla nabídnuta možnost využít mléko z banky mateřského mléka. Pouze 20 % matek bylo řečeno, jak bezpečně připravovat KMV (matky byly častěji informovány o správném způsobu přípravy KMV od specialistů na výživu než od pediatrů). Nebyl zmíněn způsob krmení z hrníčku. I když měli zdravotníci dobré komunikační dovednosti, informace poskytnuté HIV+ matkám byly nedostatečné. Doporučení nekojit a poskytnutí KMV nemusí stačit k zajištění bezpečné praxe výživy kojence.

Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T. Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: „When they see me coming with the tins they laugh at me“ (Vliv epidemie HIV na výživu kojenců v Jižní Africe: „Když mne vidí přicházet s krabicemi, smějí se mi“). *Bull World Health Org* 2006;84:90–6

Tato kvalitativní studie vybrala podsoubor 40 žen z větší kohorty 650 HIV+ matek a provedla podrobná interview s cílem prozkoumat, jak epidemie HIV v Jižní Africe ovlivnila zkušenost HIV+ matek s výživou kojenců. Epidemie HIV změnila kontext, ve kterém dochází k volbě výživy kojence a jejího uplatnění v praxi. HIV+ matky v této studii, převážně mladé, svobodné a nezaměstnané, bojovaly o to, aby uchránily svá rozhodnutí. Nejistota ohledně bezpečnosti kojení zvýšila moc a vliv zdravotníků, kteří dnes působí jako strážci nových poznatků, ale také nezbytných zdrojů jako je kojenecká mléčná výživa. Strach z odhalení HIV stavu a stigmatu také oslabil schopnost matek odolávat rodinným a komunitním normám, které podporují časně zavádění tekutin a potravy a zpochybňují kojení. Ženy, které se rozhodnou pro umělou výživu, mají potíže se získáním kojenecké mléčné výživy kvůli nepružnému systému a nedostatku zásob ve zdravotnických zařízeních. Omezená podpora po porodu vede k sociální izolaci a k pochybnostem matek o svých schopnostech postarat se o své děti. Zkušenosti HIV+ matek týkající se výživy kojenců mají vážný dopad na efektivitu programů, které se snaží předcházet přenosu HIV z matky na dítě. Lepší porozumění tomu, jak HIV mění praxi výživy kojenců, může pomoci vypracovat intervence, které napomohou zlepšení poradenství v oblasti výživy kojenců a podpory matek po porodu.

Becquet R, Bequet L, Ekouevi DK et al for the ANRS 1201/1202 Ditrane Plus Study Group. Two-year morbidity-mortality and alternatives to prolonged breastfeeding among children born to HIV-infected mothers in Côte d'Ivoire (Nemocnost a úmrtnost v průběhu dvou let a alternativy k prodlouženému kojení u dětí narozených HIV infikovaných matkám na Pobřeží slonoviny.). *PLoS Med* 2007;4:e17

V období 2001–2005 dostaly těhotné ženy v Abidjanu antiretrovirovou profylaxi během porodu a byla jim před porodem předložena možnost následující volby výživy kojence: buď kojenecká mléčná výživa (KMV) nebo výlučné kojení s časným ukončením od 4 měsíců věku. V průběhu dvou let bylo ženám poskytnuto výživové poradenství a klinická péče. KMV jim byla poskytnuta zdarma. Byl sledován výskyt nepříznivých zdravotních ukazatelů definovaných jako validizované epizody onemocnění (průjem, akutní respirační infekce, podvýživa) nebo vážné události (hospitalizace nebo úmrtí). Mortalita v průběhu 18 měsíců byla také porovnána s mortalitou zjištěnou v předchozí studii provedené ve stejné lokalitě v letech 1995–1998, ve které bylo praktikováno dlouhodobé kojení bez nějaké specifické intervence. Z 557 živě narozených dětí, 262 (47 %) bylo kojeno (medián 4 měsíce) a 295 bylo uměle živeno. Po dobu dvouletého sledování, 37 % uměle živěných dětí a 34 % dětí kojených po omezenou dobu nemělo žádné nepříznivé zdravotní výsledky. Pravděpodobnost závažné události v průběhu dvou let byla stejná u uměle živěných dětí (14 %) a dětí kojených po omezenou dobu (15 %). Celková pravděpodobnost přežití po dobu 18 měsíců byla

96 % u obou skupin HIV neinfikovaných dětí – kojených po omezenou dobu a uměle živěných – a byla blízká 95 % pravděpodobnosti zjištěné u dlouhodobě kojených dětí v předchozí studii. Pokud by bylo dostupné přiměřené výživové poradenství a zdravotní péče, přístup k čisté vodě a dodávkám KMV, mohou být tyto alternativy k prodlouženému kojení bezpečnými intervencemi za účelem prevence přenosu HIV v městském prostředí Afriky.

Thior I, Lockman S, Smeaton LM et al for the Mashi Study Team. Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs. formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission in Botswana: a randomized trial: the Mashi Study (Kojení a profylaxe zidovudinem u kojence vs. umělá výživa a zidovudin u kojence po dobu 1 měsíce za účelem snížení přenosu HIV z matky na dítě v Botswaně: randomizovaná studie Mashi). *JAMA* 2006;296:794–805

Cílem studie bylo porovnat účinnost a bezpečnost dvou strategií kojenecké výživy z hlediska prevence postnatálního přenosu HIV z matky na dítě (MTC). 1200 HIV+ těhotných žen bylo náhodně vybráno pro intervence během porodu (jednorázová dávka nevirapinu vs. placebo) a pro intervence týkající se výživy kojenců po porodu (KMV vs. 6 měsíců kojení s jednoměsíční profylaxí zidovudinem). Kojenci byli vyšetřeni po porodu, 1x za měsíc do věku 7 měsíců, v 9 měsících, pak každý třetí měsíc až do věku 18 měsíců. Všechny matky dostaly zidovudin (300 mg per os dvakrát denně od 34. týdne gestace a během porodu). Výskyt infekce HIV během 7 měsíců byl 5,6 % (32 kojenců) ve skupině dětí živěných uměle (KMV) vs. 9,0 % (51 kojenců) ve skupině dětí kojených se zidovudinem. Kumulativní výskyt infekce HIV v 18 měsících byl 13,9 % (80 kojenců) u kojenců s KMV vs. 15,1 % (86 kojenců) u kojenců kojených se zidovudinem. Kumulativní kojenecká úmrtnost v 7 měsících byla významně vyšší u dětí s KMV než u dětí kojených se zidovudinem (9,3 % vs. 4,9 %), ale tento rozdíl se snížil po 7 měsících a vymizel do 18 měsíců. Kojení s profylaxí zidovudinem nebylo tak efektivní jako KMV v předcházení postnatálního přenosu HIV, ale bylo spojeno s nižší úmrtností v 7 měsících. Obě strategie mají srovnatelný dopad na přežití bez infikování HIV v 18 měsících. Tyto výsledky poukazují na riziko KMV pro kojence v subsaharské Africe a na potřebu dalších studií o alternativních strategiích.

Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Persson LA. A longitudinal qualitative study of infant-feeding decision making and practices among HIV-positive women in South Africa (Longitudinální kvalitativní studie o volbě a praxi kojenecké výživy u HIV pozitivních žen v Jižní Africe). *J Nutr* 2006;136:2421–6

Tato studie sledovala výzvy, s jakými se potýkají HIV+ ženy v různých etapách časně výživy kojence. Zkoumala faktory, které ovlivňují rozhodování a chování ve vztahu k výživě kojence a identifikovala charakteristiky ze strany žen a prostředí, které přispívaly k úspěšnému udržení výlučnosti způsobu kojenecké výživy (výlučné kojení – EBF nebo výlučné krmení KMV – EFF). Studie byla provedena ve třech lokalitách v Jižní Africe. Zúčastnilo se jí 27 žen, které byly testovány na HIV+ během předporodní péče a plánovaly buď výlučně kojit (EBF) nebo výlučně krmit své děti KMV (EFF). Se ženami bylo provedeno interview jednou před porodem a dále v 1, 4, 6, a 12 týdnech po porodu. Pouze necelá polovina žen, které začaly kojit, si udržela výlučné kojení a více než dvě třetiny žen, které zahájily krmení KMV, si udržely tento způsob výživy dítěte. Klíčové charakteristiky žen, které zachovaly zvolený výlučný způsob výživy, zahrnovaly schopnost odolat tlaku ze strany rodiny, co se týká zavedení tekutin, a schopnost vzpomenout si na klíčové poznatky o riziku přenosu HIV z matky na dítě ve vztahu ke kombinovanému krmení. U žen, které si udržely výlučné kojení, bylo zjištěno silné přesvědčení o výhodách kojení a také podpůrné domácí prostředí bylo významné. Ženám, které používaly KMV, usnadňovalo noční krmení to, že měly k dispozici elektrinu, kotlík a láhev. Podpora v otázkách výživy kojence nejen v předporodním období je důležitá k tomu, aby se matky vyrovnaly s novými výzvami a tlaky v kritickém časném poporodním období.

ENTEROBACTER SAKAZAKII

Drudy D, Mullane NR, Quinn T, Wall PG, Fanning S. Enterobacter sakazakii: an emerging pathogen in powdered infant formula (Enterobacter sakazakii: patogen objevující se v sušené kojenecké mléčné výživě). *Clin Infect Dis* 2006;42:996–1002

Enterobacter sakazakii (Es) se objevuje jako oportunní patogen spojený s vzácnými, ale život ohrožujícími případy meningitidy, nekrotizující enterokolitidy a sepse u nedonošených a donošených kojců. Kojenci mladší 28 dnů jsou považováni za nejrizikovější skupinu. Krmení sušenou kojeneckou mléčnou výživou (SKMV) bylo považováno za příčinu v několika klinických případech. Kojenci by měli být výlučně kojeni prvních 6 měsíců života a ti, kteří nejsou kojeni, by měli dostat vhodnou náhradu MM. SKMV není sterilní výrobek, proto ve snaze minimalizovat riziko infekce by měli pečovatelé používat při přípravě SKMV správná hygienická opatření v souladu s nejnovějšími směrnici WHO

(viz www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_2007/en/).

Bowen AB, Braden CR. Invasive Enterobacter sakazakii disease in infants (Onemocnění u kojců způsobená invazivním Enterobacterem sakazakii). *Emerg Infect Dis* 2006;12:1185–9

Es usmrcuje 40% – 80% infikovaných kojců a je dáván do souvislosti se sušenou kojeneckou mléčnou výživou (SKMV). Tato studie analyzovala 46 případů invazivní infekce Es u kojců za účelem definování rizikových faktorů, prevence a léčby. 12 kojců mělo bakteriémií, 33 meningitidu a 1 infekci močového traktu. Kojenci s meningitidou měli větší porodní hmotnost (2454 g vs. 850 g) a delší gestační věk (37 týdnů vs. 27,8 týdnů) než kojenci s izolovanou bakteriémií a infekce se vyvinula dříve (6 dní vs. 35 dní). Ve skupině pacientů s meningitidou mělo 11 (33%) záchvaty, 7 (21%) mozkový absces a 14 (42%) zemřelo. 24 (92%) z 26 kojců, jejichž způsob výživy byl zjištěn, byli krmeni SKMV. Vzorky SKMV souvisely s 15 (68%) z 22 případů, u kterých byl zjištěn Es; ve 13 případech byly kmeny prokázány klinicky a v SKMV nerozeznatelné.

PRŮJMY A AKUTNÍ RESPIRAČNÍ INFEKCE

Quigley MA, Cumberland P, Cowden JM, Rodrigues LC. How protective is breast feeding against diarrhoeal disease in infants in 1990s England? A case – control study (Jakou ochranu poskytuje kojení proti průjmům a akutní respirační infekci u kojců v Anglii 90. let? Studie případů a kontrol). *Arch Dis Child* 2006;91:245–50

Cílem studie bylo posoudit efekt několika opatření ve vztahu k výživě kojenice na průměrnou onemocnění (PO) a zda tento efekt souvisel s ukazateli sociální deprivace. 167 kojců s PO, kteří navštívili 34 ordinací praktických lékařů v Anglii, bylo klasifikováno podle věkové skupiny, indexu deprivace podle oblasti a podle toho, zda se ordinace praktického lékaře nacházela v Londýně. Sledovaní kojenci pak byli porovnání se 137 kontrolními kojenci. Poté, co byl vyloučen vliv matoucích faktorů, bylo zjištěno, že kojení bylo významně spojeno s nižším výskytem PO. Závislost byla překvapivě zjištěna i u kojců starších než 6 měsíců. Odchylyk nesouvisely se sociální třídou, ale byly vyšší u kojců, kteří žili v pronajatých obecních bytech a v hustěji obydlených domácnostech. Negativní efekt související s tím, že kojenci nedostali žádné MM a nebyli výlučně kojeni, byl větší v oblastech s vyšší sociální deprivací. Kojenci, kteří dostávali KMV a jejichž lahve a savičky nebyly sterilizovány, měli významně častěji PO. Protektivní efekt kojení přetrvával pouze dva měsíce po ukončení kojení.

Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children (Délka plného kojení a s ní spojený pokles infekcí respiračního traktu u dětí v USA). *Pediatrics* 2006;117:425–32

Cílem této studie bylo objasnit, zda plné kojení (výlučné a převažující) po dobu 6 měsíců poskytuje větší ochranu proti infekcím respiračního traktu (IRT) v porovnání s kojením po dobu 4–6 měsíců. Byly analyzovány údaje z 3. národního zdravotního a výživového průzkumu

(National Health and Nutrition Examination Survey III), reprezentativní průřezové studie provedené v domácnostech v letech 1988–1994. Byly porovnány údaje o 2277 dětech ve věku 6–24 měsíců, které byly rozděleny do pěti skupin podle stavu kojení. Kojenci, kteří byli plně kojeni po dobu 4–6 měsíců (n=223), měli větší riziko pneumonie než kojenci, kteří byli plně kojeni po dobu 6 měsíců (n=136) (6,5 % vs. 1,6 %). Nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly u případů nachlazení nebo chřipky (45 % vs. 41 %), sípavého kašle (23 % vs. 24 %), zánětu středouší (27 % vs. 20 %) nebo prvního zánětu středouší v prvních 12 měsících věku (49 % vs. 47 %). Po zohlednění demografických proměnných, péče o dítě a expozice kouři se v analýze ukázalo statisticky významně vyšší riziko pneumonie a 3 a více epizod zánětu středouší u kojců, kteří byli plně kojeni po dobu 4–6 měsíců v porovnání s kojenci, kteří byli kojeni 6 měsíců. Tyto výsledky podporují současné doporučení, které říká, že kojenci by měli dostat pouze MM v prvních 6 měsících života.

Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study (Kojení a hospitalizace pro průjemové a respirační infekce v kohortové studii milénia v UK). *Pediatrics* 2007; 119:e837–e842

Cílem této studie bylo změřit efekt kojení ve vztahu k hospitalizaci kvůli průměrným a respiračním onemocněním v prvních 8 měsících po porodu. Byly zjištěny údaje o výživě, zdraví kojenice a řada souvisejících faktorů u 15890 zdravých donošených kojců narozených jako jediné dítě v letech 2000–2002. Hlavní sledovanou proměnnou byly výpovědi rodičů o hospitalizaci kvůli průměrným onemocněním (PO) a infekcím dolních cest dýchacích (IDCD). 70 % kojců zahájilo kojení, 34 % dostávalo MM po dobu alespoň 4 měsíců a 1,2 % byla výlučně kojena po dobu alespoň 6 měsíců. V prvních 8 měsících věku bylo hospitalizováno 12 % kojců (1,1 % pro PO a 3,2 % pro IDCD). Data byla analyzována podle měsíce věku a kontrolována z hlediska souvisejících faktorů a výsledky ukázaly, že výlučné kojení chránilo před hospitalizací pro PO a IDCD. Efekt částečného kojení byl slabší. Podle odhadu mohlo být zabráněno každému měsíci prostřednictvím výlučného kojení 53 % hospitalizací pro PO a 31 % prostřednictvím částečného kojení. Podobně mohlo být každému měsíci zabráněno 27 % hospitalizací pro IDCD výlučným kojením a 25 % částečným kojením. Protektivní účinek kojení ve vztahu ke sledovaným ukazatelům se vyčerpal brzy po ukončení kojení. Nárůst prodlouženého výlučného kojení na populační úrovni by mohl přinést významný potenciální efekt pro veřejné zdraví.

VÝVOJ DÍTĚTE

Gibson-Davis CM, Brooks-Gunn J. Breastfeeding and verbal ability of 3-year-olds in a multicounty sample (Kojení a verbální schopnost 3letých dětí v souboru z více měst). *Pediatrics* 2006;118:1444–51

Tato studie analyzovala dopad verbální schopnosti matky a jejího vzdělání na vztah mezi kojením a kognitivními funkcemi dítěte na souboru 1645 matek narozených v Americe v longitudinální kohortové studii zahájené po porodu. Matky byly rozděleny do jedné ze tří skupin podle vzdělání: bez maturity, s maturitou a vyšší než střední vzdělání. Při porovnání bez zohlednění souvisejících faktorů bylo zjištěno, že kojené děti měly skóre verbální schopnosti o 6,6 bodů vyšší než děti nekojené. Po zohlednění demografických charakteristik a verbální schopnosti matky klesl koeficient na 1,72. Skóre verbálních schopností dětí matek se vzděláním vyšším než středním byly o 2,2 bodů vyšší u kojených dětí. Mezi skupinami matek s maturitou a nižším vzděláním nebyly zjištěny významné rozdíly ve skórech verbálních schopností dětí. Tyto výsledky byly podobné u bílých, černých a hispánských dětí. Prospěšný efekt kojení na kognitivní vývoj dětí se může objevit pouze v případě pozitivního chování rodičů. Výhody kojení nemohou být pouze přičítány výhodnějšímu obsahu živin v MM.

Der G, David Batty G, Deary IJ. Effect of breastfeeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis (Vliv kojení na inteligenci dětí: prospektivní studie, párová analýza u sourozenců a meta-analýza). *BMJ* 2006;333:945–50

Cílem studie bylo posoudit význam inteligence matky a vliv jejího zhodnocení spolu s dalšími souvisejícími faktory na vztah mezi kojením a inteligencí dítěte. Byly analyzovány údaje o 5475 dětech od 3161 matek v Americké národní longitudinální studii na dětech v roce 1979. Další analýzy porovnávaly páry sourozenců ze sledovaného souboru, kteří byli a nebyli kojeni. IQ matky více predikovalo kojení než její rasa, vzdělání, věk, stav chudoby, stav kouření, domácí prostředí nebo porodní hmotnost a pořadí narození dítěte. Jedna směrodatná odchylka ve prospěch IQ matky více než zdvojnásobila pravděpodobnost kojení. Před zohledněním souvisejících faktorů souviselo kojení s nárůstem asi 4 bodů mentální schopnosti. Zohlednění inteligence matky vysvětlilo většinu tohoto efektu. Po úplném zohlednění řady relevantních souvisejících faktorů byl efekt malý a nevýznamný. Výsledky porovnání sourozenců a meta-analýza podpořily tyto výsledky. Přestože má kojení mnoho výhod pro matku a dítě, zvýšení inteligence dítěte mezi ně pravděpodobně nepatří.

DIABETES

Owen CG, Martin RM, Whincup CH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence (Ovlivňuje kojení riziko diabetu 2. typu v pozdějším životě? Kvantitativní analýza publikovaných důkazů). *Am J Clin Nutr* 2006;84: 1043–54

Cílem této systematické přehledové studie bylo prověřit vliv kojení na diabetes 2. typu a koncentrace glukózy a inzulínu v krvi. 23 z 1010 publikovaných studií zjišťovalo vztah mezi výživou kojence a diabetem 2. typu v pozdějším životě nebo rizikovými faktory diabetu. Rizikové faktory u kojenců byly zjišťovány odděleně od RF u dětí a dospělých. Jedinci, kteří byli kojeni, měli o 39% nižší riziko diabetu 2. typu v pozdějším životě než ti, kteří byli uměle živeni (7 studií, 76744 zkoumaných jedinců). Děti a dospělí bez diabetu, kteří byli kojeni, měli hraničně nižší koncentrace inzulínu na lačno než ti, kteří byli uměle živeni (6 studií; 4800 zkoumaných jedinců). Nebyl pozorován rozdíl v koncentracích glukózy na lačno. Kojení kojenci měli nižší průměrnou hladinu glukózy v krvi na lačno (12 studií; 560 zkoumaných jedinců) a koncentrace inzulínu (7 studií; 291 zkoumaných jedinců) než kojenci uměle živeni.

NÁKLADY SPOJENÉ S „NEKOJENÍM“

Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso M, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study (Výživa kojence a náklady na zdravotní péči: kohortová studie). *Acta Paediatr* 2006; 95:540–6

Kohorta 842 kojenců narozených v 10 nemocnicích v severní Itálii byla sledována do věku 12 měsíců s cílem porovnat využití a náklady na zdravotní péči u kojenců s různým způsobem výživy. Údaje o výživě za posledních 24 hodin byly získány s pomocí telefonického interview. Údaje o využití zdravotních služeb byly poskytnuty matkami a ověřeny s pomocí zdravotních záznamů. Údaje o nemocničních nákladech byly získány z kódů určených pro skupiny onemocnění. Údaje o nákladech na další služby byly získány na základě výpovědí matek a dostupných cenových listů. Ve 3 měsících bylo 56 % kojenců plně kojeno, 17 % dokrmováno a 27 % nekojeno. Plně kojení kojenci měli méně onemocnění vyžadujících ambulantní péči, méně příjmů do nemocnice a nižší výdaje na zdravotní péči než kojenci, kteří nebyli plně nebo vůbec kojeni. 710 ambulantních návštěv (85215) a 50 nemocničních příjmů (29955) na 1000 kojenců/rok mohlo být ušetřeno, pokud by všichni kojenci byli plně kojeni do 3 měsíců. Vyšší náklady na zdravotní péči významně souvisely s příjmem do nemocnice a s dvojčaty. Navíc, náklady na zdravotní péči se snižovaly s každým dalším gramem porodní hmotnosti, každým dalším měsícem mateřské dovolené po 3. měsíci a každým dalším měsícem kojení.

DEPRESE MATKY

Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? (Ovlivňuje poporodní depresivní symptomatologie matky výživu kojence?) *Acta Paediatr* 2007;96:590–4

Cílem studie bylo prozkoumat vztah mezi různými výsledky týkajícími se výživy kojenců (způsob výživy kojence, spokojenost matky, plány týkající se výživy kojence, vývoj kojení a vlastní účinnost ve vztahu ke kojení) a poporodními depresivními symptomy matek. 594 matek vyplnilo dotazníky v 1., 4. a 8. týdnu po porodu. Nebyl zjištěn žádný vztah mezi výsledky týkajícími se výživy kojence v 1. týdnu po porodu a vývojem depresivní symptomatologie ve 4. nebo 8. týdnu. Matky se skórem deprese > 12 (Edinburgh Postnatal Depression Score) v 1. týdnu po porodu významně častěji přerušily kojení ve 4. nebo 8. týdnu, byly častěji nespokojené se způsobem výživy kojence, zažívaly významné problémy s kojením a vypovídaly o nižší úrovni vlastní účinnosti ve vztahu ke kojení. Tyto výsledky naznačují, že časná identifikace depresivních symptomů u kojících matek je zapotřebí nejen z hlediska snížení nemocnosti spojené s poporodní depresí, ale také podpory delšího trvání kojení.

Jak kojit

KOJENCI S NÍZKOU PORODNÍ HMOTNOSTÍ

Merewood A, Chamberlain LB, Cook JT, Philipp BL, Malone K, Bauchner H. The effect of peer counsellors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit: results of a randomized controlled trial (Vliv laických poradců na prevalenci kojení na novorozenecké jednotce intenzivní péče: výsledky randomizované kontrolované studie). *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:681–5

Cílem studie bylo určit, zda laičtí poradci (peer counsellors) ovlivnili trvání kojení u nedonošených kojenců. 108 matek zdravých kojenců gestačního věku od 26 do 37 týdnů bylo zahrnuto do studie v letech 2001–2004 na NJIP v lékařském centru v Bostonu, fakultní nemocnici s přibližně 2000 porody za rok. Zkoumaní jedinci byli náhodně vybráni do skupiny s laickým poradcem, který navštívil matku každý týden po dobu 6 týdnů, a do skupiny se standardní péčí. Intervenovaná a kontrolní skupina se nelišily ve všech zjišťovaných sociodemografických faktorech. Průměrný gestační věk kojenců byl 32 týdnů (rozpětí 26,3–37 týdnů), průměrná porodní hmotnost byla 1875 g (rozpětí 682–3005 g). Ve 12. týdnu po porodu měly ženy s laickým poradcem o 81% vyšší pravděpodobnost, že poskytnou svému dítěti jakékoliv množství mléka, v porovnání se ženami bez poradce.

Raimbault C, Saliba E, Porter RH. The effect of the odour of mother's milk on breastfeeding behaviour of premature neonates (Vliv vůně mateřského mléka na chování nedonošených novorozenců při kojení). *Acta Paediatr* 2007;96:368–71

Za účelem zhodnocení efektu expozice vůni mateřského mléka (MM) na chování nedonošených novorozenců při kojení bylo testováno 13 kojenců narozených ve 30.–33. gestačním týdnu. Sedm kojenců bylo náhodně vybráno do skupiny vystavené vůni MM a šest kojenců do kontrolní skupiny s použitím vody. Během 35. gestačního týdne bylo každé dítě vystaveno příslušnému pachovému podnětu po dobu 120 sekund během 5 následujících dní bezprostředně před pokusem o kojení. Byly analyzovány epizody kojení po posledním vystavení pachovému podnětu a krátce před tím, než dítě opustilo nemocnici. Děti byly váženy před a po každém sezení. Během každého sezení prokázaly děti ze skupiny vystavené vůni MM delší epizody sání sestávající z více než 7 sacích pohybů a také vypily více mléka než děti z kontrolní skupiny. Pobyt v nemocnici byl významně kratší u dětí vystavených vůni MM (medián = 43 dní vs. 55 dní u kontrol). Krátká expozice vůni MM těsně před pokusy o kojení měla pozitivní efekt na sací chování a příjem mléka u nedonošených dětí a jejím výsledkem byl kratší pobyt v nemocnici.

PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA

Mattar CN, Chong YS, Chan YS et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial (Jednoduchá předporodní příprava za účelem zlepšení praxe kojení: randomizovaná kontrolovaná studie). *Obstet Gynecol* 2007;109:73–80

Randomizovaná kontrolovaná studie byla provedena na vzorku pacientů s nízkým rizikem v předporodním období v terciárním specializovaném centru v Singapuru. Skupina A obdržela edukační materiály o kojení a individuální vedení od laktčního poradce. Skupina B obdržela edukační materiály o kojení bez poradenství. Skupina C dostala pouze rutinní předporodní péči. Celkem 401 žen bylo zahrnuto do studie. Matky, kterým bylo poskytnuto individuální poradenství a edukační materiály, praktikovaly výlučné a převažující kojení 2,6krát častěji ve 3 měsících po porodu a 2,4krát častěji v 6 měsících po porodu než matky, které měly pouze rutinní péči. Matky, které prošly individuálním poradenstvím, praktikovaly výlučné a převažující kojení 2,5krát více v 6 měsících než matky, které pouze dostaly edukační materiály. Tam, kde není praxe kojení optimální, jednoduchá jednorázová předporodní edukace a poradenství významně zlepšuje praxi kojení do 3 měsíců po porodu. Poskytnutí tištěných nebo audiovizuálních edukačních materiálů není dostatečné.

INICIATIVA „BABY FRIENDLY HOSPITAL“ (BFHI)

Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C and the Millennium Cohort Study Child Health Group. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? (Je prevalence kojení vyšší u matek, které porodí v porodnicích akreditovaných jako „Baby-friendly“ v UK?) *Int J Epidemiol* 2006;35:1178–86

Tato studie zkoumala, zda matky z kohorty s vysokým zastoupením znevýhodněných skupin a skupin s nízkou socioekonomickou úrovní s tradičně nízkým procentem kojení budou s větší pravděpodobností zahajovat a pokračovat v kojení, pokud porodí v „Baby-friendly“ porodnici. Výpovědi matek o zahájení kojení a prevalenci kojení v 1 měsíci byly analyzovány u 17359 kojenců (jedinčat) podle statutu BF porodnice (akreditovaná, certifikovaná nebo žádné z těchto ohodnocení). Matky, které porodily v akreditované porodnici, častěji zahájily kojení než matky, které porodily v porodnicích bez ohodnocení. Avšak po zohlednění sociálních, demografických a porodnických faktorů nebyl zjištěn rozdíl v kojení mezi porodnicemi v 1 měsíci. Účast v předporodním kurzu, vaginální porod, doprovod u porodu a matčin pobyt v porodnici delší než 24 hodin také nezávisle souvisely se zahájením kojení. Strategie, které si kladou za cíl zvýšit podíl porodnic, které se účastní BFHI, přispívají ke zvýšení zahájení kojení, ale nikoliv prodloužení délky kojení. Je třeba jiných strategií, které by podpořily matky v UK, aby kojily po doporučenou dobu.

TLUMENÍ BOLESTI BĚHEM PORODU

Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study (Epidurální analgésie při porodu a kojení: prospektivní kohortová studie). *Int Breastfeed J* 2006;1:24

Prospektivní kohortová studie u 1280 žen starších 16 let, které porodily jedno živé dítě v Austrálii v roce 1997, byla provedena za účelem určení souvislosti mezi epidurální analgézií a: 1) kojením v 1. týdnu po porodu a 2) ukončením kojení během prvních 24 týdnů po porodu. Ženy vyplnily dotazníky v 1., 8., 16. a 24. týdnu po porodu. Informace o kojení byla sebrána ve všech 4 průzkumech a ženy byly kategorizovány jako plně kojící, částečně kojící a vůbec nekojící. Ženy, které ukončily kojení po předchozím průzkumu, byly dotázány, kdy kojení ukončily. V prvním týdnu po porodu kojilo 93 % žen buď plně nebo částečně a 60 % pokračovalo v kojení ve 24 týdnech. Analgésie při porodu a typ porodu souvisely s částečným kojením a potížemi s kojením v 1. týdnu. Anal-

gésie, vyšší věk matky a nižší vzdělání souvisely s ukončením kojení v prvních 24 týdnech s tím, že ženy s epidurální analgézií měly dvojnásobnou pravděpodobnost, že ukončí kojení, než ženy, které použily nefarmakologické metody tlumení bolesti. I když tento vztah nemusí být příčinný, je důležité, aby byla ženám s vyšším rizikem ukončení kojení poskytnuta odpovídající pomoc a podpora s kojením.

KOŽNÍ KONTAKT

Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status (Randomizovaná kontrolovaná studie velmi časného kožního kontaktu mezi matkou a dítětem a stav kojení). *J Midwifery Women's Health* 2007;52:116–25

Zdravé matky primipary se svými dětmi byly náhodně vybrány do skupiny s kožním kontaktem během prvních 2 hodin po porodu (n=10) nebo do skupiny se standardní péčí (držení dítěte zabaleného do pokrývky, n=10). Nástroj k hodnocení kojení (Infant BF Assessment Tool) byl použit k měření úspěchu při prvním kojení a času účinného sání. Matky s dětmi v intervenované skupině spolu strávily v průměru 1,66 hodin kožního kontaktu. Tito kojenci, v porovnání se zabalenými kojení, měli vyšší průměrnou kompetenci k sání během prvního kojení a dosáhli účinného sání dříve (935-721 minut vs. 1737-1001 minut). Žádné významné rozdíly nebyly zjištěny na konci 1. měsíce.

ODSTŘÍKÁVÁNÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA

Win NN, Binns CW, Zhao Y, Scott JA, Oddy WH. Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study (Trvání kojení u matek, které odstříkávají mateřské mléko: kohortová studie). *Int Breastfeed J* 2006; 1:28

Odstříkávání mateřského mléka (MM) umožňuje matce občas opustit dítě a pokračovat v kojení. Cílem této studie bylo prozkoumat vztah mezi odstříkáváním MM a trváním kojení. Celkem bylo zařazeno do kohortové studie probíhající po dobu 12 měsíců 587 matek ze dvou veřejných porodnic v Austrálii. V porodnici matky vyplnily dotazník, který obsahoval otázky týkající se způsobu krmení dítěte. Telefonická interview provedená v pravidelných intervalech sledovala změny v praxi výživy kojenců, včetně odstříkávání MM. Téměř 94% matek kojilo při propouštění z porodnice. Matky, které odstříkávaly MM (jednou nebo vícekrát) měly o 30% nižší pravděpodobnost, že přeruší kojení před 6. měsícem, než matky, které nikdy neodstříkávaly MM. Integrovaní odstříkávání MM do denního života matek může být nástrojem, jak dosáhnout 6 měsíců plného kojení a zároveň si rozšířit možnosti ve svém životním stylu.

PÉČE O PRS A BRADAVKU

Kvist LJ, Hall-Lord ML, Larsson BW. A descriptive study of Swedish women with symptoms of breast inflammation during lactation and their perceptions of the quality of care given at a breastfeeding clinic (Deskriptivní studie u švédských žen se symptomy zánětu prsu během laktace a jejich vnímání kvality péče poskytované na laktční klinice). *Int Breastfeed J* 2007;2:2

Autoři této deskriptivní studie provedené na laktční klinice vedené porodními asistentkami oslovili kohortu žen, které společně prodělaly 210 epizod zánětu prsu v období 2002–2004. Z celé kohorty odpovědělo 176 (84 %) žen na dotazník zasláný poštou 6 týdnů po uzdravení. Při první návštěvě byla u 154 žen zaznamenána horečka, u 80 žen (52 %) v rozmezí 38,1 °C až 40,7 °C. 36 % žen mělo poraněné bradavky. Většina žen se ze zánětu prsu dobře zotavila. 96 % žen považovalo svůj tělesný stav a 97 % svůj psychický stav za dobrý v době 6 týdnů po proběhlé epizodě. Ženy, jejichž onemocnění trvalo 6 a více dní, projevovaly nižší důvěru v porodní asistentku a péči, kterou jim poskytly. 21 (12 %) žen kontaktovalo zdravotnické zařízení kvůli opakujícím se symptomům a 8 ze 176 respondentek (4,5 %) byla předepsána antibiotika pro tyto symptomy. Další 46 žen (26 % respondentek) uvádělo opakující se symptomy, které zvládly bez návštěvy zdravotnického zařízení. Počáteční horečka nemusí vypovídat o dalším průběhu u žen se zánětlivými

symptomy prsu a léčba antibiotiky může být nezbytná méně často, než se předpokládalo. Ženy, které rovněž trpí poraněnými bradavkami, mohou vyžadovat zvláštní pozornost. Ženy s protrahovanými symptomy byly méně spokojeny s péčí a projevíly méně důvěry v její poskytovatele.

PODPORA VÝLUČNÉHO KOJENÍ

Chandrashekar TS, Joshi HS, Binu V et al. Breastfeeding initiation and determinants of exclusive breastfeeding: a questionnaire survey in an urban population of western Nepal (Zahájení kojení a determinanty výlučného kojení: dotazníkový průzkum v městské populaci západního Nepálu). *Public Health Nutr* 2007;10:192–7

Za účelem zhodnocení prevalence zahájení kojení a výlučného kojení 2 měsíce po porodu a určení faktorů, které ovlivňují výlučné kojení, byl proveden zdravotníky dotazníkový průzkum u 385 matek, které porodily dítě v předchozích 2 měsících. Prevalence zahájení kojení do jedné hodiny a do 24 hodin po porodu byly 73 % a 84 %. Dva měsíce po porodu kojilo výlučně 82 % matek. MM/kolostrum dostalo jako první krmení 332 (86 %) dětí, přičemž 17 % z nich dostalo odstříkané MM nebo bylo přiloženo k prsu jiné kojící matky. 14 % dětí dostalo před kojením dokrm – kojeneckou mléčnou výživu (6 %), slazenou vodu (6 %) a kravské mléko (3 %). 13 % matek zavedlo příkrm. Faktory, které ovlivnily výlučné kojení, zahrnovaly praxi krmení přátel, typ porodu a první krmení dítěte. Navzdory tomu, že je zaznamenána vyšší prevalence zahájení kojení a výlučného kojení, praktiky jako dokrm před zahájením kojení a předčasné zavedení příkrmů stále zůstávají velkými otázkami v této populaci.

Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study (Prediktory trvání kojení: důkazy z kohortové studie). *Pediatrics* 2006;117:646–55

Tato studie zjišťuje trvání kojení u populace australských žen a identifikuje faktory spojené s trváním plného kojení do 6 měsíců a dalšího kojení do 12 měsíců. Bylo osloveno 587 žen ve dvou porodnicích v Perthu, které vyplnily vstupní dotazník při anebo krátce po propuštění z nemocnice. Ženy byly dále sledovány prostřednictvím telefonického interview ve 4, 10, 16, 22, 32, 40 a 52 týdnech po porodu. Sebrané údaje zahrnovaly sociodemografické, biomedicínské, nemocniční a psychosociální faktory spojené se zahájením a trváním kojení. V 6 měsících věku méně než polovina kojenců dostávala MM (46 %) a pouze 12 % bylo plně kojeno. Ve 12 měsících pouze 19 % kojenců stále ještě dostávalo MM. Trvání kojení pozitivně souviselo s postojem matky k výživě kojence a negativně s potížemi při kojení v prvních 4 týdnech, kouřením matky, zavedením dudlíku a časným návratem do práce. Ženám by mělo být ještě v porodnici poskytnuto předběžné poradenství jak předcházet a zvládat běžné obtíže s kojením a měly by být odrazovány od zavádění dudlíku před 10. týdnem. Zlepšení opatření související s mateřskou dovolenou a pružné pracovní podmínky mohou pomoci ženám zůstat doma se svými dětmi déle a případně zkombinovat úspěšné kojení se zaměstnáním mimo domov.

PŘÍKRMY

Dratva J, Merten S, Ackermann-Liebrich U. The timing of complementary feeding of infants in Switzerland: compliance with the Swiss and the WHO guidelines (Načasování příkrmu u kojenců ve Švýcarsku: dodržování švýcarských a WHO směrnic). *Acta Paediatr* 2006;95:818–25

Byl vyšetřen soubor matek náhodně vybraných v místním zdravotnickém zařízení pro péči o matku a dítě ve Švýcarsku za účelem:

1) získání údajů o prevalenci přiměřeného načasování příkrmu porovnáním dodržování švýcarských a WHO směrnic a 2) prozkoumání faktorů, které ovlivňují příkrm. Matky vyplnily dotazník se záznamem výživy kojence za posledních 24 hodin a zaznamenaly věk dítěte při prvním podání různých potravin. Zavádění příkrmů se objevovalo převážně mezi 5. a 6. měsícem. 5 % matek zavedlo příkrm před 4. měsícem. Hlavními faktory, které ovlivnily výživu kojenců, byly věk matky, jazyková oblast,

BMI matky, kouření matky, přítomnost sourozenců a alergická predispozice kojence. Načasování zavádění příkrmů odpovídalo švýcarským směrnicím (4 až 6 měsíců), ale doporučení WHO pro 6 měsíců výlučného kojení nebylo dodržováno.

ŠKOLENÍ

Ekström A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counselling and continuity of care (Pocity matky ke svému dítěti jsou posilovány kvalitním laktčním poradenstvím a kontinuitou péče). *Pediatrics* 2006;118:309–14

Studie zkoumala, zda švédské matky navštěvované porodními asistentkami a sestrami, které absolvovaly na proces orientovaný školicí program v laktčním poradenství, zaznamenávaly silnější mateřské pocity ke svému dítěti než matky, které měly pouze rutinní péči. Matky z deseti okrsků byly vybrány do dvou skupin se srovnatelnou velikostí a délkou kojení a náhodně rozděleny do školicího programu orientovaného na proces a do kontrolní skupiny. Soubor 540 žen, o které bylo pečováno buď v intervenované nebo kontrolní skupině, odpovědělo na 3 dotazníky (3 dny, 3 měsíce a 9 měsíců po porodu). Ve 3 dnech se matky v intervenované skupině domnívaly, že jejich porozumění dítěti je lepší, silněji vnímaly dítě jako své vlastní a více si užívaly kojení a odpočinek s dítětem. V 9 měsících mluvily matky v intervenované skupině více ke svým dětem, považovaly své dítě za krásnější než ostatní děti a více vnímaly své dítě jako vlastní než matky v kontrolní skupině. Navíc se matky v intervenované skupině cítily jistěji se svým dítětem a cítily těsnější vazbu na dítě než matky v kontrolní skupině. Závěrem lze říci, že na proces orientovaný školicí program pro porodní asistentky a dětské sestry, který zahrnoval intervence zajišťující kontinuitu péče, posílil vztah mezi matkou a dítětem a pocity matky ve vztahu k dítěti.

Shinwell ES, Churgin Y, Shlomo M, Shani M, Flidel-Rimon O. The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants (Vliv školení sester v laktčním poradenství na trvání kojení u zdravých доноšených kojenců). *Breastfeed Med* 2006;1:247–52

Cílem práce bylo studovat dopad školení v laktčním poradenství na trvání kojení. Byly shromážděny údaje před a po intenzivním kurzu poskytnutém všem novorozeneckým sestrám, porodním asistentkám a ostatnímu zdravotnickému personálu v místní všeobecné nemocnici v Izraeli. Údaje získané od dvou kohort matek a kojenců (před r. 1999, n = 471; po r. 2003, n = 364) popisovaly trvání kojení a faktory ovlivňující ukončení kojení. V průběhu sledovaného období vzrostla prevalence zahájení kojení z 84 % na 93 % a průměrná délka kojení z 3,7 + 3,7 na 5,6 + 4,3 měsíců. Prevalence kojení na porodním sále vzrostla z 3 % na 37 %. Spokojenost s laktčním poradenstvím v nemocnici vzrostla ze 43 % na 79 %. Neukázala se však žádná změna v podílu matek, které plánovaly kojit své děti (88 % v obou kohortách) a žádná rozdíly v důvodech pro ukončení kojení, které matky uváděly.

MEZINÁRODNÍ KODEX

Foss KA, Southwell BG. Infant feeding and the media: the relationship between Parents' Magazine content and breastfeeding, 1972–2000 (Výživa kojenců a média: vztah mezi obsahem časopisu Parents' Magazine a kojením, 1972–2000). *Int Breastfeed J* 2006;1:10

Masmédia svým obsahem pravděpodobně ovlivňují rozhodnutí matek kojit své novorozence. Avšak doposud relativně málo studií empiricky posuzovalo tuto hypotézu. Většina prací se spíše zaměřovala buď na specifické intervence nebo na obecné komentáře o úloze médií. Tato studie zkoumala reklamu na kojeneckou výživu v 87 vydáních Parents' Magazine, populárního časopisu pro rodiče, od roku 1971 do roku 1999. Výsledky analýzy obsahu byly použity k predikci následných změn v úrovni kojení u žen v USA. Když frekvence reklamy na kojeneckou výživu stoupla, prevalence kojení hlášená v následujícím roce měla

PŘEČETLI JSME ZA VÁS

obecně tendenci klesat. Tyto výsledky zdůrazňují potřebu uznat potenciální roli populárních médií ve vztahu k prevalenci kojení a dopadu na veřejné zdraví.

Mizuno K, Miura F, Itabashi K, Macnab I, Mizuno N. Differences in perception of the WHO International Code of Marketing of Breastmilk Substitute between pediatricians and obstetricians in Japan (Rozdíly ve vnímání Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka WHO mezi pediatry a porodníky v Japonsku). *Int Breastfeed J* 2006; 1:12

Japonsko přijalo Kodex WHO v roce 1994, ale většina nemocnic v Japonsku nadále dostává zdarma zásoby kojenecké mléčné výživy (KMV) a distribuuje matkám balíčky poskytované výrobcí KMV. Cílem této studie bylo prozkoumat znalosti a postoje pediatriů a porodníků ve vztahu ke Kodexu WHO. V roce 2004 byl rozeslán dotazník 132 pediatriům na 131 NJIP a 96 vedoucím porodníků ve všeobecných nemocnicích. Byly získány odpovědi od 68 % pediatriů a 64 % porodníků. 66 % pediatriů souhlasilo, že „MM je nejlepší“, v porovnání s pouze 13 % porodníků. Podobně byli pediatrii více seznámeni s Kodexem WHO (51 %) než porodníci (18 %). Aby stoupla prevalence kojení v Japonsku, je potřeba, aby se zvýšily znalosti pediatriů i porodníků o současné praxi kojenecké výživy a povědomí o mezinárodních strategiích na podporu kojení.

SYSTEMATICKÉ PŘEHLEDY

Ip S, Chung M, Raman G et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries (Kojení a zdraví matky a dítěte v rozvinutých zemích). Evidence Report/Technology Assessment No. 153. *AHRO Publication* No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007

Tato přehledová studie zahrnuje výsledky 43 studií o zdraví kojenců, 43 studií o zdraví matek a 29 systematických přehledů nebo meta-analýz, které zahrnují přibližně 400 jednotlivých studií o účinku kojení provedených v rozvinutých zemích a porovnávaly umělou výživu a kojení o různé délce. Výsledky ukazují, že kojení souvisí se snížením rizika akutního zánětu středouší, nespecifických průjemových onemocnění, závažných infekcí dolních cest dýchacích, atopické dermatitidy, astmatu (u malých dětí), obezity, diabetu 1. a 2. typu, dětské leukémie, náhlého úmrtí kojence a nekrotizující enterokolitidy. Naopak nebyla prokázána souvislost mezi kojením a kognitivním výkonem u donošených kojenců a souvislost s kardiovaskulárními onemocněními a kojeneckou úmrtností nejsou vyjasněné. Co se týká matek, souvisí kojení se sníženým rizikem diabetu 2. typu a karcinomu prsu a ovarií. Časné ukončení kojení nebo nekojení souvisí se zvýšeným rizikem poporodní deprese matky. Nebyl prokázán vztah mezi kojením a rizikem osteoporózy. Účinek kojení na návrat k váze před těhotenstvím je zanedbatelný a dopad na poporodní váhu je nejasný. Většina údajů v této studii byla

získána z observačních studií, proto není možné z těchto výsledků vyvozovat závěry ve vztahu ke kauzalitě.

Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers (Podpora kojícím matkám). *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 1.

Tento přehled zahrnuje 34 studií (29385 matek a kojenců) ze 14 zemí. Ukazuje, že nadstandardní podpora zdravotníků je účinná co se týká prodloužení kojení, ale méně jasné jsou účinky ve vztahu k výlučnému kojení. Školící kurzy WHO/UNICEF se ukázaly jako efektivní ve vzdělávání zdravotníků. Další laická podpora byla účinná z hlediska prodloužení výlučného kojení, zatímco její účinek na celkové trvání kojení byl nejistý. Účinná podpora nabízená zdravotníky a laiky byla poskytnuta ženám, které se rozhodly pro kojení. Je třeba dalších studií k posouzení účinnosti (včetně efektivity nákladů) laické i profesionální podpory v různých podmínkách, zvláště v oblastech s nízkou počáteční prevalencí kojení a u žen, které si přejí kojit déle než 3 měsíce. Je potřebný rovněž výzkum týkající se vhodného školení poskytovatelů podpory (ať už laiků nebo profesionálů) kojícím matkám.

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses (Důkazy o dlouhodobém vlivu kojení: systematické přehledy a meta-analýzy). Geneva: *World Health Organization*, 2007

Tato série systematických přehledů posuzovala účinky kojení z hlediska několika dlouhodobých důsledků. Byly vybrány observační a randomizované studie publikované v angličtině, francouzštině, portugalštině a španělštině a údaje byly vybrány na základě posouzení jejich kvality. Dostupné důkazy ukazují, že kojení může mít dlouhodobé výhody. Jedinci, kteří byli kojeni, měli nižší průměrný krevní tlak a celkový cholesterol a vyšší výkon v inteligenčních testech. Také prevalence nadváhy a obezity a diabetu 2. typu byla nižší u kojených jedinců. Všechny výsledky byly statisticky významné, i když u některých výsledků byla jejich váha relativně nízká.

Připravila **Geneva Infant Feeding Association (GIFA)**, člen **International Baby Food Action Network (IBFAN)**. Editoři Adriano Cataneo, Marina Ferreira. Hostující editor: Cesar G. Victora. Zvláštní dík patří Lídě Lhotské, která se účastnila přípravy úvodních poznámek. Eliane Petitot-Côté revidovala a editovala text. Kopie předchozích čísel Breastfeeding Brief mohou být poslány na základě žádosti zaslané na adresu GIFA, Box 157, 1211 Geneva 19, Switzerland, Fax: +41-22-798 44 43, e-mail: info@gifa.org. Jsou k dispozici také kopie ve francouzštině, španělštině, portugalštině a arabštině.

**OD ROKU 2008 BUDOU BREASTFEEDING BRIEFS
DOSTUPNÉ POUZE V ELEKTRONICKÉ VERZI NA**
www.ibfan.org

Zápis jednání výboru ČNeoS ČLS JEP dne 20. 2. 2008 v ÚPMD Praha

Přítomni: Kantor, Straňák, Janota, Hanzl, Kokštejn, Zoban, Janec, Čihař, Mydlilová, Paulová, Dort. Biolek, Plavka Host: Saxlová
Omluveni: Borek, Macko, Podešvová, Liška

1. Kontrola zápisu
2. Dopis od Hnutí za aktivní mateřství: PLDD odmítají převzít předčasně propuštěné novorozence. Stanovisko ČNeoS je stejné jako minulý výbor: Doporučení k hospitalizaci je 72 hod. Za dítě propuštěné dříve by měl zodpovídat rodič – za vše, včetně vakcinace a screeningu. Bude projednáno 25. února na schůzi komise na MZ ČR.
3. Saxlová: Požadavek o stanovisko ČNeoS k postgraduálnímu vzdělávání sester, záměr sloučit IP neonatol. s IP pediatrikou. Biolek: návrh zařadit opět pregrad. vzdělávání dětské sestry, v současnosti je situace nepřehledná. Stanovisko výboru: Neonatologická pracoviště mohou přijímat bakalářky (jak všeobecné sestry tak porodní asistentky), postgrad. vzdělávání probíhá dálkovou formou na více místech ČR i na NCONZO Brno. Kvalitu tohoto vzdělávání nelze zatím posoudit, probíhá první rok. Proti zařazení dětské sestry do pregraduální výchovy nemá výbor námítky. V otázce zachování nebo sloučení pediatrické a neonatologické postraguální větve v IP výbor respektuje názor odpovědných orgánů v ošetrovatelské péči.
4. Zprávy z MZ: Perinatologický program 2008 zachován, asi 15 mil dotace + 15 mil. spoluúčast. Poslat žádost o konkrétní investici z Perinatologického programu MZ z důvodu rizika přerozdělení financí na jiný program Ing Wilhelmovi z jednotlivých center. Setkání s dr. Pánovou na MZ – předání dopisu, definujícího současný zhoršující se stav perinatologie, přislíbená podpora, žádána finanční podpora neonatologie ve výši 150 mil Kč.

Výkon neonatologie v rámci velké nemocnice se ztrácí v paušální platbě. Návrh přejít na přímou platbu za výkon neonatologie. VZP nebrání se přímé platbě, schopna vypracovat metodiku odpočtu neonatologie z paušálu, ale ředitelé nemusí mít vždy na tomto zájem. Cílem je zvýšení plateb pro neonatologii. Jakmile bude k dispozici metodika (cca do měsíce), je možné navrhnout změnu řediteli FN.
3. výzva Norské fondy – náš projekt nebude na MZ ČR podpořen – viz jednání z minulého týdne. Po dlouhé době připrav tedy neodevzdáme.
5. Změna náplně kódů IP je již platná od 1.1.2008. Revizní lékaři poboček VZP mají být informováni. Jediný platný a přístupný dokument je v této chvíli v zápisu o dohodovacím řízení. Ten je uveden v emailu předsedy spolu se zápisem ze schůze z Hrotovic ze začátku prosince 2007.
6. Demograf. data za rok 2006 jsou na www, data za rok 2007 vyvěsí Plavka do poloviny dubna 2008.
Adresa: www.vfn.lf1.cuni.cz/gp/neonat/plavka6.ppt – přednáška,
www.vfn.lf1.cuni.cz/gp/neonat/neo-tab.html – tabulky
7. www stránky ČNeoS budou během cca 3 týdnů nové pod adresou www.neonatologie.cz
Cena za vytvoření stránek je cca 40 000 Kč.
8. Společné jednání výboru se slovenskými kolegy u Bratislavy 22.–24. 4., výbor potvrdil svoji účast. Na jednání výboru mimo jiné diskuze o resuscitaci vzduchem (připraví Plavka).
9. Postgraduální vzdělávání lékařů – připravována novela zákona.
10. Zoban připravil seznam činnosti lékaře po získání specializované způsobilosti v oboru neonatologie, bude rozeslán na členy výboru.
11. Odborné zajištění kontinuálního vzdělávání pro PLDD v roce 2008 – neonatologie. Výbor vzal na vědomí, zajistí si regionální sdružení PLDD s odborníky v regionu.
12. Screeningy – jednání dne 25.2. na MZ. Papírky t.č. 35,- Kč/kus. Jedná se o zajištění levnější varianty. V případě, že bude možné tisknout papírky v ČR za nižší cenu, budou informováni neonatologové.
13. ČLS zvažuje možnost elektronické volby. Nejsou však k dispozici kompletní seznamy e-mailových adres a nebude doporučeno.
14. Letos proběhnou volby výboru ČNeoS. Kdo zajistí organizaci?
15. Neonatologické dny: 12.-14.11.2008 v Olomouci. Program: nCPAP, fyziologický novorozenec, screeningové programy v ČR, resuscitace.
16. Různé:
Čihař: matrika dělá potíže s vydáváním RČ, ale dle stanoviska ÚOOÚ je vydávání RČ v souladu se zákonem. Rozešle stanovisko všem a uveřejní v časopise.

Zoban: připomíná nutnost zaslat data pozdní morbidity

Hanzl: konference sester v ČB 24.–25. duben 2008 – deadline 29.2., preferována aktivní účast z neonatologických pracovišť

Pediatrický kongres Jihlava: vyhrazeny 2 hodiny pro neonatologii. Paulová navrhuje prezentovat doporučení ČNeoS do praxe. a výstupy. Výbor souhlasí.

Konference o výživě kojenců 7.6.2008 v posluchárně FN Motol, setkání Baby Friendly nemocnic. Program a přihlášky na www.kojeni.cz

Konference Výživa novorozenců – State of Art, přednáší E. Ziegler, Iowa
Další přednášky: NEC, včetně probiotik, Bioaktivní faktory v MM, Imunita novorozence
MM ve výživě nedonošeného novorozence
Pozvánky rozesílá Nestlé na centra, přihlášky také na adresu: BIO ILUSION (nad Rozhlasem na Vinohradské třídě) 18.4., pátek od 9 hodin

Sběr dat o VVV – dr. Šípek ukončil činnost. Návrh sestavit pracovní skupinu pro sběr a hodnocení významu VVV. Plavka – NÚ na VVV činí asi 0,5 promile. Straňák – osobní zájem zabývat se problematikou.

Zapsal J. Dort
Schválil L. Kantor

Zápis z výboru ČNeoS ČLS JEP 23. 4. 2008 Dunajská Streda

Přítomní: Kantor, Hanzl, Macko, Dort, Podešvová, Mydlilová, Plavka, Biolek, Čihař,

Omluven: Liška, Straňák, Janec, Zoban, Borek

Zapsal : Dort

Ověřil: Kantor

- 1) Kontrola zápisu – **Norské fondy**: návštěva ze Švýcarska – kontrola oddělení po stránce vybavení, další kolo jednání ohledně způsobu financování. Poznámka: 24. 4. proběhlo jednání s Mr. Christophem Napierala, pověřencem Evropské komise na půdě Nadace Charta 77 od 14 00 do 19 00 (Kantor). Programem jednání bylo ověřování odůvodnění naší žádosti 2. výzvy Norských fondů. Definitivní výsledek bude 23. 5, ale předběžná zpráva byla pro nás příznivá.
- 2) **Demografická data r.2007** – již uvedena na www.VFN.Nadále chybí data pozdní morbidity od roku 2005. Výbor považuje souhrnná data za ČR za vlastnictví všech členů výboru a mají jim být dostupná.
- 3) **Screening**: podařilo se snížit **cenu papírků** – od 1. 4. nová cena 14 Kč za kus při 100 kusech v balení, popř. 20 Kč za kus při balení 10 kusů.
- 4) Snaha vyjednat nový kód se ZP **pro novoroz. screening** (suchá kapka, katarakta, OAE). Zatím však není jasné, s kým na MZ jednat.
- 5) **Volby výboru ČNeoS**: návrh spojit volební lístky s rozesláním Neo Listů: podle aktualizovaného seznamu členů ČNeoS k 31. 8. 2008 budou rozeslány volební lístky, označené razítky 3 oddělní, volby budou jednokolové, rozeslání v září, koncem roku pak společná schůze odcházejícího a nového výboru. Úkoly: aktualizovat databázi – Kantor, volební komise: Čihař, Macko, Dort (příprava a rozeslání volebních lístků, vyplněné lístky se budou zasílat na adresy Čihaře, Macka, Dorta)
- 6) **Perinatologický program 2008** – pravděpodobně 22 mil. dotace + 22 mil. vlastní zdroje, rozdělení 60 % neonatologie, 40 % pro porodníky. Údajně schváleno poradou vedení MZ, zatím nutno čekat na další pokyny.
- 7) WWW stránky ČNeoS: **www.neonatalogie.cz** je možno uveřejňovat příspěvky, oznámení odborných akcí, doporučené postupy, vstupní heslo bude osobní emailová adresa
- 8) Dopis MUDr. Daniel Dražana, PLDD: Navrhuje **změnu vakcinace** – nekalmetizovat, začít vakcinaci hexavakcinou před odchodem domů. Výbor je připraven jednat o stanovisku odborné vakcinologické společnosti. Návrh zatím nepodporuje. BCG vakcinace: výbor ČNeoS nepovažuje v souladu s názory běžnými v EU BCG vakcinaci v novorozeneckém věku za nezbytně nutnou. Výbor odmítá, aby otázky vakcinace novorozenců včetně nedonošených byly řešeny bez účasti ČNeoS. Výbor nadále trvá na stanovisku, že plán očkování nedonošeného dítěte je nutno individualizovat dle gestačního věku dítěte a zdravotního stavu. Úkol: Kantor stanovisko výboru sdělí dr. Cabrnachové a dr. Kvášové na MZ.
- 9) **Synagis** – Čihař: Uhrada mimo paušál funguje. Návrh zařadit do indikací druhou sezonu u nejtěžších forem BPD (cca 20 dětí/rok v ČR) podle kritérií AAP., výbor souhlasí. Úkol: Čihař pověřen jednáním s VZP.
- 10) **Neonatologické dny 12.–14.11.2008 Olomouc** Témata: resuscitace, neinvazivní ventilační podpora, screeningy, fyziologický novorozenec Hlavní řečníci: S. Donn – University of Michigan, Votava – Královské Vinohrady, Mydlilová+ Paulová – pátek – fyziologický novorozenec Rok 2009: NeoDny v Luhačovicích. Téma: infekce v celé šíři
- 11) **Centra IMP** Kriteria pro zřizování nových pracovišť: založena na koncepci oboru, z naplnění personálních a materiálních požadavů nelze slevit Výbor nepovažuje vytváření nových center IMP ani za racionální ani za potřebné, napak docházelo by ke zbytečnému rozměňování personálních i materiálních zdrojů. Výbor zatím doporučuje podporovat stávající pracoviště (vč. Bulovky a FTN Krč).
- 12) **Otázka personálního zabezpečení** – na většině pracovišť je personálu nedostatek, ale péče je poskytována se zvýšeným úsilím tak, že jsou udrženy dobré výsledky péče. Pro výbor není však přijatelné, aby VZP redukovala úhradu za kvalitně a prokazatelně poskytnutou péči. Péče o novorozence je poskytována povinně ze zákona. Úkol: jednáním s ředitelem VZP pověřen Kantor, Plavka, Biolek, Čihař, Macko. Pozn.: Dopis se žádostí o schůzku odeslán 5. 5. 2008.
- 13) **Transporty novorozenců**. Začínají se množit problémy s transporty novorozenců – některá IMP nechťejí vyjíždět za pacienty „na sebe“, některé Krajské záchranné služby odmítají vyjíždět za hranice kraje atd. Je nutné řešit. 14.5.2008 schůzka Kantor, Dort, Vobruba.
- 14) Výbor pověřil Čihaře a Plavku jednáním na **zdravotním výboru parlamentu** o Novelizaci zákona o matrikách (problémy s rodnými čísly) a popř. současném stavu neonatologie.

Podklady pro jednání s ředitelem VZP

Jednání proběhne 12. 6. 2008, pověření Kantor, Plavka, Biolek, Čihař, Macko.



Dopis předsedy ČNeoS řediteli VZP

30. dubna 2008

Věc: Neproplácení poskytnuté péče s ohledem na nedostatek personálu na Novorozeneckých JIP.

Vážený pane řediteli,

byl jsem pověřen výborem České neonatologické společnosti ČLS JEP požádat Vás o schůzku přednést žádost o změnu strategie VZP ohledně proplácení poskytnuté péče na Jednotkách intenzivní péče.

K problematice předběžně uvádím:

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami taxativně vymezuje personální obsazení lůžek pro vykazování kódů neonatální resuscitační a intenzivní péče. Tento seznam nebyl inovován

Na řadě perinatologických center v ČR není možno tyto počty personálu realizovat vzhledem k dlouhodobému, chronickému deficitu

středního zdravotního personálu s dostatečnou erudiicí na těchto pracovištích. Rozbor příčin tohoto stavu je mimo rámec tohoto sdělení a má více aspektů.

Zdravotní pojišťovny ve své kontrolní činnosti při posuzování vykazované péče mají možnost za nedodržení požadovaného počtu personálu dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami příslušná oddělení a zdravotnická zařízení penalizovat, respektive péči neproplatit, přestože tato byla poskytnuta.

Výbor České neonatologické společnosti ČLS JEP zdvořile žádá o nápravu tohoto stavu ve smyslu nesankcionování zdravotnických zařízení pouze z důvodu nedostatku personálu, neboť tato situace je objektivně existující, dlouhodobě trvající a příslušnými odděleními nezavinená. Péče je poskytnuta i při nižším personálním stavu kvalitně a dostatečně.

Děkuji za pochopení.

Prim.MUDr. Lumír Kantor, Ph.D.

Předseda ČNeoS ČLS JEP

Tel. 602 784 668, 588 442 791

lumir.kantor@fnol.cz

FINANCOVÁNÍ NEONATÁLNÍ INTENZIVNÍ PÉČE – TEZE PRO JEDNÁNÍ NA VZP A S DALŠÍMI POJIŠŤOVNAMI.

prof. MUDr. Richard Plavka,CSc

Základní teze současných problémů v Peri-Neonatologii.

2 období vývoje péče o novorozence v ČR.

Období 1990–1999: klesající natalita, klesající mortalita, stagnující morbidita

Období 2000–dosud: narůstající natalita, narůstající incidence novorozenců nízké porodní hmotnosti (NNPH), stagnující mortalita, stagnující morbidita.

- Nárůst počtu NVNPH (50 % od r.2000) v souvislosti s narůstající natalitou a incidencí NNPH.
- Nedostatek lůžek na JIRP Perinatologických center (chybí cca 100 lůžek intenzivní péče v ČR)
- Nedostatek SZ personálu (omezené mzdové prostředky velkých fakultních nemocnic).

- Počty nasmlouvaných lůžek IP s pojišťovnami jsou výrazně nižší než je stávající potřeba. (Moderní trendy změnily stávající faktické definice lůžkodů IP v neonatologii v sazebníku výkonů).

STÁVAJÍCÍ FINANCOVÁNÍ NEONATÁLNÍ INTENZIVNÍ PÉČE

- Schováno v historicky kalkulovaném paušálu, jehož každoroční nárůst nestačí pokrývat narůstající objem neonatální a resuscitační péče.
- 50 % nárůst pacientů velmi nízké porodní hmotnosti (VNPH) – z toho tvoří 75% tzv. středně nákladní pacienti (p.h.800–1500g), kteří generují náklady za cca 500–900 tis.Kč/pac
- Neonatologie vykazuje nárůst výkonnosti, ale proporcionální nárůst nákladů není pokryt. V porovnání s rokem 2000 v roce 2007 nebyla finančně pokryta intenzivní a resuscitační péče v ČR cca ve výši 325 mil.!!!

- Z ekonomického hlediska to vede k zatlumení rozsahu této péče. Potřeba je opačná!

DRG V NEONATOLOGII

- V žádné vyspělé západní zemi se podle DRG nestanovuje platba za péči v tomto oboru.
- Současné nastavení neonatální intenzivní a resuscitační péče v DRG systému zcela kontraproduktivní oboru.
- Nejvýhodnější pacient je extrémně nezralý novorozenec, který velmi záhy zemře nebo má velkou komorbiditu a tím výrazně zatíženou prognózu.
- Postaveno proti vývoji péče v neonatologii, kde snižování komorbidit by mělo být cílem a ne hrozbou pro nízké hodnocení.

Navrhujeme vynětí Neonatální intenzivní a resuscitační péče z DRG systému.

PROČ PŘÍMÁ VÝKONOVÁ PLATBA ANO?

- Neonatální intenzivní péče patří mezi superspecializovanou péči, která prokázala vysokou efektivitu a má definovaná kritéria hodnocení kvality (mortalita, morbidita).
- Nejvyšší stupeň péče je statutárně ustanoven ve 12 perinatologických centrech (PC), která jsou při velkých FN, a tudíž je z hlediska financování průhledný, málo zneužitelný, a lze přesně odhadnout náklady na péči za rok podle vytvořené metodiky.
- ČNeoS má propracovanou metodiku platby, která může být podrobená diskusi zainteresovanými subjekty.

Podle této metodiky jsou náklady na péči o všechny patologické novorozence v r. 2006 v ČR cca 1.75 miliardy Kč tj 2.7% prostředků VZP vynaložených na ústavní péči v roce 2006.

Problematika rodných čísel

Čihař M.

Neonatologické oddělení FN Na Bulovce

Vážení kolegové,

je třeba akutně řešit současný stav, kdy matriky (na pokyn JUDr. Guluškinové, vedoucí Oddělení státního občanství a matrik Ministerstva vnitra ČR) přestaly poskytovat rodná čísla novorozenců jednotlivým porodnicím. Zdravotnická zařízení, bez rodných čísel, jen obtížně vykazují pojišťovně péči o novorozence. Kolabuje také systém vnitřní komunikace v některých nemocnicích (laboratoře, konzília, překlady novorozenců) a tím je ohrožena i vlastní zdravotní péče.

Novorozenecká oddělení se pokoušejí od rodičů, již propuštěných dětí, rodná čísla získávat – což pochopitelně nefunguje. Některé porodnice dostávají rodná čísla zpětně, z Centrálního registru pojištěnců. Situaci je třeba řešit systémově. Konzultovali jsme proto zainteresova-

né strany – Ministerstvo vnitra, Ministerstvo zdravotnictví a Úřad pro ochranu osobních údajů.

Podstata problému tkví v zákoně 301/2000 Sb. o matrikách, § 25. Zdravotnická zařízení zde nejsou vyjmenována mezi subjekty, kterým matrika může rodné číslo poskytnout. Bylo nám vysvětleno, že orgány veřejné správy mohou obecně činit pouze to, co jim zákon umožňuje. Ani plnou moc rodičů nelze uplatnit.

Zákon 301 je tedy třeba novelizovat. Vzhledem k tomu, že jsme neuspěli na příslušných ministerstvech, byli jsme nuceni (s prof. Plavkou) jednat ve Zdravotním výboru poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Bylo nám přislíbeno, že doplnění zákona bude předloženo na nejbližší schůzi sněmovny. V současné době jednáme s právníky o konkrétním znění příslušného paragrafu.

WWW.neonatologie.cz

Janota J.

Novorozenecké oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze

Vážení kolegové, členové České neonatologické společnosti!

Oznamuji spuštění zatím pracovní verze stránek ČNeoS. Jde o verzi, která je ještě ve vývoji a já Vás prosím o připomínky a návrhy na úpravu – zašlete je na e-mailovou adresu jan.janota@ftn.cz.

Výbor ČNeoS navrhuje zavést heslo pro přístup – přihlášení by mělo být využito k udání emailové adresy a tím získání kontaktu na členy ČNeoS.

Své příspěvky a oznámení, které chcete na Webu umístit, můžete zasílat už teď na adresu předsedy ČNeoS, nebo na moji – k uveřejnění na webu by mělo dojít do 10 dnů.

Zde je prozatímní adresa stránek <http://neoweb.kinalisoft.eu/>.

Definitivní funkční podoba stránek bude pak umístěna na www.neonatologie.cz po zapracování návrhu a připomínek.

Tvorba stránek probíhá, čekáme na Vaše podněty!

XXV. NEONATOLOGICKÉ DNY s mezinárodní účastí

Novorozenecké oddělení Fakultní nemocnice Olomouc,
Česká neonatologická společnost ČLS JEP
a Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc

pořádají

12.–14. listopadu 2008

v prostorách Regionálního centra v **Olomouci**

Témata:

- **Neinvazivní ventilační podpora**
- **Resuscitace novorozence. Použití kyslíku v resuscitaci. Oxidativní stres.**
- **Neonatální screening – komplexně.**
- **Varia.**

Přihlášku a bližší informace lze získat na webových stránkách www.neonatalogie.upol.cz nebo na adrese: MUDr. Lumír Kantor, Ph.D., Novorozenecké oddělení, Fakultní nemocnice, I. P. Pavlova 6, 775 20, Olomouc, Tel. 588 442 791, 588 444 144
Fax: 585 414 293
E-mail: Lumir.Kantor@fnol.cz
ICQ: 282-841-138, Skype: Lumir.Kantor

XXV. NEONATOLOGICKÉ DNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC, 12.–14. 11. 2008

PŘIHLÁŠKA K ÚČASTI

Vyplněnou přihlášku prosím odešlete **nejpozději do 31. 9. 2008** na adresu:
Ludmila Vašková, Konferenční servis Univerzity Palackého, Biskupské nám. 1, 771 47 Olomouc
 Tel: 585 631 054, Fax: 58 522 2802, **e-mail: ludmila.vaskova@upol.cz**
 Elektronická přihláška: www.neonatalogie.upol.cz

Aktivní účast ☐Pasivní účast ☐

Titul:	Příjmení:	Jméno:
---------------	------------------	---------------

*)Podle zákona č. 101 Sb./2000 žádáme o souhlas k použití osobních údajů pro evidenci účastníků. Souhlasím: ANO ☐ NE ☐

Instituce:			
Ulice:	PSČ:	Město:	
Tel.:	Fax:	E-mail:	
Mobil:			
REGISTRAČNÍ POPLATEK vč. 19% DPH v Kč	Úhrada převodem do 31. 8. 2008	Úhrada převodem po 31.8.2008	Úhrada u registrace
Registrační poplatek včetně oběda 13. 11. 2008	1400,-	1700,-	1900,-
Registrační poplatek do 30ti let-aktivní účast vč.oběda	700,-	900,-	1100,-

DOPROVODNÝ PROGRAM – objednávám ZÁVAZNĚ	Kč	ANO	NE
Společenský večer 13. 11. 2008 (nelze objednat a hradit u registrace)	350,-		
MÁM ZÁJEM O REZERVACI UBYTOVÁNÍ	Cena v Kč za pokoj//noc	Vyznačte	
Hotel Flora, jednolůžk.pokoj standard vč.snídaně	1150,-		
Hotel Flora, dvoulůžk. pokoj standard/2 osoby vč.sníd.	1650,-		
Hotel Flora, jednolůžkový pokoj LUX vč.sníd.	1715,-		
Hotel Flora, dvoulůžkový pokoj LUX/2osoby, vč. sníd.	2317,-		
Hotel Flora, jednolůžkový pokoj DELUX vč. sníd.	2148,-		
Hotel Flora, dvoulůžkový pokoj DELUX/2 osoby vč.snídaně	2768,-		
Pokud ubytování nežádáte, označte křížkem prosím pouze zde: nežádám			
Datum příjezdu:	Datum odjezdu:		

Podrobnější informace o ubytování v Olomouci najdete na www.olomoucko.cz

Ceny za

ubytování uvádíme pouze informativně.

KAŽDÝ ÚČASTNÍK SI UBYTOVÁNÍ V HOTELU PLATÍ SÁM

Registrační poplatky prosíme zaslat na účet Univerzity Palackého:

Komerční banka a.s., pobočka Olomouc, č.ú.: 19-1096330227/0100, v.s. 99902972

Název účtu: **Univerzita Palackého v Olomouci**

Pro účastníky ze zahraničí:

IBAN: CZ 090 1000 000 191096 330 227 BIC: KOMBCZPPxxx

V případě, že: - poplatek bude za účastníka **hradit zaměstnavatel**, prosíme uvést i **jméno účastníka**
 - budete požadovat **vystavení faktury** na převedenou částku, prosím o uvedení **IČO a DIČ:**

IČO:	DIČ:
-------------	-------------

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ

S vyplněnou přihláškou zasílejte kopii potvrzení o převodu registračního poplatku a dalších plateb!

Po 15. 9. 2008 nelze hradit poplatky převodem, pouze v hotovosti u registrace!

Datum:.....

Podpis:

XXV. NEONATOLOGICKÉ DNY, 12.-14.11. 2008, OLOMOUČ

PŘIHLÁŠKA K AKTIVNÍ ÚČASTI

Elektronická přihláška: www.neonatologie.upol.cz

Konečný termín odeslání přihlášky je 15.září 2008 !

**Odeslat na emaily: lumir.kantor@fnol.cz a
ludmila.vaskova@upol.cz**

Zaslat pouze s vyplněnou přihláškou k aktivní účasti. WORD, řádkování 2, velikost písma nejméně 10 cpi. Rozsah maximálně 250 slov.

Název práce velkými tučnými písmeny. První autor podržen. Jména autorů ve tvaru J.Novák, J. Nováček. Členění do odstavců Cíl, Materiál (soubor) a metodika, Výsledky, Závěr.

Abstraktum zašlete i Emailem – lumir.kantor@fnol.cz.

NÁZEV SDĚLENÍ:

AUTOŘI A PRACOVISTĚ:

ADRESA PŘEDKLÁDAJÍCÍHO AUTORA:

TELEFON:

FAX:

E-mail:

TYP PREZENTACE: Ústní sdělení ☐ Poster ☐

Organizační výbor si vyhrazuje možnost změny typu prezentace, počet ústních sdělení je omezen.

ZAŘAZENÍ DO TÉMATICKÉHO BLOKU:

Neinvazivní ventilační podpora ☐ Resuscitace. ☐ Neonatální screening ☐ Varia. ☐ Dle výběru org. výboru ☐

DATUM

PODPIS

Jen pro org. výbor:

Došlo

Abstraktum ano ne

Číslo abst.

TEXT ABSTRAKTA PŘEDNÁŠKY NEBO POSTERU

Neonatologická sekce ČAS ve spolupráci s NCO NZO Brno
pořádají



V. celostátní konferenci Neonatologické sekce ČAS

na téma:

NOVINKY V PÉČI O NOVOROZENCE

ve čtvrtek 5.11.2008



Místo konference:

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Brno, Vinařská 6, 603 00 Brno, velká posluchárna

Registrace dne 5. 11. 2008 9,30–10 00 hod.

Začátek prezentace 10 00 hod – předpokládaný konec 16 30 hod.
Akce je ohodnocena kredity dle vyhlášky č. 423/2004 Sb.

Konferenční poplatek:

Členové ČAS 150 Kč (účastník se prokáže kartou ČAS s osobním číslem)

Nečlenové ČAS 250 Kč

Platba proběhne složenkou, která bude zaslána přihlášeným účastníkům, aktivní účastníci neplatí.

Rámcový program konference:

- Novinky v dechové podpoře novorozence
- Řízení hypotermie novorozence

- Komfort novorozence

- Varia

Přihlášky se přijímají jen do vyčerpání kapacity sálu, tzn. 110 osob.

Přihlášky k aktivní účasti prosíme odeslat nejpozději do 31. 8. 2008

Kontaktní adresa pro aktivní účast:

Mgr. Jaroslava Fendrychová
Katedra ARIP NCO NZO Brno

Vinařská 6

603 00 Brno

e-mail: fendrychova@nconzo.cz

Kontaktní adresa pro pasivní účast:

Alena Muthsamová

Studijní oddělení NCO NZO Brno

Vinařská 6

603 00 Brno

e-mail: muthsamova@nconzo.cz

Přihláška na odborný program**V. celostátní konferenci Neonatologické sekce ČAS**

Jméno a příjmení (titul):		
Pracoviště:		
Kontaktní adresa:		
Člen ČAS:	☐ ANO ☐ NE	Členské číslo:
Tel:	Fax:	e-mail:

Aktivní účast: ☐ ANO ☐ NE**Název příspěvku:** -----
_____**Autor, pracoviště** -----
_____**Požadavky na techniku:** ☐ dataprojektor ☐ zpětný projektor ☐ diaprojektor ☐ video

Datum:

Podpis účastníka:

Pokyny pro autory

Důsledné respektování těchto pokynů ulehčí redakci mnoho času a autorům zajistí co nejlepší a nejrychlejší prezentaci jejich práce. Dodržujte důsledně všechny níže uvedené body. Zvláštní pozornost věnujte sestavení seznamu literatury, kde jsou možnosti redakce v opravování případných chyb omezené. Čtete pokyny vždy z co nejnovějšího čísla NL.

Práce musí být napsána v souladu s novými pravidly českého pravopisu. Výrazy, u nichž se připouští více tvarů, je nutné psát v celém sdělení jednotně. Víceslovný pojem je třeba psát jediným jazykem (česky, latinsky, nebo anglicky). Za původnost, obsah a stylistickou úroveň práce zodpovídají autoři. Pošlete jeden výtisk práce, včetně tabulek, grafů a zdrojových dat pro sestrojení grafů. Práce nadepisujte výstižným názvem, pod ním uveďte jméno a pracoviště všech autorů. Případnou příslušnost autorů k různým pracovištím označte. Na konci práce uveďte plné jméno autora, určeného ke kontaktu s redakcí, přesnou adresu pracoviště, ev. bydliště s telefonním číslem, faxem a e-mailovou adresou.

Kromě výtisku práce je nutné redakci dodat také počítačový soubor s textem, zásadně pořízený ve formátu Microsoft Word a zvlášť soubor s grafy vždy ve formátu Microsoft Excel (nikoliv jako soubor Power-point!!!). Soubory je možno odeslat spolu s výtiskem práce poštou na disketě 3 1/2, CD, nebo (přednostně) elektronickou poštou (e-mailem) na adresu ciharmar@seznam.cz. V prvním případě zasílejte pouze diskety, vyšetřené na přítomnost počítačových virů, ev. neproověřené, ale zcela nové, použité jen ke zkopírování posílaných souborů. V případě pochybností o doručení e-mailu je vhodné se s redakcí spojit telefonicky.

Při psaní nepoužívejte dělení slov, nikdy neodděluje jednotlivé řádky pomocí ENTER, k odsazení odstavců používejte klávesy TAB, na konci každého odstavce ENTER, po čárce a tečce následuje mezera. Nezaměňujte při psaní nulu a písmeno velké O (0/O). Očíslujte stránky, tabulky, obrázky, grafy i přílohy. Všechny použité zkratky musí být vysvětleny. U laboratorních hodnot používejte důsledně jednotky SI a správnou transkripci jednotek, včetně znaků řecké abecedy (např. nikoliv umol, ale ěmol). Užívejte horních a dolních indexů a speciálních znaků (např.: 10°, H₂O, ±, Δ, %, ‰, ä, ö...). Jednotky hodnot uvádějte též v grafech a tabulkách. Pacienty označujte zásadně pouze pořadovými čísly a nikoliv jmény či iniciálami.

Doporučujeme uvádět, do které z rubrik NL příspěvek zasíláte, jinak zařazení provede redakce.

Rubriky NL: *Původní práce*

Souborné referáty

Péče o novorozence

Kazuistiky

Diskuse

Krátká sdělení

Informace

Referátový výběr

Zprávy z cest

Korespondence

Osobní zprávy

Informace ČNeoS

Odborné akce

Inzerce

Komerční sdělení

Původní práce zahajuje výstižný souhrn psaný ve třetí osobě a klíčová slova (3–6), dále následují oddíly: *úvod, charakteristika souboru, metodika, výsledky, diskuse, závěr a literatura*. V pracích zaslaných do rubrik *Souborný referát*, *Péče o novorozence* (tj. z neonatologické praxe plus vše pro praxi) a *Kazuistiky* napište *vždy* alespoň úvod a klíčová slova.

Nad *tabulkou, grafem, obrázkem, či schématem* uveďte její označení číslem a popis (např. tab. 1. Hodnoty hemoglobinu), pod tabulkou uveďte ev. vysvětlivky.

V oddíle *Literatura* (citace z posledních 10 let, ev. starší jen při klíčovém významu pro sdělení) pište každou citaci na nový řádek s pořadovým číslem citace. Číselný odkaz uvedený v textu pište arabskou číslicí v kulaté závorce, bez tečky, např. (6). Neuvádějte literaturu, na kterou není číselný odkaz v textu práce.

Příklad pro citaci článku:

1. Gold, J. M., Kennedy, J. F., Smith, N. J.: Hyaline membrane disease. Amer. J. Dis. Child., 1992, s. 201–206.

Příklad pro citaci z monografie:

1. Avery, M. E., Ballard, R. E.: Diseases of the newborn, 6th ed., Philadelphia, Saunders Company, 1990, s. 515–537.

Používejte zkratky časopisů podle *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

V případě potřeby lze individuálně domluvit i otištění fotografií, RTG snímků či barevné přílohy.

NUTRICIA

Nutrilon



IMMUNOFORTIS = Unikátní a patentovaný způsob ochrany zdraví dětí

Podle čeho by se měl lékař rozhodnout při doporučení kojeneckého mléka, pokud maminka nemůže kojit?

Kojenecká výživa hraje zásadní roli v počátečním období života dítěte. Moderním trendem dnešní doby je obohacování mlék o různé přidané složky. Na trhu existuje mnoho značek, které slibují různé výhody pro dítě a předhánějí se v tom, co která obsahuje. Lékař by se měl v těchto tvrzeních vždy orientovat **podle předložené klinické evidence.**

Nutrilon je jiný.

Tvrzení spojovaná s výrobky značky Nutrilon **jsou vždy podložena klinickými studiemi.** Ty jsou mezinárodně uznávané a jsou všem lékařům k dispozici. Aby byl výrobek opravdu zdraví prospěšný, musí být obohacen o složky, které musí projít letitým výzkumem, jenž jejich význam potvrdí či vyvrátí.

S výrobky **Nutrilon má lékař jistotu,** že dítě dostává produkt, který skutečně **prospívá zdraví dítěte.**

Co je IMMUNOFORTIS?

IMMUNOFORTIS je patentovaná směs živin, která dodá nekojenému dítěti **efektivní imunitní ochranu,** prokazatelně nejpodobnější mateřskému mléku (MM). Jeho hlavní složkou je unikátní patentovaná a prokazatelně účinná směs prebiotických oligosacharidů GOS/FOS společnosti Nutricia.

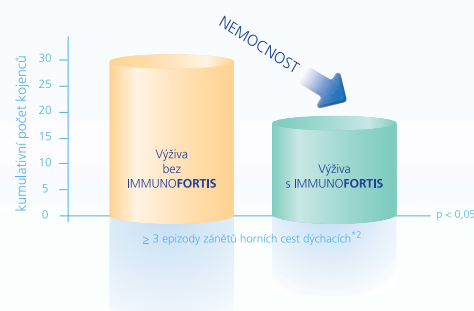
V čem se IMMUNOFORTIS odlišuje?

Složení IMMUNOFORTIS vychází ze vzoru MM, jehož efekt napodobuje. Např. struktura GOS/FOS napodobuje strukturu oligosacharidů MM. Tato struktura **je patentovaná a žádný další výrobce ji nemůže používat.** Jiné kombinace GOS či FOS jsou pak vždy odlišné a dle publikovaných studií bez účinků, které poskytuje dítěti MM. Také složení LCP tuků respektuje odborná doporučení a složení MM. To má, jak známo, dominantní kyselinu arachidónovou (AA) nad dokosa-hexaenovou (DHA). Nutrilon toto plně respektuje. Do celé základní řady jsou také přidávány nukleotidy.

Na trhu jsou i jiné výrobky s obsahem prebiotik (např. FOS, Inulinu, GOS či kombinace GOS+FOS). V čem je rozdíl?

Podstatný **rozdíl je ve funkčnosti a prospěšnosti.** Některé typy prebiotik nejsou ani schválené jako bezpečné, proto nejsou přidávány do počátečního mléka.^{*1} Klinické studie na jiné kombinace prebiotik neexistují a pokud ano, pak potvrdily, že dané prebiotikum nemá pro dítě žádný či jen minimální přínos.^{*2} IMMUNOFORTIS je jiný. Je unikátní z mnoha hledisek, neboť má prokázanou **bezpečnost** (proto může být přidáván již od počátečních mlék).^{*3} Jde o **jediné prebiotikum** na trhu^{*8} s klinickými studiemi prokazujícími komplexní účinky na:

1. **Snižování nemocnosti**^{*4}
2. Prospěšnou střevní mikroflóru^{*5}
3. Ochranné střevní pH = 5,5^{*6}
4. Posilování střevní stěny pomocí správného složení střevních mastných kyselin (SCFA)^{*7}



IMMUNOFORTIS snižuje nemocnost. Prokazatelně!

*1 EFSA: Opinion of the NDA Panel related to the safety and suitability for particular nutritional use by infants of fructooligosaccharides in infant formulae and follow-on formulae. 01/2007

*2 Guesry PR, Bodanski H., Tomsit E., et al. Effect of 3 doses of fructo-oligosaccharides in infants. J. Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 31 (suppl 2):S252

*3 European Commission documents SCF/CS/NUT/IF/35, and SCF/CS/NUT/IF/4 (2001).

*4 Boehm G. et al. Prebiotics in infant formula – Immune modulators during infancy. Nutrafoods 2005;4:51-7

*5 Knol J., van der Linde EGM et al. An IF containing prebiotics changes the intestinal microflora. J. Pediatr Gastroenterol Nutr 2003; 4;36:566

*6 Moro G., Mosca F. et al. Effects of a new mixture of prebiotics on fecal flora and stools in term infants. Acta Paediatr. 2003 (suppl. 441); 77-79

*7 Knol J., Scholtens P., Kafka C. et al. – Colon micro flora in infants: more like breast-fed infants. J. Pediatr Gastroenterol Nutr (in press).

*8 Dle klinických studií veřejně publikovaných v ČR k 03/2007.

NOVÁ VÝŽIVA PRO SPRÁVNÝ START

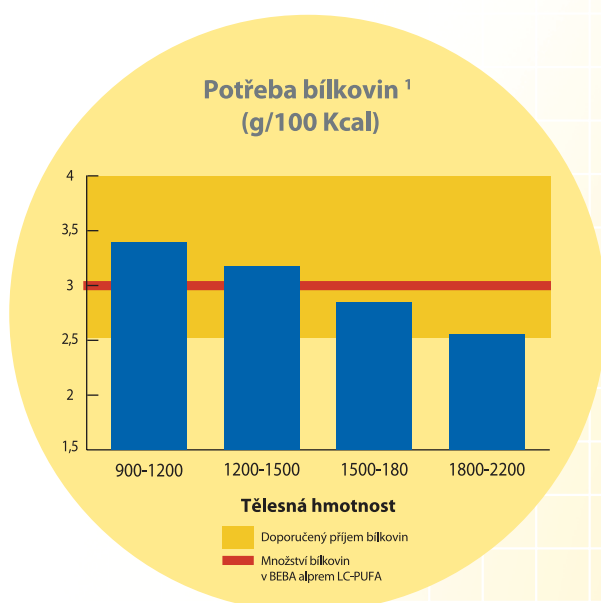


Nestlé

BEBA[®]

alprem LC-PUFA

Jedinečná výživa s hydrolyzovanou bílkovinou pro předčasně narozené děti a novorozence s nízkou a velmi nízkou porodní hmotností



**Optimální množství
hydrolyzovaných
bílkovin a energie
zabezpečující rychlé
hmotnostní přírůstky**

- **BEBA alprem LC-PUFA** - s hydrolyzovanou bílkovinou zajišťující lehkou stravitelnost a sníženou alergenicitu výrobku. U předčasně narozených kojenců je doporučováno přednostní používání hydrolyzované formule.²
- **BEBA alprem LC-PUFA** - obsahuje polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem (DHA, ARA, EPA a GLA), které mají imunomodulační vlastnosti a jsou důležité pro rozvoj mozku a zraku.
- **BEBA alprem LC-PUFA** - hlavním zdrojem bílkovin je lehce stravitelná syrovátka. Upravený aminokyselinový profil je blíže mateřskému mléku.

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Kojení je během prvních měsíců života dítěte nejlepší způsob výživy, proto mu dáváme přednost před výrobky kojenecké výživy. Dietetické kojenecké formule jsou speciální výživou, které by měly být používány pouze pod lékařským dohledem.

1. Ziegler E, Thureen PJ, Carlson S. Aggressive nutrition of the very low birthweight infant. Clin Perinatol, 2002; 29:225-44.
2. Frühauf, Fuchs, Polášková, Vernerová, Zlatohlávková: Alergie kojeneckého věku (vyd. Solen Print s.r.o., 2006).
3. Piccaud JC, Plan O, Pidoux O, Lachambre E, Van Egroo LD, Chapuis F, Salle BL: Growth and bone mineralization in premature infants fed preterm formula or standard term formula after discharge in very low birthweight infants. Poster presentation, ESPGHAN, Dresden, 2006.





SYNAGIS[®]
PALIVIZUMAB

Jediná dostupná imunoprofylaxe RSV infekcí u dětí*



Zkrácená informace o přípravku

Složení: Palivizumabum 50 mg nebo 100 mg v jedné lahvičce. Po naředění je koncentrace palivizumabu 100 mg/ml. **Indikační skupina:** Imunoglobuliny.

Indikace: Prevence závažného onemocnění dolních cest dýchacích vyžadujícího hospitalizaci, které je způsobeno respiračním syncytiálním virem u dětí, jež se narodily v 35. týdnu těhotenství nebo dříve a jsou v době začátku sezóny RSV mladší 6 měsíců, nebo u dětí mladších 2 let, u nichž byla v posledních 6 měsících nutná léčba pro bronchopulmonální dysplasii a u dětí mladších 2 let s hemodynamicky významnou srdeční vadou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na palivizumab, jinou složku přípravku nebo na jiné humanizované monoklonální protilátky. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji nervozita a horečka, méně často infekce horních cest dýchacích, virové infekce, leukopenie, rýma, kašel, průjem, zvracení, vyrážka, vzestup AST, vzestup ALT, atd. **Interakce:** Nebyly dosud popsány. **Zvláštní upozornění:** Byly hlášeny alergické reakce. Při středně těžkých až těžkých akutních infekcích nebo horečnatém onemocnění je oprávněné odložení aplikace palivizumabu. Lék je nutno aplikovat opatrně u pacientů s trombocytopenií nebo jinou poruchou hemokoagulace. **Doporučené dávkování:** 15 mg/kg hmotnosti jednou měsíčně v období rizika RSV v komunitě. První dávka by měla být podána před začátkem sezóny RSV, další v měsíčních intervalech během sezóny. Většina zkušeností byla získána s 5 injekcemi podanými během jedné sezóny.

Způsob podání: Intramuskulárně do oblasti stehna. Objem větší než 1 ml musí být aplikován v rozdělených dávkách. **Balení:** Injekční lahvička s obsahem 50 mg nebo 100 mg prášku, lahvička s 1 ml vody na injekci. **Podmínky uchování:** V chladničce (2 – 8 °C), chránit před mrazem. **Poslední revize textu:** Listopad 2008. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott Laboratories Limited, Queenborough, Kent ME11 5EL, Velká Británie. **Registrační číslo:** Synagis[®] 50 mg EU/1/99/117/001, Synagis[®] 100 mg EU/1/99/117/002.

Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků všeobecného zdravotního pojištění smluvním zdravotnickým zařízením formou ZULP. *Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se prosím, s úplnou informací o přípravku*

SYN05/09/10/00

* Informace o úhradách, cenách a výši případného doplatku léčivých přípravků (www.mzcr.cz)

Abbott Laboratories, s.r.o., Hadovka Office Park, Evropská 2590/33d, 160 00 Praha 6
tel.: 267 292 111, fax: 267 292 100, www.abbott.cz



Abbott
A Promise for Life