

BEZPEČNÉ MATEŘSTVÍ

Poporodní péče o matku a novorozence:

Praktická příručka WHO

Světová zdravotnická organizace je jednou ze specializovaných agentur Spojených národů, jejímž primárním úkolem jsou mezinárodní problematiky zdravotnictví a zdraví veřejnosti. Prostřednictvím této organizace, která byla vytvořena v roce 1948, si vyměňuje znalosti a zkušenosti v oblasti zdravotnické profese 189 zemí s cílem vytvoření takové úrovně zdraví všech lidí z celého světa, která jim umožní, aby vedli sociálně a ekonomicky produktivní život.

Prostřednictvím přímé technické spolupráce členských zemí a podpory spolupráce mezi nimi, WHO propaguje rozvoj rozsáhlé zdravotní péče, prevenci a léčbu nemocí, zlepšení podmínek životního prostředí, rozvoj zdravé pracovní síly, koordinaci a rozvoj výzkumu bioléčebných a zdravotních služeb a plánování a realizaci zdravotnických programů.

Tato široká pole úsilí zahrnují velké množství různých aktivit, jako jsou například vývojové systémy primární zdravotní péče, které jsou určeny pro celou populaci členských zemí; propagace zdraví matky a dítěte; boj proti podvýživě; sledování malárie a dalších přenosných nemocí včetně tuberkulózy a lepry; po úspěšném potlačení neštovic propagace masové imunizace jako prevence proti některým nemocem, zlepšení duševního zdraví; poskytování nezávadných zdrojů vody a školení zdravotního personálu všech kategorií.

Pokrok směrem k lepší úrovni zdraví po celém světě je také podmíněn spoluprací v takových oblastech jako jsou mezinárodní normy biologických látek, pesticidů a léčiv; formulace kritérií pro zdravé životní prostředí; doporučení mezinárodních nepatentovaných názvů pro léčiva, vypracování mezinárodních zdravotních norem; revize mezinárodních klasifikací nemocí, úrazů a příčin smrti a sběr a distribuce statistických informací o zdraví.

Další informace o různých aspektech práce WHO jsou uvedeny v publikacích této organizace.

ÚVOD

V tomto dokumentu jsou uvedeny výsledky technické konzultace kompletního rozsahu problematik, které se týkají poporodního období pro matku a novorozence. Ve zprávě se detailně uvádějí názory na potřeby matky a novorozence v období, které je rozhodující pro život a zdraví jak matky, tak jejího dítěte. Na základě vlastních pocitů žen z hlediska jejich potřeb během tohoto období a toho, které je před nimi, se v textu uvádějí hlavní zdravotní rizika pro matku a novorozence, popisuje se výživa a kojení, plánované rodičovství, imunizace a HIV/AIDS a v závěru se vede diskuse o klíčových prvcích péče a poskytnutí pomoci v poporodním období. Text je zakončen celou řadou doporučení pro toto kritické, a přesto nedostatečně prozkoumané a dosud ne zcela nápomocné období života matky a novorozence spolu s klasifikací běžných praktik v postpartu, které jsou rozděleny do čtyř kategorií: užitečné, škodlivé, nedostatečně průkazné a ty, které se často nevhodně používají.

OBSAH

	Strana
STRUČNÝ PŘEHLED.....	1
1 ÚVOD.....	6
1.1 Úvodní formule.....	6
1.2 Popis situace.....	6
1.3 Definice poporodního období.....	7
1.4 Potřeby matek a jejich novorozenců.....	8
1.5 Zaměření a obsah této zprávy.....	9
2 POPORODNÍ PROBLÉMY VNÍMANÉ MATKOU.....	11
2.1 Epidemiologické studie nemocnosti matky.....	11
2.2. Frekvence a typ zdravotních problémů.....	11
2.2.1 Infekce.....	11
2.2.2 Problémy s močovým měchýřem.....	12
2.2.3 Bolesti páteře.....	12
2.2.4 Časté bolesti hlavy.....	12
2.2.5 Bolesti pánve.....	12
2.2.6 Hemoroidy.....	13
2.2.7 Zácpa.....	13
2.2.8 Deprese, úzkost a extrémní únavnost.....	13
2.2.9 Bolest v perineu.....	13
2.2.10 Problémy s prsy.....	13
2.2.11 Anémie.....	14
2.3 Sexuální vztahy v poporodním období.....	14
2.4 Závěr.....	14
3 HLAVNÍ ZDRAVOTNÍ RIZIKA MATKY V POPORODNÍM OBDOBÍ	15
3.1 Poporodní krvácení.....	15
3.2 (Pre) eklampsie.....	16
3.3 Puerperální genitální infekce.....	17
3.4 Tromboembolická nemoc.....	18
3.5 Komplikace močového ústrojí.....	19
3.5.1 Zadržování moči.....	19
3.5.2 Inkontinence.....	19
3.5.3 Infekce.....	19
3.6 Problémy v oblasti perinea a vulvy.....	20
3.7 Puerperální mastitis.....	20
3.8 Psychologické problémy v poporodním období.....	20
4 VÝŽIVA MATKY.....	22
4.1 Úvod.....	22
4.2 Vliv těhotenství, porodu a poporodního období na stav výživy ženy	22
4.3 Dieta během těhotenství a v poporodním období.....	22
4.3.1. Doplnky výživy.....	22
4.3.2 Základní dieta po porodu.....	23
4.4 Prevence deficitu stopových prvků.....	23

4.4.1	Nedostatek jódu.....	23
4.4.2	Nedostatek vitamínu A.....	24
4.4.3	Nedostatek železa a kyseliny listové.....	24
5	NEBEZPEČÍ POŠKOZENÍ ZDRAVÍ NOVOROZENCE PO PORODU.....	26
5.1	Obecná problematika.....	26
5.2	Život ohrožující kojenecká nemocnost	26
5.2.1	Předčasný porod.....	26
5.2.2	Menší děti.....	26
5.2.3	Vrozené anomálie.....	27
5.2.4	Těžká bakteriální infekce.....	27
5.2.5	Novorozenecký tetanus.....	28
5.2.6	Porodní trauma novorozence	28
5.3	Další vážné příčiny úmrtnosti novorozenců.....	28
5.3.1	Porucha termoregulace.....	28
5.3.2	Žloutenka.....	29
5.3.3	Ophthalmia neonatorum.....	29
5.3.4	Herpes infekce novorozence.....	30
5.3.5	Hepatitis B.....	30
5.3.6	Infekce způsobená virem HIV.....	30
5.4	Závěr.....	30
6	KOJENÍ.....	31
6.1	Význam kojení.....	31
6.2	Začátek kojení.....	31
6.2.1	Časně přisátí.....	31
6.2.2	Poloha a přiložení kojence k prsu.....	32
6.2.3	Nutnost zabránit přikrmování.....	32
6.3	Jak se kojí.....	32
6.3.1	Rooming-in a neomezené kojení.....	32
6.4	Propagace kojení z prsu.....	33
6.4.1	Komerční sady ke kojení.....	33
6.4.2	Deset bodů správného kojení.....	33
6.5	Potlačení laktace.....	33
6.6	Překážky zabraňující kojení.....	34
7	INTERVALY MEZI PORODY.....	35
7.1	Úvod.....	35
7.2	Metoda laktační amenorrhei (LAM).....	35
7.2.1	Kriteria pro použití LAM.....	36
7.3	Hormonální antikoncepce.....	37
7.3.1	Kombinovaná orální kontraceptiva.....	37
7.3.2	Kontraceptiva na bázi čistého progesteronu.....	38
7.4	Ostatní metody antikoncepce.....	39
7.4.1	Nitroděložní tělíška.....	39
7.4.2	Bariérové metody.....	39
7.4.3	Sterilizace ženy.....	39
7.4.4	Sterilizace muže.....	39
7.5	Závěr.....	40
8	INFEKCE HIV/AIDS.....	41

8.1	Úvod.....	41
8.2	Vertikální přenos.....	41
	8.2.1 Přenos v době těhotenství a při porodu.....	41
	8.2.2 Postnatální přenos.....	41
8.3	Poporodní nemocnost matky ve spojení s infekcí HIV/AIDS.....	42
8.4	Ochrana zdravotnického personálu a pacientů proti infekci.....	43
8.5	Testy na HIV - výhody a nevýhody.....	44
8.6	Úkoly pečující osoby	45
9	IMUNIZACE.....	46
9.1	Úvod.....	46
9.2	Klíčové choroby.....	46
9.3	Plán imunizace v prenatálním a postnatálním období.....	47
9.4	Poporodní pasivní imunizace proti alergii na Rh faktor.....	48
9.5	Poporodní očkování proti zarděnkám.....	48
10	PÉČE A OŠETŘOVATELSTVÍ V POPORODNÍM OBDOBÍ.....	49
10.1	Riziko ošetřovatelství	49
10.2	Cíle a plánování poporodní péče.....	49
	10.2.1 Místo poskytování péče.....	50
10.3	První hodiny po porodu.....	51
	10.3.1 Dítě.....	51
	10.3.2 Matka.....	51
	10.3.3 Porody ve zdravotnickém zařízení.....	51
	10.3.4 Poradenství a sledování.....	52
10.4	První týden po porodu.....	52
	10.4.1 Délka pobytu ve zdravotnickém zařízení.....	52
	10.4.2 Zhodnocení stavu matky a novorozence a poradenství.....	52
	10.4.3 Plán poporodních návštěv.....	54
10.5	První měsíce.....	54
10.6	Integrovaná péče.....	55
10.7	Kdo jsou pečující osoby?.....	56
11	DOPORUČENÍ.....	58
12	REFERENCE.....	61
DODATEK 1: KLASIFIKACE PRAKTIK PŘI PÉČI PO PORODU		
DODATEK 2: SEZNAM AUTORŮ		

PODĚKOVÁNÍ

Poporodní péče představuje zvláštní úkol, nejen proto, že se týká minimálně dvou lidí s velmi rozdílnými potřebami - matky a jejího dítěte - ale také z toho důvodu, že do kvalitní poporodní péče je zapotřebí zahrnout velký rozsah různých oborů. A proto nebylo lehké sjednotit jejich význam a vytvořit rovnováhu v jejich zastoupení.

Technická pracovní skupina by tedy ráda poděkovala a je hluboce zavázána profesorovi Pietrovi Treffersovi za jeho rozvážnou expertízu při koordinaci mnoha aspektů jeho práce týkající se poporodního období, za sepsání základního dokumentu, který vytvořil bázi pro diskuse a návrh současné zprávy ze zasedání. Dr. Soledad Diaz zajistil, že ta velká spousta různých názorů na poporodní období, které vznesli účastníci, se detailně prozkoumala. Seznam účastníků je uveden na konci této zprávy.

Světová zdravotnická organizace tímto děkuje za finanční podporu od japonské vlády při sestavování uvedených zásad pro péči během poporodního období. Divize reprodukčního zdraví tímto děkuje vládám následujících zemí za jejich nespécifikovanou finanční podporu, která umožnila vznik tohoto dokumentu:

Rakousko
Itálie
Holandsko
Švédsko
Švýcarsko
Velká Británie

STRUČNÝ PŘEHLED

Když se ženě narodí dítě, které chtěla, je to obvykle radostná událost. Přes bolest a nepohodlí je porod dlouho očekávanou kulminací těhotenství a začátkem nového života. Porod je však také kritickým obdobím pro zdraví matky a jejího dítěte. Mohou nastat problémy, které, pokud se ihned a účinně nevyřeší, mohou vést k poškození zdraví a dokonce i ke smrti jednoho z nich, nebo obou. Přesto se poporodní období často v péči o matku zanedbává. Nedostatečná poporodní péče ignoruje fakt, že většina úmrtí matky a různých poškození nastává v poporodním období a že časná nemocnost novorozence je stále vysoká.

Tabulka 1 Potřeby matky

V poporodním období potřebují matky:

- * informaci/poradenství o následujícím
 - péče o dítě a kojení
 - co se děje s jejich tělem - včetně příznaků možných problémů
 - vlastní péče - hygiena a hojení
 - sexuální život
 - antikoncepce
 - výživa
- * podporu ze strany
 - pečujících osob
 - partnera a rodiny: emocionální, psychologickou
- * zdravotní péči z hlediska skrytých nebo zjevných komplikací
- * čas na péči o dítě
- * pomoc s domácími pracemi
- * mateřskou dovolenou
- * sociální reintegraci do vlastní rodiny a společnosti
- * ochranu před ublížením/násilím.

Ženy se mohou bát:

- * méněcennosti
 - * ztráty soukromí v manželství
 - * izolace
 - * neustálé zodpovědnosti při péči o dítě a ostatní
-

Poporodní období, neboli puerperium, začíná jednu hodinu po porodu placenty a přetrvává po dobu následujících šesti týdnů. V poporodní péči by měly být zahrnuty potřeby matky a dítěte v tomto zvláštním období (viz tabulky 1 a 2) a měly by mezi ně patřit: prevence a včasná detekce a léčba komplikací a nemocí a poskytnutí poradenství a praktické pomoci při kojení, informace o plánovaném rodičovství, imunizaci a výživě matky.

Poporodní krvácení je jednou z nejvýznamnějších příčin smrti matky. Každý rok takto umírá 150 000 žen a téměř v devíti případech z deseti nastává smrt do čtyř hodin po porodu. Anemická žena je obvykle méně schopna se vyrovnat s krevní

ztrátou než žena, která má správnou výživu. Během prvních hodin po porodu se musí pečující osoba ujistit o tom, že je děloha správně zavinitá a že nedošlo k velké krevní ztrátě. Při velmi silném krvácení může být transfúze jediným způsobem, jak zachránit ženě život.

Puerperální infekce, jako je například sepse, představují stále hlavní příčiny úmrtnosti matky v mnoha rozvojových zemích. Hlavním příznakem je teplota a hlavní léčbou antibiotika, i když prevence pomocí zajištění čistoty a hygieny při porodu je samozřejmě to nejlepší, co se může udělat.

- Eklampsie je třetí nejzávažnější příčinou úmrtí matky na celém světě. Žena, která trpí eklamsií, nebo závažnou preeklamsií v prvních dnech po porodu, by se měla hospitalizovat. Nejlepší léčbou je magnesium sulfát.

Tabulka 2 Potřeby novorozence

V poporodním období potřebují novorozenci:

- * snadný přístup k matce
- * vhodnou výživu
- * přiměřenou teplotu okolního prostředí
- * bezpečné místo
- * rodičovskou péči
- * čistotu
- * někoho, kdo o ně pečuje a sleduje příznaky jejich organismu a v případě potřeby zasáhne
- * přístup k zdravotní péči v případě podezření na vznik komplikací, nebo jejich projevy
- * výživu, mazlení, stimulaci
- * ochranu před
 - nemocí
 - nezdravými praktikami
 - ublížením/násilím
- * pozitivní přijetí z hlediska
 - pohlaví
 - vzhledu
 - velikosti
- * uznání ze strany státu (systém registrace novorozenců)

Mezi další poporodní komplikace patří problémy s močovým ústrojím, jako jsou infekce, zadržování moči, nebo inkontinence. Mnoho žen také trpí několik týdnů bolestí v peritoneu a vulvy, zvláště pokud došlo k poškození tkáně, nebo se v druhé době porodní provedla epiziotomie. Perineum ženy by se mělo pravidelně prohlížet, aby byla jistota, že nedošlo k infekci.

Psychologické problémy v poporodním období bývají také běžné. Dají se však omezit přiměřenou sociální podporou a péčí poskytovanou vyškolenými pečujícími osobami během těhotenství, porodu a v poporodním období.

Stav výživy ženy během dospívání, těhotenství a laktace má také přímý vliv na zdraví matky a dítěte po porodu. Příjem potravy by měl být u ženy po porodu

vyšší, aby se doplnila energie, která se ztratí kojením. Mezi tři základní vitamínové nebo minerální poruchy ve výživě v poporodním období patří nemoci způsobené nedostatečným přísunem jódu, vitamínu A a případě železa anémie. Hlavními příčinami nedostatku stopových prvků je malý přísun potravin, které tyto prvky obsahují a porucha jejich absorpce nebo využití. Mezi preventivní a léčebná opatření patří pravidelný přísun vhodných potravin, posílení stravy a doplňky výživy pro těhotné a kojící ženy a kojence včetně starších dětí.

Zdraví a prosperita novorozence může být také ovlivněna různými podmínkami. Mezi nejběžnější příčiny úmrtí a postižení v postnatálním období patří předčasný porod, sepse novorozence, respirační infekce, novorozenecký tetanus a infekce pupeční šňůry, vrozené anomálie a porodní trauma nebo asfyxie. Novorozenci narození předčasně, nebo mající nízkou porodní váhu, mívají nižší tělesnou teplotu a jsou náchylnější k infekci, častěji potřebují resuscitaci a hůře se krmí. Matky a zdravotnický personál mohou zabránit vzniku nebezpečí ztráty tepla tím, že zajistí vhodnou teplotu místnosti a ponechají dítě v blízkosti matky.

V rozvojových zemích představují infekce stále hlavní příčinu ohrožení novorozence. Stejně jako v případě puerperální sepse u matky, je možné rozsah této infekce obrovsky snížit tím, že se zajistí pro porod hygienické podmínky a pro ty, kdo jsou přítomni budou platit základní pravidla čistoty, jako je mytí rukou.

Žloutenka se u novorozenců vyskytuje zcela běžně a obvykle vymizí bez léčby, ale může být zvláště nebezpečná pro předčasně narozené děti, nebo děti s nízkou porodní váhou. Ophthalmia neonatarum je výtok z očí, který se objeví v prvních dvou týdnech života, ale může se mu preventivně zabránit aplikací masti, nebo očních kapek během první hodiny po porodu.

Zahájení a udržování kojení by mělo být jedním z hlavních cílů v poporodní péči. Mléko z prsu poskytuje optimální výživu pro novorozence, chrání je proti infekcím a alergiím a posiluje vazbu mezi matkou a dítětem. Dítě by se mělo dát matce na břicho ihned po porodu, aby se vytvořil tzv. kontakt „skin-to-skin“ a pro dítě se tak umožní časné přiložení k prsu, jakmile se projeví známky připravenosti - běžně 1/2 - 1 hodinu po porodu. V ústavech by se měli kojenci ponechávat u matek a měla by se poskytnout neomezená možnost kojení. Matky potřebují pomoc a radu v tom, jak mají kojit. Příkrmování se nedoporučuje.

Během poporodního období potřebují ženy poradit o antikoncepci. Pokud matka plně kojí, může se spolehnout, alespoň v období prvních šesti týdnů, na antikoncepční účinek laktační amenorrhoe (LAM). Pokud je po šesti týdnech zapotřebí zajistit alternativní antikoncepci, mezi používané metody patří tableta čistého progestinu, injekce depotního medroxyprogesteronu acetátu (DMPA), nitroděložní tělísko (IUD), nebo bariérové ochrany, jako je například pesar, nebo kondomy. Během prvních měsíců laktace se kombinovaná orální kontraceptiva nedoporučují.

Poporodní období je významnou příležitostí k tomu, abychom se mohli domluvit s ženami, jejich partnery a rodinami o možnosti provedení testu na HIV, pokud se tato příležitost zmeškala během těhotenství. Pokud je test pozitivní, je zapotřebí provést instruktáž o možné léčbě nebo preventivních opatřeních. V mnoha oblastech chudých na zdroje převažuje riziko průjmových onemocnění nebo podvýživy vlivem nevhodné nebo nedokonalé přípravě umělého mléka nad rizikem nákazy HIV prostřednictvím kojení. Poradny pro matky by měly provádět příslušná preventivní opatření k ochraně zdravotnického personálu a matek proti infekci.

Všechny matky by měly být imunizovány alespoň dvěma dávkami protitetanové látky, aby se chránily jak ony, tak jejich novorozenci. Třetí dávka následuje 6 měsíců po druhé a poslední dvě minimálně rok po dalším těhotenství. V místech, kde existuje velké riziko infekce tuberkulózy, by se měla brzy po porodu podat novorozencům dávka BCG. Vakcína záškrt-tetan-černý kašel se doporučuje u všech dětí v 6. 10. a 14. týdnu po narození. Jedna orální dávka proti obrně by se měla podat při porodu nebo do dvou týdnů života a běžná imunizace proti obrně by měla pokračovat v 6, 10. a 14. týdnu. V místech, kde dochází k častému perinatálnímu přenosu hepatitidy B, by se měla podat první dávka vakcíny proti hepatitidě B co nejdříve po porodu a měly by následovat další dávky v 6. a 14. týdnu.

Pomoc poraden ženám po porodu by měla být založena na potřebách a zdravotních rizicích, o kterých jsme se zmiňovali, přičemž by měla obsahovat veškeré zásadní prvky, které jsou zapotřebí pro zdraví matky a jejího novorozence a měla by se poskytovat integrovaně. Kvalifikovaná péče a včasná identifikace problémů by mohla snížit úmrtnost a postižení spolu s přístupem k funkčním poskytovaným službám s efektivní krevní transfúzí a chirurgickou kapacitou. Při plánování poporodních návštěv se zdá, že existují „zásadní“ momenty, kdy kontakt se systémem zdravotní péče nebo pečující osobou může být nástrojem k identifikaci a odezvě na potřeby a komplikace. Tyto stručně vyjádřit vzorcem „6 hodin, 6 dnů, 6 týdnů a 6 měsíců“. V následující tabulce č. 3 jsou nastíněny základní linie péče, která se může nabídnout v každém kontaktním místě během poporodního období. Důležitější než přesný, ale nerealizovatelný program návštěv je možnost, aby všechny ženy měly přístup k pečující osobě, která jim poskytne služby tehdy, kdy je potřebují.

Je nutné vytvořit kvalitní infrastrukturu poskytování takové služby, která je kompletní, kulturně citlivá a která odpovídá potřebám těhotných žen a jejich rodinám. Mezi prvky této infrastruktury patří strategie, služba a poskytnutí péče, vývoj nástrojů, školení a problematiky lidských zdrojů, ochrana zdraví, propagace a výzkum.

Tabulka 3 Klíčové prvky poporodní péče

	6-12 hodin	3-6 dnů	6 týdnů	6 měsíců
Dítě:	dýchání teplo kojení pupečník imunizace	kojení infekce běžné testy	hmotnost/kojení imunizace	vývoj odstavení
Matka:				

krevní ztráta bolest BP poradenství/ varovné příznaky	péče o prsa teplota/infekce očistky nálada	zotavení chudokrevnost antikoncepce	celkový zdrav.stav antikoncepce pokračující nemocnost
--	---	---	--

1 ÚVOD

1.1 Úvodní formule

Poporodní období představuje kritickou přechodnou dobu pro ženu, jejího novorozence a její rodinu na fyziologické, emocionální a sociální úrovni. A přesto, jak v rozvojových, tak rozvinutých zemích se potřeby žen a jejich novorozenců v tomto období příliš často zastiňují pozorností věnovanou těhotenství a porodu. Toto zastínění ignoruje fakt, že většina úmrtí matky a postižení se vyskytují v poporodním období (viz následující obr. 1) a že výskyt časného úmrtí novorozence je stále vysoký.

Často z důvodu ekonomických hledisek se ženám a jejich novorozencům poskytuje povrchní, nebo téměř žádná péče doma, nebo zdravotnická zařízení málo přispívají k upevnění jejich zdraví a poskytují slabou základnu pro jeho budoucnost. Málo kvalitní péče

omezuje možnosti pro propagaci zdraví a pro včasnou detekci a přiměřené zvládnutí problémů a nemoci.

Obr. 1: Kdy ženy umírají - období, ve kterém umírají matky v rozvojových zemích

Zmíněný nedostatek péče v poporodním období je odrazem nedostatku průkaznosti výzkumu účinných zásahů v extrémně nestejně úrovni poskytování péče (pokud úplně nechybí) a špatných ekonomických nebo sociálních infrastruktur, které mají poskytovanou péči umožňovat. Sympozium Světové zdravotnické organizace, které se uskutečnilo v roce 1986 v Tersu (WHO 1986) částečně projednalo některé z těchto chybějících článků, ale protože bylo organizováno regionálními úřady pro Evropu a Ameriku, nebylo dostatečně reprezentativní s ohledem na podmínky v mnoha jiných oblastech. Od vydání publikace *Mother-Baby Package* (WHO 1994d) je nutně zapotřebí vytvořit globální směrnice praktik pro různé fáze těhotenství. V květnu roku 1997 svolala WHO Technickou pracovní skupinu (TWG) pro Poporodní péči o matku a novorozence. Jednání a tato zpráva je souhrnem série technických konzultací, do kterých se zařadila předporodní péče, fyziologický porod a základní péče o novorozence. Hlavním úkolem této schůzky byla revize a analýza existujících informací a vytvoření jasných doporučení pro poskytování poporodní péče jak pro matku, tak novorozence. Tato zpráva se zaměřuje na potřeby žen a jejich novorozence během tohoto kritického období a popisuje reakci systému zdravotnictví na tyto potřeby se speciálním důrazem na důležitost koordinované, integrované odezvy.

1.2 Popis situace

Poporodní období je velmi zvláštní fáze života ženy a jejího novorozence. Pro ženy, které prožívají porod dítěte poprvé je to asi nejvýznamnější událost, která změní jejich dosavadní život. Je poznamenán silnými emocemi, dramatickými tělesnými změnami, novými a pozměněnými vztahy a předpokladem přizpůsobení se novým rolím. Jedná se o období významného přechodu, které klade obrovské nároky na ženinu přizpůsobivost a schopnost přijmout nové podmínky. Pro mladou dívku toto období někdy představuje zmatené zrychlení normálního přechodu do nové identity jako ženy a matky. Poporodní období je jak sociální, tak osobní změna a jeho význam je mnohem větší, než pouhé fyziologické změny, které s sebou přináší. Pro většinu žen nepředstavuje žádné velké drama a je důvodem k oslavě a pocitu úspěchu, i když některým ženám přinese ztráta dítěte nebo jeho narození s těžkým poškozením zármutek a bolest.

Poporodní období, bez ohledu na to kolikrát ho žena prožije, tvoří součást fyziologického pokračování reprodukčního cyklu. Tento fakt by se měl odrazit v péči, která vezme toto pokračování do úvahy: kvalita předporodní a porodní péče může vést k hladšímu průběhu poporodního období; je nezbytné zajistit návaznost mezi všemi úrovněmi a typy péče o Reprodukční zdraví a Zdraví dítěte, i když je důležité, aby se toto období zbytečně nemedikalizovalo. Kvalita poporodní péče je dlouhodobá investice do budoucího zdraví ženy a jejího dítěte.

Rodové zvyklosti a otázka moci ve velké míře určují, co se stane se ženou a jejím novorozencem v poporodním období, zvláště s ohledem na obnovení sexuální aktivity. Přes výrazné místní a regionální rozdíly existuje obecné uznání pro rodičku a jejího novorozence ze strany společnosti, státu a zdravotnictví a jejich právo ochrany a jejich právo na pozornost věnovanou jejich psychologickým, psycho-sociálním a kulturně-environmentálním potřebám. Nicméně v některých oblastech tento „zvláštní stav“ může být novorozenci odepřen v okamžiku, kdy se předpokládá, že už určitě přežije, nebo pokud se jedná o „nesprávné“ pohlaví, nebo výskyt nějaké vady. A také žena může být v některých kulturách považována za „kontaminovanou“ tím „špinavým“ procesem porodu a výsledkem je její vyloučení ze společnosti. Je zapotřebí chránit práva jak dítěte, tak ženy a vyloučit všechny druhy diskriminace. Mnoho tradičních praktik je prospěšných, nebo neškodných, ale některé mohou být škodlivé. Tyto je potřeba objasnit, protože změna praktik je dlouhodobý a citlivý proces.

1.3 Definice poporodního období

Slova „postpartum“ a „postnatální“ se někdy zaměňují. V této zprávě používáme slovo „postpartum“, kromě těch pasáží, kde se mluví výhradně o novorozenci. V těchto odstavcích se pak používá slovo „postnatální“. Poporodní období (někdy se mu také říká puerperium) podle definic uvedených v západních učebnicích začíná krátce po porodu placenty. Obvykle se interval zhruba jedné hodiny po tomto okamžiku považuje za součást porodu; během této doby se provádí okamžitá péče o matku (například zhodnocení jejího stavu, šití, zjištění krevní ztráty) a novorozence (zhodnocení jeho stavu, udržování tělesné teploty, první přiložení k prsu, atd.) podle popisu ve zprávě WHO nazvané *Care in normal birth - Péče při fyziologickém porodu* (WHO 1996a) a *Essential newborn care - Základní péče o novorozence* (WHO 1996b). Mezi porodem a poporodním obdobím existuje plynulý přechod. V tomto dokumentu shrnujeme a navazujeme na diskusi zmíněných zpráv WHO.

Pro termíny „období postpartum“ a „puerperium“ (které jsou více méně synonyma) prozatím neexistuje oficiální definice. Přesto Světová zdravotnická organizace formálně určila prvních 28 celých dnů po narození dítěte jako neonatální období. I když to není oficiálně schváleno, předpokládá se, že období postparta končí šestým týdnem po porodu. Doba 6 týdnů zapadá velmi dobře do kulturních tradic v mnoha zemích, kde se často prvních 40 dnů po porodu považuje za dobu zotavení pro matku a jejího novorozence. V mnoha zemích se běžně naplánuje poporodní návštěva a vyšetření. Šest týdnů po porodu se organismus ženy ve velké míře navrátí do normálního stavu. Děloha a pochva mají opět rozměry jako před otěhotněním. Fyziologické změny během těhotenství, jako zvýšený výkon srdce a objem krve, zvýšené množství extracelulárních tekutin (otok) a změny složení krve, se upraví. Náhlý pokles placentárních hormonů po porodu a zahájení laktace vyvolají obrovské endokrinologické změny v prvních týdnech, ale po šesti týdnech se stav ustálí. Psychosociální adaptace matky, dítěte a rodiny na novou situaci se obvykle dostane do nové rovnováhy. Přesto to neznamená, že se žena navrátí do téhož stavu jako před otěhotněním: laktace obvykle pokračuje, často ještě nedojde k normalizaci menstruačního cyklu a sexuální aktivita se dosud neobnovila. Antikoncepce, i když je velmi důležitá, může být v tomto období pro mnoho partnerů problematická. Pro novorozence není konec šestého týdne rozhodující moment pro další život, ale pokračování či ukončení laktace je přímo spojena se sociálními a ekonomickými aktivitami matky a volbou antikoncepční metody. I když se v této zprávě věnuje pozornost především prvním šesti týdnům po porodu, je naprosto jasné, že život ženy a jejího dítěte pokračuje, a proto se diskuse v příslušných bodech bude věnovat i následujícím týdnům.

1.4 Potřeby matek a jejich novorozenců

Zvláštní období s sebou nese zvláštní potřeby. Výzkum v oblasti potřeb matek a novorozenců v poporodním období je velmi slabý. Provádělo se několik výzkumných prací o postojích a zkušenostech žen různého etnického původu, které se přistěhovaly do rozvinutých zemí (Woollet & Dosanj-Matwala 1990, Rossiter 1992). Tyto ženy většinou prožívaly velké rozdíly mezi jejich kulturními tradicemi a péčí, kterou jim poskytovali v nemocnicích. V Jemenu se prováděly pohovory se ženami o jejich zkušenosti s moderní předporodní, porodní a poporodní péčí na klinikách (Kempe et al 1994). V Austrálii se prováděl průzkum vzorku populace u žen, které porodily ve Victorii v období jednoho týdne v roce 1989 a sdělovaly své zkušenosti získané během těhotenství, porodu a počátečního období mateřství (Brown et al 1994). Provedl se sběr údajů o depresi, sociálním kontextu mateřství, práce a rodiny. Částečně na základě nedostatečných údajů v literatuře, ale hlavně na základě osobní zkušenosti členů skupiny, TWG formulovala potřeby dětí a novorozenců následovně:

V poporodním období potřebují ženy:

- * informaci/poradenství o
 - péči o dítě a kojení
 - co se děje s jejich tělem a uvnitř něj - včetně příznaků možných problémů
 - osobní péče - hygiena a hojení
 - sexuální život
 - antikoncepce
 - výživa
- * podporu od
 - pečujících osob poskytujících zdravotní péči
 - partnera a rodiny - emocionální a psychologickou
- * zdravotní péči z hlediska skrytých nebo zjevných komplikací
- * čas na péči o dítě
- * pomoc s domácími pracemi
- * mateřskou dovolenou
- * sociální reintegraci do vlastní rodiny a společnosti
- * ochranu před ublížením/násilím.

Ženy se mohou bát:

- * nedocenění
- * ztráty soukromí v manželství
- * izolace
- * neustálé zodpovědnosti při péči o dítě a ostatní.

Novorozenci potřebují:

- * snadný přístup k matce
- * vhodnou výživu
- * přiměřenou teplotu okolního prostředí
- * bezpečné místo
- * rodičovskou péči
- * čistotu
- * někoho, kdo o ně pečuje a sleduje příznaky jejich organismu a v případě potřeby zasáhne
- * přístup k zdravotní péči v případě podezření na vznik komplikací, nebo jejich projevy
- * výživu, mazlení, stimulaci
- * ochranu před
 - nemocí
 - nezdravými praktikami

- ublížením/násilím
- * pozitivní přijetí z hlediska
 - pohlaví
 - vzhledu
 - velikosti
- * uznání ze strany státu (systém registrace novorozenců)

Je zapotřebí blíže vysvětlit pojmy „ochrana před ublížením/násilím“ a „pozitivní přijetí pohlaví“. Údaje o násilí v rodinách ukazují, že násilí páchané na těhotné ženě, nebo ženě krátce po porodu není výjimkou. V nedávné zprávě z Indie se uvádí, že asi 15,9% úmrtí matek bylo zaviněno násilím (Ganatra et al 1996). V Británii se tento typ násilí uvádí v jednom případě ze čtyř a zdá se, že největší riziko hrozí v poporodním období (Mezey & Bewley 1997). Matky a novorozenci se mohou stát oběťmi, a to nejen v Británii. Vněkterých zemích silná preference veřejnosti novorozenců mužského pohlaví s sebou nese hrozbu pro novorozená děvčátka. Studie v jižní Indii odhalila vzrůst novorozenecké úmrtnosti děvčátek, která tvořila asi jednu třetinu celkové perinatální úmrtnosti. Riziko bylo ještě větší pro děvčátka, která se narodila vícerodičkám bez synů (Nielsen et al 1997).

1.5 Zaměření a obsah této zprávy

Tato zpráva se zaměřuje na potřeby žen a jejich novorozenců, zdravotní rizika v poporodním období a odezvu systémů zdravotní péče na tyto potřeby a rizika. Jejím účelem je sestavit koherentním způsobem důkazy a argumenty pro správnou praxi v této oblasti a vytvořit základy pro poskytování skutečně integrované péče.

Úvodním bodem jsou potřeby ženy a jejího novorozence. Tyto potřeby jsou logickým odůvodněním pro péči a služby, které se zde popisují. V prvním případě jsou tyto služby určeny k tomu, aby uspokojily potřeby zdravých žen a jejich novorozenců, ale musí se také nezbytně týkat poskytnutí služeb těm, jejichž poporodní období není bez problémů. Mnoho těchto problematik je detailně obsaženo v jiných dokumentech WHO a účelem této zprávy není opakovat jejich obsah, i když se na ně v případě nutnosti odkazuje. Péče v poporodním období se obrovsky liší v závislosti na zemích a jednotlivých oblastech. V mnoha zemích probíhá většina porodů doma, ostatní porody se soustřeďují do zdravotnických zařízení, nemocnic, nebo jiného zařízení. Někdy může matka a její dítě zůstat ve zdravotnickém zařízení několik dnů, ale mnohdy se propouští rychle, během několika dnů nebo dokonce hodin a před sebou má dlouhou cestu domů s novorozencem na klíně. Péče pro tyto matky a novorozence, kromě toho, co jim tradičně poskytne rodina v některých oblastech, je někdy nesmírně omezená. V této zprávě se posuzuje péče poskytovaná v některých oblastech a doporučení se zaměřují především na péči po porodu, kterou provádí primární pečující osoby a to často doma nebo na úrovni zdravotnického střediska. Mnohdy se tito pečovatelé musí potýkat s obtížnými okolnostmi; i když se doporučení z této zprávy také týkají péče v ideálnějších podmínkách.

Zatímco se veškeré úsilí soustředilo na vytvoření základních doporučení Technické pracovní skupiny podloženými průkaznou evidencí a výsledky výzkumu, pokud taková informace chyběla, bylo zapotřebí se orientovat směrem k výsledkům správné praxe. Při čtení textu by mělo být jasné, kde taková situace nastala a doporučení pro další výzkum uvedená v bodě 11 uvádějí mnoho oblastí poporodní péče, pro které existuje nedostatečná průkaznost, nebo neexistuje vůbec.

Protože nebyl k dispozici nedostatek údajů o poporodní péči, nebo byly nahodilé, bylo zapotřebí vytvořit přehled rizik, s kterými se potýká plánování zdravotní péče z hlediska zdravotních potřeb matky a jejího novorozence během tohoto období. V úvodních částech této zprávy (2-9) se proto uvádí jakási situační analýza poporodního období a ta tvoří základ pro část 10, kde se popisuje odezva na péči, která by měla existovat. Diskuse začíná částí

2, kde ženy popisují problémy, se kterými se setkávají v poporodním období. Poté následuje část 3, který vyjadřuje názor zdravotnického pracovníka, který má na starosti prevenci a včasnou detekci komplikací a nemoci. Komplikace v poporodním období mohou být buď akutní, nebo se stanou chronickými v případě, že se spontánně nevyřeší. Epidemiologie této chronické nemoci a řešení těchto problémů se uvádí v části 4. V části 5 se popisují potřeby a problémy novorozenci a část 6 navazuje kojením. Zatímco určitý počet problematik z oblasti klinického řízení a péče se rozebírá v návaznosti na konkrétní problémy, detailní popis je s ohledem na rozsah tohoto textu příslušně omezen a čtenář se odkazuje na standardní texty pro řízení specifických problémů. Následující části (6-9) pojednávají o speciálních problematikách a tématech péče: antikoncepce, infekce HIV, imunizace a výživa matky. Všechny tato odstavce odpovídají na otázku: Proč se musíme zabývat poporodní péčí?

Po výčtu problematik, které jsou nebo by měly být předmětem péče následuje část 10, kde se nastiňuje skutečná péče. V této části se prodiskutovávají modely péče v několika částech světa a následuje komentář o cílech a normách péče. Pozornost se věnuje tomu, jakým způsobem by se měla organizovat poporodní péče. A konečně část 11 obsahuje doporučení Technické pracovní skupiny. Tato doporučení se netýkají pouze samotné péče, ale i organizace, školení a výzkumu, který je pro podporu této péče zapotřebí.

V dodatku A jsou uvedeny některé praktiky, které jsou běžné při poskytování poporodní péče a jsou rozděleny do čtyř kategorií podle užitečnosti, efektivnosti a neškodnosti.

Čtenářům, které primárně nezajímají specifické problémy, o kterých se pojednává v části 2-9 a chtěli by se dovědět něco více o péči v poporodním období, doporučujeme přejít přímo k části 10.

2 POPORODNÍ PROBLÉMY VNÍMANÉ MATKOU

2.1 Epidemiologické studie nemoci matky

Je notoricky obtížné získat přesné informace o důvodech a rozsahu nemoci matek, ale v posledních letech je tato problematika oblastí zvýšeného zájmu. Liskin(1992) provedl shrnutí nemoci matky v rozvojových zemích. Rozsáhlé studie na toto téma se provedly v Bangladéši (Goodburn et al 1994), Pákistánu (Asociace zdraví matky a dítěte v Pákistánu), Egyptu (Younis et al 1993, Egyptská společnost pro péči o fertilitu 1995) a Indii (Bathia 1995, Bathia & Cleland 1995, 1996). Family Health International publikoval studii o nemoci matek ve čtyřech rozvojových zemích: Bangladéši, Egyptě, Indii a Indonésii (Fortney & Smith 1996). Dotazování žen na jejich zkušenosti je důležitou metodou pro získávání informací o poporodní nemoci a kritickým krokem k definování potřeb péče. Tento postoj je patrný z několika nedávných epidemiologických studií a tyto se tak staly nástrojem pro zvýšený zájem o dosud neprozkoumané rozměry problému poporodní nemoci. V rámci dvou rozsáhlých studií prováděných ve Velké Británii, a to v Birminghamu a Grampianu ženy pomocí dotazníku popsaly své problémy a symptomy během týdnů a měsíců po porodu (MacArthur et al 1991, Glazener et al 1995). MV menší studii provedené ve dvou oblastech Švédska se popisují porovnatelné pocity a problémy (Blomquist & Soderman 1991). V následujícím odstavci uvádíme přehled nemoci matek na základě uvedených studií.

2.2 Frekvence a druh zdravotních problémů

Existuje velké množství zdravotních problémů které se popisují v prvních měsících po porodu. V Indii uvedlo problémy během 6 týdnů po porodu 23% žen a v Bangladéši téměř 50%, ve Velké Británii uvedlo 47% žen minimálně jeden symptom. Některé symptomy se více vyskytují krátce po porodu a obvykle se rychle vyřeší, zatímco ostatní jakmile se objeví, přetrvávají jako chronické. Mezi nejčastěji uváděné problémy v poporodním období patří tyto:

2.2.1 Infekce

Ve studiích prováděných v rozvojových zemích se často uvádí kombinace symptomů, které jsou příznakem infekcí genitálií:

bolest v podbřišku, horečka a páchnoucí výtok (viz tabulka 4).

Tabulka 4 Procento žen uvádějících symptomy genitálních infekcí

Země	Bolesti v podbřišku	Horečka	Páchnoucí výtok
Indie	4,4%	5,3%	0,5%
Egypt	21,9%	15,5%	9,8%
Bangladéš	19,0%	16,5%	10,2%
Indonésie	15,2%	13,4%	4,5%

V některých zemích se našly korelace mezi výskytem těchto symptomů a sledováním porodních praktik prováděných tradičními porodními asistenty (tzv. TBA). V oblastech, kde je větší výskyt HIV/AIDS, možnosti infekce u žen se sníženou imunitou vede k problémům jak tyto infekce zvládnout.

2.2.2 Problémy s močovým měchýřem

Inkontinence moči po porodu způsobená vezikovaginální píštělí představuje vážný problém v mnoha rozvojových zemích. Studie prováděné v nemocnicích v Nigerii uvádí, že méně než 1% všech porodů se zkomplikovalo píštělí, ale je možné, že v širší populaci se tento stav vyskytuje mnohem více. Roční odhad v Etiopii představuje 1000 případů a došlo k vybudování jedné malé nemocnice, která se věnuje pouze tomuto problému. V Súdánu bylo v Khartoumu léčeno během 20 měsíců 122 případů, přičemž v 16% se jednalo o závažné gynekologické stavy (Liskin 1992). V Indii uvádělo symptomy píštěle 0,3% žen a v Egyptě 0,2%.

Inkontinence vyvolaná stresem, která začíná jako nový symptom během tří měsíců po porodu, byla uvedena 8-11% žen ve Velké Británii. Dávala se do souvislosti s dlouhou druhou dobou porodní a velkými novorozenci a v některých případech s klešťovým porodem. (Sleep 1984) zjistil během pokusů s nástřihem hráze prováděného ve West Berkshire 19% samovolného úniku moči tři měsíce po porodu v obou testovaných skupinách s poněkud vyšším výskytem u vícerodiček. Rozdíly mezi výsledky různých průzkumů mohly být způsobeny metodou sestavení dotazníků a mylným názorem žen na vznik problému. Studie Sleepa et al (194, 1987) objasnila, že nástřih hráze (častá epiziotomie, nebo ne) neměla vliv na výskyt inkontinence moči.

2.2.3 Bolesti páteře

Jedná se o častý problém během týdnů a měsíců po porodu; v Birminghamu uvádělo 14% všech žen bolesti páteře a v Grampianu více než 20%: Tato bolest se dávala do souvislosti

s císařským řezem, dlouhou druhou dobou porodní a epidurální analgézií během porodu (MacArthur et al 1992, Russell et al 1993).

2.2.4 Časté bolesti hlavy

Časté bolesti hlavy uvedlo 3,6% žen ze vzorku studie v Birminghamu. Zjistila se návaznost mezi bolestmi hlavy a epidurální analgézií, zvláště po náhodné perforaci dura během epidurální analgézie (MacArthur et al 1993). Tato návaznost, na kterou se přišlo během retrospektivní studie není důkazem příčiny, ale je zapotřebí ji hlouběji prostudovat.

2.2.5 Bolesti pánve

Již v roce 1940 vydal Young rozsáhlý článek o „těhotenské arthropatii pánve“. Odhaduje, že se výskyt objevuje u 0.75% porodů. Problém je také znám pod názvem symfyziolýza nebo pánevní nestabilita. Může začít v druhé polovině těhotenství, okamžitě po porodu, nebo později v poporodním období. Taková žena si potom stěžuje na bolesti zad a bolesti v oblasti symfýzy a nohou a přidruží se problémy s chůzí. Tento syndrom se spojuje s uvolněním pánevních kloubů během těhotenství. V prvních týdnech po porodu může způsobovat nepříjemné pocity a slabost, ale tyto symptomy se obvykle postupně upraví a vymizí během několika týdnů či měsíců.. Někdy problémy přetrvávají déle a občas ženy tvrdí, že na chronická bolest v zádech, pánvi a nohou začala po porodu, který už byl dávno. Taková kauzální návaznost se dá zpochybnit a těžko se prokáže. Ve studiích prováděných v Birminghamu a Grampianu nejsou žádné zmínky o bolestech pánve v poporodním období. Možná se zahrnuly do skupiny bolestí hlavy nebo dalších svalově-kosterních problémů.

2.2.6 Hemoroidy

V Pákistánu uvádělo výskyt hemoroidů 12% respondentek. V Birminghamu 5,3% žen uvedlo, že začaly mít problémy s hemoroidy během tří měsíců po porodu, které stále přetrvávají. V Grampianu uvedlo problémy s hemoroidy více žen: 15% během 2-18 měsíce po porodu. Asi 50% žen se na tento problém léčilo. Riziko nových symptomů se u dalších těhotenství snížilo. Porody s dlouhou druhou dobou porodní, v případě novorozenců s velkou porodní váhou a klešťových porodů vedla k většímu výskytu hemoroidů.

2.2.7 Zácpa

Tento problém se popisoval ve studii prováděné v Grampianu u 20% žen během prvních 8 týdnů a později u 7%. Asi 50% žen se na tento problém léčilo. Několik nahodilých studií se zabývá běžným podáváním laxativ ke snížení výskytu zácpy po porodu (Zuspan 1960, Diamond et al 1968, Shelton 1980). V těchto studiích se účinnost laxativ neprokázala a dávala se do souvislosti s výraznými nepříjemnými pocity matky (břišní křeče, nauzea, průjem).

2.2.8 Deprese, úzkost a extrémní únavnost

V Indii uvádělo 2,3% respondentek symptomy deprese. Ve Velké Británii se deprese a/nebo úzkost uváděly jako nový symptom u velkého počtu žen (v Birminghamu 9,1% vzorku) a 12% uvádělo extrémní únavu. Hlavními prediktory deprese a únavy se nacházely v domácím prostředí. Deprese se více vyskytovala u mladých matek a méně u žen asijského původu. Únava byla běžnější u starších matek, zvláště po prvním porodu. Zřejmým prediktorem deprese a únavy byl stav svobodné matky.

2.2.9 Bolest v perineu

V Egyptě uvádělo 2,1% žen po porodu bolesti při souloži. Sleep & Grant (1987) také zjistili, že 15% žen trpělo bolestmi při souloži až do tří let po normálním porodu. Ve studii prováděné v Grampianu se uváděla bolest v perineu ve 22% po 8 týdnech a v 10% po 2-18 měsících. Tyto dlouhodobé potíže, které začaly po dvou měsících po porodu, uváděly 4% vícerodiček a 16% prvorodiček; a to v 7% po spontánním vaginálním porodu a v 30% po vaginálních porodech s asistencí. Sleep (1984) zjistil, že 8% žen trpělo bolestí v perineu 12 týdnů po normálním porodu (v porovnání se 7% po delší době, než dva měsíce ve studii v Grampianu). Je potřeba provést výzkum k nalezení možností, jak tuto nemocnost snížit. Například výměna nevstřebovatelného za vstřebovatelný šicí materiál pro šití hráze se prokázala jako účinná při snížení krátkodobých bolestí v perineu (Isager-Sally et al 1986, Mahomed et al 1989, Johanson 1995). Nejdůležitější je provádět epiziotomii jen v nutných případech (WHO 1996a).

2.2.10 Problémy s prsy

Studie prováděná v Grampianu uvádí, že 33% ze všech žen trpělo problémy s prsy v prvních dvou týdnech po porodu a 28% i v pozdějších týdnech. Zde může jít o podcenění problematiky, protože některé ženy považují tyto problémy za problémy spojené s kojením. Kromě zjevného zánětu prsu, což je relativně vzácný stav, patří mezi tyto problémy městnání a bolest, krvácení, nebo popraskané či vpáčené bradavky. Problémy s prsy se často uvádí jako důvod pro ukončení kojení a frekvence kojení by se mohla zvýšit, kdyby se těmto problémům věnovala důsledná pozornost. Většinu ze zmíněných problémů se dá preventivně zabránit pomocí běžných praktik, které vedou k podpoře kojení a kvalifikovanou pomocí, při které se zahájí kojení v časném poporodním stádiu.

2.2.11 Anémie

V Bangladéši bylo dva týdny po porodu chudokrevných téměř 50% žen, v Egyptě trpělo chudokrevností 63% z reprezentativního vzorku venkovských žen. V rámci studie v Grampianu uvádělo 25% všech žen chudokrevnost v prvních 8 týdnech po porodu; a to více prvorodiček, než vícerodiček a více v případě komplikovaných porodů. Vysoké procento žen (93%) se kvůli tomu léčilo. Většina epidemiologických studií, které se zabývají touto problematikou, neposkytuje přesná čísla o větším výskytu chudokrevnosti v poporodním období v rozvojových zemích, ale je jisté, že v mnoha z těchto zemí je úroveň chudokrevnosti extrémně vysoká.

Tento stručný přehled údajů z několika rozsáhlých studií nám poskytuje určitý náznak toho, jaký je rozsah problémů v poporodním období, jak je vnímají ženy. Neposkytuje nám však přehled o účinku těchto problémů na životy žen v tom smyslu, jak se adaptují na požadavky jejich rodin a nového dítěte.

2.3 Sexuální vztahy v poporodním období

Mezi potřeby žen v poporodním období patří informace a poradenství o sexuálním životě a antikoncepci. Abychom mohli zareagovat na tyto potřeby, měli bychom být informováni o sexuálním životě v poporodním období. Je známo, že v průběhu těhotenství mnoho žen méně inklinuje k pohlavnímu styku, ale více k jiným druhům intimnosti a tyto inklinace se mohou lišit od tužeb partnera. Únava a porucha spánku patří mezi nejběžnější uváděné charakteristiky tohoto období a toto má samozřejmě vliv na libido. U většiny žen dochází velmi pomalu k návratu chování před otěhotněním.

Do 8 týdnů po porodu obnovilo pohlavní život 71% respondentek a do 10 týdnů 90% žen, které měly partnera (Glazener 1997). Kojení má vliv na sexuální aktivitu. Během prvních

měsíců po porodu projevovaly kojící ženy méně sexuální touhy než ty, které dítě krmily umělou výživou a během soulože cítily větší bolest. Během 6 měsíců tyto problémy z větší části vymizely, kromě výskytu bolesti, která se stále výrazněji objevuje u kojících žen (Alder & Bancroft 1988, Alder 1989). Bolest pravděpodobně vzniká vlivem hypo-estrogenizované pochvy, která je proto méně zvlhčená. Dalším faktorem, který má vliv na sexuální chování v poporodním období je bolest, která má souvislost s poraněním hráze a šitím, které se provedlo na základě asistovaného porodu s epiziotomií (Glazener 1997).

2.4 Závěr

Tato zpráva nemůže obsáhnout všechny shromážděné údaje ze studií, které jsme uvedli v bodě 2.1. Přesto je přehled nemocnosti matky menšího, či závažnějšího charakteru v předchozích odstavcích pozoruhodný a potvrzuje, že ženy mají v poporodním období hodně problémů. Někdy chybí přesné údaje, například ty, které se týkají dlouhodobé nemocnosti. Je zapotřebí provést hlubší výzkum některých zmíněných problematik, zvláště návaznosti mezi potížemi v poporodním období a událostmi během porodu.

Návaznosti zjištěné v těchto retrospektivních pozorovacích studiích ještě nejsou důkazem pro kauzální relaci, i když by měly stimulovat další výzkum. Některé z potíží možná nejsou tak důležité a rozdíly ve frekvenci mezi různými studiemi mohou být částečně způsobeny faktem, že žena své potíže nepovažovala za tak významné, aby se o nich zmiňovala. Přesto nás rozsah uvedených problémů opravňuje k tomu, abychom se zamysleli nad péčí o ženu během této důležité a někdy podstatné fáze jejího života.

3 HLAVNÍ ZDRAVOTNÍ RIZIKA MATKY V POPORODNÍM OBDOBÍ

Během poporodního období se vyskytují některé vážné komplikace a většina úmrtí matky, a to zvláště v rozvojových zemích. V této části se popisují hlavní příčiny ohrožení života a další závažné komplikace během poporodního období. Potom následuje popis úkolu pro pečující osoby při časně detekci problémů a opatření, která se musí provést, aby se zajistila přiměřená péče. „Pečující osobou“ nemíníme osobu v moderně vybavené nemocnici, ale kvalifikovaného účastníka porodu: porodní asistentku, lékaře nebo zdravotní sestru, kteří pracují v primární péči: v obvodu, nemocnici, nebo na ženské klinice. V domácím prostředí může být primární pečující osobou tzv. tradiční pečující osoba (TBA), a to jak proškolená, tak neproškolená. Její role může podpořit roli kvalifikovaného zdravotnického pracovníka. Tato žena může pracovat jak doma, tak v porodnici. Pokud je zapotřebí, péče by měla zahrnovat převoz do místa, kde se může poskytnout přiměřená léčba.

3.1 Poporodní krvácení

Poporodní krvácení je nejzávažnější příčina úmrtí matky ve světě; odhaduje se, že ročně umírá 150 000 matek, a to zejména v rozvojových zemích (WHO 1990, Kwast 1991, Li et al 1996). Většina těchto úmrtí (88%) nastává během 4 hodin po porodu (Kane et al 1992), což naznačuje, že je to následek toho, co se děje během třetí doby porodní. Poporodní krvácení představuje komplikaci, která nastává v přechodu mezi porodem a poporodním obdobím. Predisponující faktory, z nichž anémie, která převažuje zejména v rozvojových zemích a musí být jedna z nejvýznamnějších příčin, se rozebírají v předcházejících zprávách WHO (WHO 1990, 1996a). Příčinami krvácení jsou ve většině případů děložní atonie a zadržaná placenta; i když svou roli hrají také vaginální nebo cervikální lacerace a (někdy) ruptura dělohy nebo obrácená děloha (Kwast 1991). Vedení třetí doby porodní při prevenci poporodního krvácení bylo rozsáhle prodiskutováno ve zprávě WHO, která se týkala péče při běžném porodu (WHO 1996a).

Pro diagnózu a zabránění většímu krvácení jsou nejvíce kritické první hodiny po porodu.

Pokud je placenta stále v děloze, nebo zjevně není celá jednu hodinu po porodu, měla by se provést opatření k jejímu vyjmutí, nebo k manuálnímu vyjmutí jejích částí, a to bez ohledu na to, jestli žena krvácí či ne.

Tento zásah by měla provádět pouze příslušně kvalifikovaná osoba s vhodným vybavením. Během manuálního vyjmutí se může provést revize pochvy a čípku z hlediska možných lacerací. Pokud je placenta kompletně vyjmutá a žena stále nadměrně krvácí, podejte nejprve oxytocin, poté proveďte jemnou masáž břicha, až dojde ke kontrakci dělohy. Mělo by se provést vyšetření stavu ženy (krevní tlak, puls, celkový stav). Vyprázdnění močového měchýře může být někdy užitečné, zvláště v případě přeplněného měchýře, který nelze spontánně vyprázdnit. Pokud se krvácení brzy nezastaví, nebo pokud se na vulvě stále objevují stopy čerstvé krve a stav ženy se zhoršuje, měly by se podat intravenózně tekutiny a pokud nelze léčbu poskytnout místně, měla by se žena převézt do příslušného zdravotnického zařízení.

I když ke krvácení dochází obvykle v třetí době porodní, nebo krátce po ní, někdy se první příznaky nadměrného krvácení objevují až za několik dnů po porodu, nebo dokonce až ve druhém týdnu (sekundární poporodní krvácení). Tento stav často nastává vlivem zadržetí částí placenty, které unikly pozornosti účastníkovi porodu v době porození placenty. Někdy se nenajde žádná placentární tkáň a krvácení se potom připisuje subinvoluci, špatně definovatelné entitě, která se mnohdy přidruží s infekcí. Krvácení může být dosti velké a žena by měla být převezena do nemocnice, nebo zdravotnického zařízení, kde jí může být poskytnuta přiměřená léčba. Tato se skládá z intravenózně podaných tekutin a/nebo transfúze, pokud je potřeba a provede se revize děložní dutiny, a to buď manuálně, nebo pomocí kyretáže. A protože je děložní dutina v prvních dnech po porodu výrazně kontaminovaná bakteriemi a možná i infikovaná, tento zásah by se měl provést pod krytím antibiotiky.

Aby se omezila krevní ztráta, podává se někdy ženám po porodu profylakticky ergometrin per os. Nahodile se zkoumal účinek profylakticky podaného ergometrinu během čtyř týdnů a nezjistil se žádný vliv na zavinování dělohy. U léčené skupiny (Arabin et al 1986) se pozoroval trend směrem ke zvýšené infekci, krevní ztrátě a selhání primární laktace. Neexistuje zde indikace pro podání orálního ergometrinu u prvorodiček, ani ve smyslu profylaxe, ani při léčbě krvácení (WHO, Hogerzeil 1995).

Zvláštním projevem krvácení je hematoma vulvy. Nejedná se o častý jev a někdy je způsoben nedostatečnou hemostázou během šití epiziotomie. Může se objevit také po klešťovém porodu, nebo vakuové extrakci, ale také po běžném vaginálním porodu a v takovém případě je způsobeno prasknutými cévami bez roztržení vaginálního epitelia. Hematom se obvykle vytvoří v podkožních tkáních velkých stydkých pysků, ale může vzniknout i výše a uzavřít vagínu. Protože se jedná o skrytý typ krvácení, může se hematoma projevit až za den po porodu. Žena si stěžuje na velkou bolest v oblasti vulvy nebo perinea a závratě. Protože hematoma obvykle obsahuje značné množství krve, může u ženy dojít k šoku z krvácení. Měla by se převézt do nemocnice, nebo zdravotnického zařízení, kde by jí měla být poskytnuta příslušná terapie: intravenózně podané tekutiny a/nebo transfúze krve a chirurgický zásah.

V závažných případech je poporodní transfúze krve, nebo krevních částí při krvácení klíčovou intervencí pro záchranu života. Zajištění spolehlivých služeb pro transfúzi krve v nemocnicích/zdravotních centrech je pro záchranu matky nezbytně nutné. Přitom by se mělo vzít v úvahu riziko přenosu chorob (HIV, hepatitis) (WHO 1995c).

3.2 (Pre)eklampsie

Jedná se o třetí nejčastější příčinu úmrtí matky na světě. Hypertenzní poruchy v těhotenství mohou začít po 20 týdnech gestace, ale jsou běžnější ke konci těhotenství.

Odhaduje se, že se eklampsie vyskytuje v rozvojových zemích u 1 ze 100-1700 porodů (Crowther 1985). V Evropě a ostatních rozvinutých zemích, kde se výskyt v tomto století snížil, se odhaduje, že k eklampsii dojde u 1 z 2000 porodů (Douglas & Redman 1992). Ve většině případů dojde k eklampsii v prvních dnech po porodu. Pritchard (1975) uvedl 28 ze 154 (18%) a Lubarsky et al (1994) 97 ze 334 (29%). Eklampsie, ke které dojde později, než za 48 hodin po porodu, se tradičně považuje za výjimečnou, ale v nedávné studii (Lubarsky et al 1994) se uvádí, že 50% z poporodních případů se projevilo za 3 nebo více dnů po porodu. Zjevně existují regionální rozdíly ve výskytu a projevech eklampsie.

Symptomy se mohou zhoršit v prvních dnech po porodu a někdy se první příznaky projeví až po porodu. Nejzávažnější komplikací je intracerebrální krvácení. Žena, která trpí eklampsii, nebo vážnou preeklampsii v prvních dnech po porodu, by měla být hospitalizována. Nejlepší léčbou je magnesium sulfát (The Eclampsia Trial Collaborative Group 1995). Během převozu by se měla podat sedativa, pokud není možné ihned podat magnesium sulfát. Stabilizace, podpora a přiměřená ošetrovatelská péče, to jsou zásadní body při převozu a pečující osoby musí být proškoleny v oblasti základního ošetření (první pomoc v porodnictví) u eklamptických žen. Může být zapotřebí poskytnout antihypertenzivní léčbu, ale symptomy preeklampsie a eklampsie obvykle do několika dnů po porodu vymizí. Hlavními úkoly pro pečující osoby po porodu je měření a záznam tlaku po porodu, rychlá identifikace symptomů, které mohou být předzvěstí preeklampsie (bolesti hlavy, poruchy vidění, bolest v epigastriu) aby se žena chránila proti poškození během záchvatů a zajistit převoz do nemocnice nebo zdravotního centra v případě velkého zvýšení tlaku v kombinaci se zmíněnými symptomy.

3.3 Puerperální genitální infekce

V 19. století stála notoricky rozšířená horečka omladnic mnoho životů. Dnes jsou puerperální infekce stále hlavním příčinou úmrtí matky v rozvojových zemích a v menším měřítku v rozvinutých zemích.

Mezi predisponující faktory puerperálních genitálních infekcí patří protrahovaný porod, ruptura plodových blan před porodem, časté vaginální vyšetřování, vnitřní (vaginální) elektronické monitorování plodu a císařský řez (Gibbs 1980). I když je císařský řez největším rizikovým faktorem, problém nedostatečně sledovaných pravidel čistoty a nehygienické prostředí (nedostatek rukavic, čisté vody, mýdla apod.) by se neměl přehlížet. Při provádění císařského řezu se riziko genitální infekce v porovnání s vaginálním porodem jasně zvyšuje. (Gibbs 1980, Simpson 1988). K nejzávažnějším příčinám genitálních infekcí patří *E.coli*, streptokoky, anaerobní mikroorganismy jako *Bacteroidi*, a gonokoky. *Chlamydia trachomatis* často způsobuje genitální infekci s relativně slabými příznaky, ale později může vzniknout lokalizovaná peritonitis s perihepatitidou a obstrukcí vejcovodů. Klinický obraz genitálních infekcí je velmi podobný. Horečka (teplota vyšší než 38° C) je hlavním klinickým symptomem. Často je to jediný symptom a zdroj infekce se nedá nalézt. Někdy je děloha citlivá. Zvýšená teplota (větší než 38° C) během porodu („chorioamnionitis“) je vždy alarmujícím příznakem a často vyústí ve vážné poporodní infekce. V literatuře se horečka po vyloučení dalších příčin obecně považuje za nejdůležitější kritérium endometritis, nebo přesněji, metritis (Cunningham et al 1997). Doporučovanou léčbou (endo) metritis v literatuře a WHO jsou antibiotika a pokud to vyžaduje celkový stav, převoz do nejbližšího zdravotnického centra (WHO 1995d).

Metritis může přejít v salpingitis a dále v pánevní peritonitis, nebo až po nejzávažnější infekci, která vzniká v genitálním traktu: sepsi. Sepse může vzniknout během porodu z infekce uvnitř dělohy, nebo krátce po porodu. Brzy po porodu nebo během prvních dnů po

porodu stoupne teplota a pacientka je vážně nemocná, někdy v septickém šoku a nízkým krevním tlakem a má příznaky roztroušené intravaskulární koagulace (Swingler et al 1988). Prvními symptomy může být průjem a svalová bolest. Je zapotřebí podat okamžitě antibiotika, nejlépe po odebrání krevních vzorků na kultivaci a pacientka by se měla ihned převést do nemocnice. Zvýšená teplota během porodu nebo v prvních dnech po něm, nebo pokud je kolem 38° C, by měla vést k pozornosti a měla by se zahájit terapie antibiotiky. Někdy může dojít k sepsi bez zmíněných varovných signálů, ale pokud jsou přítomny, neměly by se přehlížet.

Jedním z nejnebezpečnějších původců puerperální sepse a úmrtí matky je skupina Streptokoků A (GAS) nebo *Streptokokus pyogenes*. Tento byl hlavní příčinou horečky omladnic v Evropě v 19. století. Zdá se, že od té doby virulence GAS poklesla, ale v posledních letech dochází k nové vlně zvýšené virulence (Gaworzewska & Colman 1988, Swingler et al 1988). Současně došlo k zavedení nového syndromu, tzv. Streptokokový toxický syndrom šoku (Strep TSS), který je způsoben tím, že endotoxin produkuje GAS (Hoge et al 1993).

Volba antibiotik se v jednotlivých zemích liší vlivem místní dostupnosti, složením patogenů a citlivostí na antibiotika. Pečující osoby by měly pozorně sledovat časné příznaky puerperální sepse a urychleně zajistit přiměřenou léčbu, včetně prevozu do nemocnice. K prevenci puerperální sepse a dalších puerperálních infekcí je důležité dodržovat přísná hygienická opatření během porodu (porod v čistotě) (WHO 1994d, 1996a).

Existuje málo literatury o rozlišování závažnosti infekce pomocí zhodnocení klinického obrazu a doby nástupu. Přesto existuje dojem, že zvýšení teploty během porodu nebo v prvních hodinách po něm, je nebezpečným signálem a může vést k závažné chorobě. Na druhé straně zvýšení teploty 3. nebo 4. den po porodu, po běžném vaginálním porodu a s normální teplotou během porodu a prvních dnech po porodu, může naznačovat méně závažný typ infekce. Tato oblast se však musí více prozkoumat.

3.4 Tromboembolická nemoc

V rozvinutých zemích je tromboembolická nemoc (TED) hlavní příčinou úmrtí matky. V rozvojových zemích je relativně méně častější než jiné příčiny, jako například krvácení a infekce. Embolizace plic je nejzávažnějším projevem TED, velmi často se objeví neočekávaně, bez předešlých klinických příznaků hluboké žilní trombózy. Klinické symptomy jsou různé, od embolizmu, který se nemusí klinicky projevovat, ale přesto může vést k náhlé smrti, až po závažné kardiovaskulární a respirační symptomy: dyspnoe, bolest na hrudníku a cyanóza, a to v závislosti na velikosti vmetku. Pacientka s podezřením na embolii by měla být okamžitě převezena do nemocnice k provedení podrobnější diagnózy a léčby antikoagulanty, primárně heparinem.

Výskyt klinicky diagnostikované hluboké žilní trombózy v dolních končetinách během poporodního období je asi 0,19%. Výskyt je nižší po nekomplikovaných vaginálních porodech (0,12%). Zvýšený výskyt se pozoruje po porodech s instrumentací (0,35%), manuálním vybavení placenty (0,65%) a zvláště po císařském řezu (4,41%). Poslední údaj se získal po zavedení profylaktické antikoagulační terapie heparinem nebo kumarinem při císařském řezu; po zavedení této medikace výskyt poklesl na 0,97% (Treffers et al 1983). Výskyt TED, která se diagnostikuje pomocí moderních laboratorních metod (například měření průtoku pomocí Dopplerovy metody) je poněkud nižší.

Časná mobilizace po porodu je hlavní profylaxí proti TED. Málo žen v dnešní době, ať už v rozvojových, nebo rozvinutých zemích, zůstává po porodu dlouho na lůžku, pokud nejsou nemocné. Mezi kauzální faktory TED patří anémie, srpkovitá anémie a kongenitální poruchy

protisrážlivých faktorů (antitrombin III, protein C a S); riziko TED se zvyšuje, pokud už měla žena TED dříve.

První klinické známky hluboké žilní trombózy v nohou je bolest, někdy mírně zvýšená teplota a puls, později může noha opuchnout, vytvoří se otok, zpočátku teplý a v pokračujícím stádiu studený a bledý („phlegmasia alba dolens“). V těch zařízeních, kde je k dispozici moderní diagnostické zařízení, se může stanovit časná diagnóza pomocí Dopplerova měření průtoku, nebo srovnatelnými metodami. Léčba spočívá v podávání antikoagulant, nejlépe je s ní začít již v nemocnici a kontrolovat ji pomocí laboratorních metod. Pokud se matce podává kumarin, dítě by mělo dostávat vitamín K, protože kumarin se vylučuje do mateřského mléka. Pozdějšími následky hluboké žilní trombózy, zvláště pokud nejsou přiměřeně léčeny, jsou projevy post-trombotického syndromu s otokem a trofickými poruchami kůže, případně ulcerózou. Cerebrální trombóza, která se občas projevuje symptomy, které připomínají eklampsii, je vzácná a vyžaduje okamžitou nemocniční péči.

Vážné onemocnění, které může být zaměňováno s infekcí, nebo TED, je puerperální krize srpkovitých buněk u žen trpících homozygotní srpkovitou chorobou, nebo srpkovitostí C. Během těhotenství a po porodu může dojít k samotnému projevu krize bolestí v kloubech, horečkou a celkovou nemocí. Tyto ženy jsou obvykle afrického, nebo středomořského původu a v anamnéze mají recidivující krize. Léčba spočívá v podání (intravenózně) tekutin, morfinu, nebo meperidinu ke snížení bolesti a někdy se podá i kyslík. Je lépe, když se taková pacientka převezme do nemocnice a tam se jí poskytne léčba.

3.5 Komplikace močového ústrojí

3.5.1 Zadržování moči

Během prvních dnů po porodu je zadržování moči s distenzí močového měchýře častým jevem. Je způsobeno několika faktory: během druhé doby porodní přítomná část plodu, obvykle hlavička, tlačí na močovou trubici a měchýř a může způsobit otok. Trhlinky a bolest v oblasti vulvy mohou mít také na vyprazdňování moči vliv. Pozměněná anatomie v podbřišku po porodu může snížit pocit vnímání močového měchýře. Jakmile dojde k roztažení měchýře, jeho citlivost a funkce vypuzovacího svalů se dále zhoršuje. V prvních dnech po porodu se tvorba moči zvyšuje, protože se vylučuje extracelulární tekutina. Během prvních 12-24 hodin po porodu se může postupně objevit roztažení měchýře. Žena si stěžuje na vzrůstající bolest v podbřišku a následně na ukapávání malého množství moči (tzv. inkontinence přebytečné moči“).

Při vyšetření břicha se zjistí posunutí svinutého těla dělohy směrem nahoru a velký cystický bolestivý otok v podbřišku. Terapie spočívá v katetrizaci, někdy opakované; může být zapotřebí zavést katetr na delší dobu. Je potřeba, aby pečující osoba zajistila preventivní opatření, které spočívá v pečlivé kontrole produkce moči během porodu a v prvních 8-12 hodinách po porodu. Pokud se moč netvoří, žena by se měla podpořit konzervativními metodami: pro vyprazdňování moči: například se projít na toaletu nebo se alespoň pokusit vymočít vsedě.

3.5.2 Inkontinence

Protikladem zadržování moči je inkontinence moči (viz obr. 2.2). Mnoho žen během poporodního období zažije určitý druh stresové inkontinence, ale skutečná inkontinence, která se vyskytne krátce po porodu, vede k podezření na vezikovaginální píštěl. Tato je zapříčiněna dlouhotrvajícím tlakem hlavičky plodu na močový měchýř a močovou trubici, zvláště v případě protrahovaného a obstrukčního porodu. Vezikovaginální fistula může být také zapříčiněna traumatickým porodem s instrumentací. Jedná se o velmi vážnou

komplikaci, která vede k závažné nemoci ženy a pokud je neléčena, odsoudí ženu k ubohému životu. V rozvinutých zemích je extrémně vzácná, ale v rozvojových zemích, zvláště v Africe, se objevuje častěji. Prevence spočívá v časně léčbě protražovaného a obstrukčního porodu. V případě vezikovaginální píštěle způsobené porodem se několik měsíců po porodu indikuje chirurgická léčba.

3.5.3 Infekce

Infekce močového ústrojí se během poporodního období vyskytují často. V těhotenství měštnání v močovém ústrojí a asymptomatická bakteriurie podporují vznik infekcí, během porodu se močový měchýř někdy katetrizuje a konečně zadržování moči po porodu je predispozicí k infekci. V puerperiu se objevuje cystitis a pyelonephritis a měly by se vhodně léčit pomocí antibiotik. Úkolem pečující osoby je včas diagnostikovat a léčit močové ústrojí. Jedním z diagnostických nástrojů je měření tělesné teploty: horečka je často signálem genitální infekce, ale někdy indikuje začátek pyelonephritidy.

3.6 Problémy v oblasti perinea a vulvy

V prvních dnech a týdnech po porodu je bolest v oblasti perinea a vulvy nepříjemným problémem pro mnoho matek, zvláště pokud došlo během druhé doby porodní k traumatu (trhlínky perinea, epiziotomie, trhlínky labií).

Velmi malý výzkum v této oblasti vede k tomu, že praktická doporučení jsou založena více na empirických poznatcích než vědeckých a dosud nejsou systematicky vyhodnocena. Při testu na zjištění problémů v oblasti perinea uvádělo více než 20% žen, že po deseti dnech po porodu ještě stále cítily bolest a 7,5% žen mělo problémy i po 3 měsících. (Sleep et al 1984).

Péče spočívá v podání slabých analgetik, například paracetamolu. Někdy pomůže i koupel. Doporučuje se pravidelná kontrola hráze; infikovaná hráz se může projevit bolestí a zvýšenou teplotou. V takovém případě je lépe stehy vyjmout a ránu vyčistit. Jako prevenci těchto problémů doporučuje WHO omezení provádění epiziotomie (WHO 1996a).

3.7 Puerperální mastitis

V časných stádiích vzniká mastitis pravděpodobně důsledkem nedokonalého vyprazdňování části, nebo celého prsu nebo špatnou technikou sání, a proto se v tomto stádiu antibiotika nedoporučují. Měla by se především zlepšit technika kojení, při níž se kojenec lépe přichytí k prsu a zlepší se vyprazdňování mléka z postižené oblasti a v kojení by se mělo pokračovat (Inch & Renfrew 1989). Antibiotika se začnou podávat v tom případě, pokud se stav nezlepší do 12-24 hodin, nebo pokud je výchozí stav velmi akutní.

V menšině případů dojde ke vzniku abscesu. Nejlepší metodou léčby v tomto případě je chirurgický zásah. V případě, že bolest není příliš velká, může kojení pokračovat, nebo se mléko odstříká. V kojení by se mělo pokračovat co nejdříve. Mezi doporučená antibiotika patří flucloxacillin, erythromycin nebo cefalosporiny, na které je *S. aureus* citlivý. Mnoho z běžně používaných antibiotik bude asi neúčinných. Často spočívá léčba ve zlepšení techniky kojení.

3.8 Psychologické problémy v poporodním období

I když se dny po porodu obecně považují za období intenzivního štěstí, i toto období má své stinné stránky. V některých z těchto dnů, nebo dokonce týdnů, se mnoho matek necítí vůbec šťastně; poporodní období by se mělo považovat za citlivé období pro rozvoj emocionálních a psychologických poruch. Poslední období těhotenství a porod mohou být problematické; tělo prochází rychlými změnami, a to zvláště hormonálními. V prvních dnech

po porodu obvykle bolí tělo a žena se cítí nepříjemně. Pravidelná péče o kojence vyžaduje nové úkoly a nese sebou nejistotu, narušuje odpočinek v noci; mění se vztah k partnerovi, zvláště po porodu prvního dítěte. V mnoha zemích pracují ženy mimo svůj domov; s narozením dítěte ženě přibude dvakrát až třikrát více povinností: mateřství, práce mimo domov a domácí práce. V nukleárních rodinách moderních společností v rozvinutých zemích se tyto problémy mohou lišit od problémů v rozvojových zemích, kde je běžnější pomoc rodiny a sousedů. Nicméně rychle rostoucí fenomén urbanizace mění potenciál pro poporodní péči na mnoha místech.

Byly popsány tři různé typy poporodních psychologických poruch (Pop 1991b).

Poporodní náladovost je charakterizována mírnými změnami nálad, které se projevují emocionální nestabilitou (plačtivost bez zjevné příčiny, nespavost, přehnaná veselost, napětí a strach, bolest hlavy, podrážděnost, atd.). Potíže se obvykle dostaví v prvním týdnu po porodu, pokračují několik hodin až po maximum 10 dnů a poté samovolně vymizí. Protože jde o častý jev (30-70%) případů, poporodní náladovost se někdy považuje za normální psychologickou událost. Předpokládá se, že důvodem jsou biologické změny, ke kterým dochází v prvním týdnu po porodu.

Poporodní deprese, často také označovaná jako postnatální deprese, je déle trvající depresivní nálada s problémy afektivní povahy: žena je skleslá, v depresi, podrážděná a smutná. Může mít také problémy s kognitivními a životně důležitými funkcemi: nespavost, nechutí k jídlu, poruchy soustředěnosti, ztráta libida. Tyto problémy se nevyskytují pouze v poporodním období a poporodní deprese není nějaký zvláštní druh deprese. Je pravda, že poporodní období je citlivou dobou pro některé ženy; okolnosti spojené s mateřstvím hrají svou roli (dostupnost sociální podpory, změny životního stylu). Poporodní dysfunkce štítné žlázy může být další příčinou (Pop et al 1991a). Uvádí se, že závažná poporodní deprese se vyskytuje v 6%, přičemž nejcitlivější období je mezi 8.-20. týdnem po porodu. Deprese, která se objevuje později, je delší a závažnější, než ta, která se objevuje krátce po porodu. Deprese má velký význam na vztah mezi matkou a dítětem během prvního roku života, protože dítě prožívá nepřiměřenou stimulaci (Beck 1995).

Neexistuje důkaz, že by pomohla hormonální léčba, i když se často propaguje na základě neřízených studií. Nicméně v závažném případě jsou léčba a podpora nutné. Léčba může spočívat v psychoterapii a podávání antidepressivních léků a od léčby běžné deprese se neliší. Prováděl se průzkum podpory pečujících osob u úzkostlivých matek/párů po porodu ve dvou nahodilých pokusech (Forrest et al 1982, Holden et al 1989). Tato podpora se dávala do souvislosti se sníženým výskytem úzkosti žen o šest měsíců později. Není dosud jasné, jestli by bylo nejlépe, kdyby zmíněnou podporu poskytovali kvalitně proškolené pečující osoby, nebo by postačovala podpora porodních asistentek nebo pomocných skupin. K prevenci deprese také přispívá prostředí porodu: nahodilý pokus, ve kterém byla při porodu společnost ukázal, že deprese a úzkost, které se hodnotily 6 týdnů po porodu byly nižší ve skupině, která během porodu měla u sebe podporu (Wolman et al 1993).

Puerperální psychóza je mnohem závažnější porucha, která se musí rozlišovat od obou dalších depresivních poruch. Vyskytuje se u 0,1-0,2% všech žen po porodu; symptomy se obvykle začnou projevovat na konci prvního týdne, někdy během druhého týdne a zřídka později. Žena trpí úzkostí, je neklidná, někdy má mánie s paranoidními myšlenkami nebo poblouzněním. K ostatním členům rodiny se chová nenormálně. Postupně začíná být jasné, že se jedná o psychotickou poruchu její osobnosti, která může být nebezpečná jak pro ni, tak pro dítě. Je zapotřebí ji převést na psychiatrickou kliniku, a to pokud možno i s dítětem. Tato psychotická porucha se nedá rozlišit od ostatních psychóz, ale moment, ve kterém se nemoc projeví, rozhodně není náhodou. K tomuto závěru můžeme dojít na základě faktu, že některé ženy mají po následujícím těhotenství určitě zvýšenou šanci recidivy puerperální psychózy. U těchto žen také existuje zvýšené riziko psychotické poruchy za jiných stresujících okolností.

Úkolem primární pečující osoby je být pozorný a diagnostikovat nemoc včas; psychotické onemocnění v anamnéze by mělo pečující osobu upozornit na potenciální možnost vzniku problémů. V těch případech, kdy existují jasné známky psychózy, by se měla pacientka doprovodit do nemocnice, nebo na kliniku, kde jí může být poskytnuta přiměřená léčba.

4 VÝŽIVA MATKY

4.1 Úvod

Stav výživy ženy během dospívání, těhotenství a laktace, má přímý dopad na zdraví matky a dítěte v puerperiu. Vybrané intervence a poradenství v oblasti diety mohou ovlivnit stav výživy ženy bez ohledu na to, zda kojí, či ne.

4.2 Vliv těhotenství, porodu a poporodního období na stav výživy ženy

V mnoha rozvojových zemích je stav výživy velké části populace, zvláště žen, nepřiměřený. Podvýživu žen je možné přisoudit diskriminaci z hlediska rozdělování jídla, těžké fyzické práce a reprodukce (McGuire & Popkin 1989). Ženy zahajují svou funkci reprodukce v raném věku a jedno těhotenství navazuje na druhé, a po každém následuje zhruba dvouletá laktace až do doby, kdy přijde další těhotenství a pokud není k dispozici žádná efektivní metoda plánování rodičovství, tento proces se opakuje mnohokrát. Z toho důvodu je hlavním požadavkem bezpečného mateřství prevence vysoce rizikových a neplánovaných těhotenství (WHO 1994d), spolu s přiměřeným odstupem mezi jednotlivými porody.

Růst plodu a tvorba mateřského mléka jsou pozoruhodně lepší u žen s nízkoenergetickým příjmem a rezervami. V jednom průzkumu v Maduře, východní Jávě, Indonézii, se provádělo porovnání průměrné porodní váhy s indexem hmotnosti těla matky (BMI)¹, ale pouze při hodnotě BMI, která byla nižší než 16, došlo k exponenciálnímu zvýšení nízké porodní váhy (VBW) z 10%, nebo méně na více než 20%, což znamená, že existuje energetický práh, pod kterým dochází k nebezpečnému postižení růstu plodu (Kusin et al 1994). Z přehledu v literatuře Prentice et al zjistili (1994), že během laktace produkce objemu mléka nebyla podvýživou matky ovlivněna. Přesto některé studie uvádí slabou, ale významnou korelaci mezi mateřským BMI a mléčným tukem. Studie v Indonézii ukázala, že během laktace stav výživy a příjem stravy maduraských matek byly přiměřené. V porovnání s těhotnými ženami trávily více času péčí o děti, méně domácími pracemi a méně tvůrčími aktivitami. Tento životní styl pravděpodobně přispěl ke skutečnosti, že i v případě podvyživených žen je množství mateřského mléka srovnatelné s dobře živenými matkami. Přesto se podvýživa matky projevila ve složení mateřského mléka, které mělo nižší obsah tuku (Van Steenbergen et al 1994). Je jasné, že ženy během laktačního období potřebují zvýšený kalorický příjem.

4.3 Dieta během těhotenství a po porodu

4.3.1 Doplnky výživy

Kramer (1997) publikoval zprávu o existujícím důkazu vyplývajícím z řízených studií o vlivu dodávané energie a bílkovin během těhotenství na jeho zdárný průběh. Došel k závěru, že

rovnováha mezi dodáváním energie a bílkovin mírně zlepšuje růst plodu, ale pravděpodobně nemá dlouhodobý pozitivní vliv na těhotné ženy a jejich kojení.

Positivní účinky na porodní váhu při dodávání energie u těhotných žen v podmínkách hladomoru byly prokázány ve studii prováděné v Gambii (Prentice et al 1983, 1987). Tato studie nebyla zahrnuta do zprávy Kramera, protože nebyla provedena nahodile, ale jednalo se o jednu historickou kontrolní skupinu. Pozitivní účinky doplnění energie se zjistily také v Maduře (východní Jáva) při nahodilé studii, ve které se těhotným ženám podávaly vysoké (nebo nízké) doplňky energie v posledním trimestru těhotenství. U většiny žen byl index BMI¹ nižší než 18,5 a mohl se považovat za chronický nedostatek energie (Kusin et al 1992, 1994). Porodní váha byla vyšší u dětí, jejichž matky dostávaly vysokoenergetické doplňky výživy, ale rozdíl nebyl statisticky významný. Nicméně až do stáří 24 měsíců byly tyto děti výrazně těžší a vyšší, než děti v kontrolní skupině.

4.3.2 Základní dieta po porodu

Příjem potravy by se měl u ženy zvýšit, aby se pokryla energetická ztráta při kojení: zhruba o 10% u žen, které nejsou fyzicky aktivní, ale o 20% i více v případě, že je žena aktivnější, nebo velmi aktivní. Obecně si tuto vyšší potřebu neuvědomujeme. Větší konzumace vláknitých potravin (obiloviny nebo hlíznaté plodiny) představuje jednoduchý, zdravý a levný způsob; další možností je větší konzumace nenasycených tuků, například potravin, které obsahují rostlinný olej. Obecně by nemělo dojít k žádnému dietetickému omezení. Přísun přiměřené stravy je zásadním požadavkem; pokud je potřeba (například v nouzových situacích, nebo u velmi chudé populace) poskytnout doplněk výživy v hodnotě asi 500 kcal/den. Tento doplněk by se například mohl skládat ze 100 g obilovin + 50 g luštěnin, nebo 500 g hlíznatých plodin, 55 g oleje, nebo 100 g burských ořechů.

Závěrem je možno říci, že doplňování bílkovin a energie během třetího trimestru těhotenství může být v případě vážné podvýživy užitečné. Existují indikace pozitivního účinku na výsledek těhotenství a zdraví dítěte po narození, ale prozatím pro to neexistuje pádný důkaz. Avšak o dietě a doplňcích výživy u podvyživených žen by se nemělo uvažovat jen proto, že tyto ženy mohou porodit zdravější děti; propagace zdraví matky má svou vlastní hodnotu. Je důležité zajistit, že stav výživy žen se nebude podceňovat kvůli tomu, aby se kompenzovaly požadavky na laktaci. Neměl by se také podceňovat vliv kulturních norem, náboženství a omezení z hlediska stavu výživy ženy.

4.4 Prevence deficitu stopových prvků

Deficit mikronutrient je termín, který se běžně používá v případě, kdy mluvíme o nedostatku stopových prvků (vitamínů nebo minerálů). Tři hlavní poruchy způsobené nedostatkem vitamínů nebo minerálů, které jsou významné pro zdraví ženy po porodu, jsou tyto:

- * poruchy způsobené nedostatkem jódu (IDD)
- * nedostatek vitamínu A
- * nedostatek železa vedoucí k anémii.

Hlavními příčinami nedostatku stopových prvků je nedostatečný příjem potravin, které tyto mikronutrienty obsahují a jejich porušené vstřebávání nebo využití. V této části uvádíme analýzy a doporučení, které vyplynuly z Mezinárodní konference o výživě (FAO a WHO 1992).

4.4.1 Nedostatek jódu

Nedostatek jódu představuje hlavní rizikový faktor jak pro fyzický, tak duševní vývoj přibližně 1 600 milionů lidí z celého světa, kteří žijí v podmínkách nedostatku jódu.

Nedostatek jódu v těhotenství způsobuje poškození mozku plodu; v dětství může vést k mentální retardaci a neurologickým poruchám. Nejzávažnější forma je kreténismus, což je kombinace těchto poruch se závažným zpomalením růstu.

Nedostatek jódu se dá úplně preventivně odstranit a měl by se vyřešit v nejranějším momentu života, nejlépe před početím, nebo alespoň v raném těhotenství. Pokud se tak nestane, tento nedostatek se musí napravit v raném kojeneckém věku. Jodizace soli se prokázala jako levný, vysoce účinný prostředek při prevenci deficiencie. V některých zemích průmyslového světa a také v některých rozvojových zemích se tento problém pomocí zmíněné metody již odstranil. Podání jodizovaného oleje ústy nebo injekčně se může použít jako meziopatření v endemických oblastech, kde dodání jodidované soli není realizovatelné. Mezi cílovou populací jodidovaného oleje patří ženy v produktivním věku, včetně těhotných žen, kojenců a předškolních dětí. Doporučená orální dávka pro těhotnou ženu je 400-600 mg (2 nebo 3 kapsle). Děti od 0-1 roku dostávají 200 mg ústy (1 kapsle), nebo 240 mg injekčně (0,5 ml Lipiodolu). Doporučuje se, aby se jodidovaný olej podal před otěhotněním, nebo v co nejranějším stádiu těhotenství, protože jinak se promešká kritické stádium vývoje mozku plodu. Pokud se jód podá v posledním trimestru těhotenství, matce by se měla krátce po porodu podat dávka jodidovaného oleje.

4.4.2 Nedostatek vitamínu A

Nedostatek vitamínu A je nejčastější příčinou preventivně odstranitelné dětské slepoty, ale je méně znám jeho vliv na těhotnou ženu. Nedostatečný přísun potravin a vstřebávání vitamínu A vede k tomu, že téměř 13 milionů dětí předškolního věku trpí závažným poškozením vidění: šeroslepost a případně xeroftalmie vedoucí ke slepotě.

Jeho nedostatek se také spojuje se zvýšenou závažností nemocí, zvláště spalničkami, průjmovými a respiračními infekcemi. Nedostatek vitamínu A je hlavním problémem zdraví obyvatelstva v Africe, jihovýchodní Asii a západním Pacifiku.

Prevence nedostatku vitamínu A (a C) může spočívat v zajištění pravidelné konzumace oranžově zbarveného ovoce a zeleniny a tmavozelené listnaté zeleniny. V mnoha zemích se také přidává do takových potravin jako jsou mléčné výrobky, margarín a další výrobky obsahující tuky. Ve střední Americe se pro obohacování potravin ve velké míře a úspěšně používá cukr jako vehikulum; v Indonézii a na Filipínách se používá glutamát sodný (MSG). V mnoha rozvojových zemích se vžilo užívání 4-6 měsíčních orálních dávek 200 000 mezinárodních jednotek (IU) vitamínu A rozpustného v oleji. V ostatních zemích se postupuje podle cíleného systému podání, včetně profylaktického podávání skupinám s velkým rizikem nedostatku vitamínu A: předškolní děti a kojící matky. Doporučená nárazová dávka pro kojící matky je 20 000 IU, a to pouze během prvních měsíců po porodu. Je důležité, aby se nedávala tato dávka vitamínu A všem ženám produktivního věku, nebo kojícím ženám dříve, než dva měsíce po porodu, protože vysoké dávky mohou mít v raném stádiu těhotenství teratogenní účinek. (Martinez-Frias & Salvador 1990, Werler et al 1990, Rothman et al 1995).

4.4.3 Nedostatek železa a kyseliny listové

Nedostatek železa a folátu (kyseliny listové) způsobují anémii u zhruba 2000 milionů lidí na světě, a to vlivem stravy s nedostatkem obsahu železa a folátu, snížené biodostupnosti železa ve stravě a ztrátám vlivem nálezů způsobených parazity a opakovanými atakami malárie. Mezi nejvíce postižené oblasti patří Afrika, Asie a Latinská Amerika. Nejvíce zasaženou skupinou jsou předškolní děti a těhotné ženy. Mezi parazitické infestace způsobující nedostatek železa patří měchovec (*Ancylostoma* a *Necator*) a *Schistosoma*, ale bakteriální a virové infekce mohou také hrát svou roli, zvláště u malých dětí. Anémie u těhotných žen zhoršuje následky ztráty krve a infekcí při porodu a patří tedy mezi hlavní příčiny úmrtí matky po porodu.

Prevence a léčba anémie z nedostatku železa je možná pomocí větší konzumace stravy bohaté na železo (například játra, zelenina s tmavozelenými listy) a potravin, které podporují vstřebávání (potraviny živočišného původu, ovoce a zelenina bohaté na vitamín C). Neměly by se konzumovat takové látky, které znemožňují vstřebávání železa, jako je například čaj a káva a doplňky vápníku, nebo by se měly jíst dvě hodiny po jídle. Prevence na bázi populace je možná pomocí obohacování solí železa a dalších produktů (chleba, kari koření, nebo cukr - v závislosti na stravovacích zvycích). Další možnost spočívá v doplňování železa a folátu vysoce rizikovým skupinám, jako jsou těhotné a kojící ženy, kojenci a předškolní děti. V těch oblastech, kde je zvýšený výskyt anémie z nedostatku železa se doporučuje u těhotných a kojících žen 400 mg síranu železnatého (2 tablety) za den nebo jedenkrát týdně a 250 µg folátu po dobu 4 měsíců. V oblastech s nízkým výskytem může být dostačující 1 tableta síranu železnatého, ale v těchto oblastech se používá jiná metoda, a to terapie železem pouze v tom případě, že existuje podezření na anémii, nebo se anémie diagnostikuje. Která z těchto možností se vybere záleží na ustáleném schématu prenatální péče. Nedostatek folátu u matky také vede ke zvýšenému výskytu defektů neurální trubice. V oblastech velkého endemického výskytu se doporučuje profylaktická péče proti malárii a cizopasníkům.

Jedním z možných přístupů k prevenci anémie z nedostatku železa u kojenců je pozdní zasvorkování pupeční šňůry, které vede k dodání většího množství krve novorozenci z placenty. V takovém objemu krve brzy dojde ke zničení erytrocytů hemolýzou, ale takto se přidá do rezervy kojence asi 50 mg železa a sníží se výskyt anémie z nedostatku železa v pozdějším kojeneckém věku (Michaelsen et al 1995, Pisacane 1996). Pozdní zasvorkování se může doporučit i u běžných porodů. V netypických případech, například při přecitlivělosti na Rh faktor nebo u předčasného porodu může pozdní zasvorkování vyvolat komplikace, ale při běžném porodu neexistuje žádný pádný důvod proč zasahovat do přirozeného procesu (WHO 1996a).

5 NEBEZPEČÍ POŠKOZENÍ ZDRAVÍ NOVOROZENCE V POSTNATÁLNÍM OBDOBÍ

5.1 Obecná problematika

Tato část se bude zabývat stručným přehledem o kojenecké nemocnosti z hlediska primární pečující osoby. Uvedou se i postižení a nemoci, které se dají léčit pouze v moderně zařízených nemocnicích, ale jejich léčba se nebude probírat detailně. Bude se klást důraz na včasnou diagnózu a prevenci, kterou poskytuje pečující osoba a na indikace k převezení do zdravotnického zařízení.

5.2 Život ohrožující kojenecká nemocnost

5.2.1 Předčasný porod

Porod v období gestace kratší než 37 týdnů nastává v 5-9% všech těhotenství a je regionálně závislý. V rozvinutých zemích představuje hlavní příčinu poporodní úmrtnosti; v těchto zemích se až 85% úmrtí novorozenců, která nastávají ve skupině strukturálně zdravých novorozenců, může přisoudit předčasnému porodu (Rush et al 1976). Jedná se také o důležitou příčinu postižení a handicapu: ze všech novorozenců narozených dříve než v 32. týdnu a kteří přežili neonatální období má 6-7% vážný handicap a dalších 8% menší handicap (Veen et al 1991). Vhodná léčba zaměřená na přežití bez handicapu, zvláště u těch, kteří se narodí velmi předčasně (dříve než za 32 týdnů) vyžaduje, aby péče (a pokud možno i porod) proběhla v moderně zařízených nemocnicích. Odhaduje se, že frekvence výskytu v rozvojových zemích je vyšší vlivem různých důvodů. Přežití předčasně narozených dětí, zvláště hodně předčasně narozených, je také nižší, protože speciální péče, která se vyžaduje pro jejich přežití, není k dispozici. Novorozenecké jednotky intenzivní péče (NICU) pro léčbu velmi předčasně narozených dětí jsou extrémně drahé a je pro ně zapotřebí zajistit moderní technologická zařízení včetně kvalifikovaného personálu.

5.2.2 Menší novorozenci

Nízká porodní váha (LBW, menší než 2500 g, jak ji definovala WHO) může být způsobena předčasným porodem, nebo menším novorozencem (zpomalení nitroděložního růstu), nebo kombinací obou faktorů. V méně rozvinutých zemích se rodí velmi vysoké procento novorozenců s nízkou porodní váhou.

Neexistuje žádná ideální definice, která by identifikovala ty novorozence, kteří mají skutečně opožděný růst a jsou v oblasti většího rizika zvýšené nemocnosti a úmrtnosti a která by vyloučila ty, kteří dosáhli potenciál růstu a nejsou v oblasti zvýšeného rizika. Veškeré diagramy o porodní váze jsou založeny na záznamech o porodní váze z rozvinutých zemí, hlavně od novorozenců, kteří se narodili matkám bělošské rasy. Novorozenci afrického a asijského původu mají často nižší průměrnou porodní váhu a velké procento z nich má nižší než 2500 g. Nicméně tyto děti mohou být dostatečně velké pro stáří gestace (AGA), a proto nejsou v kategorii podstatně zvýšeného rizika (Doombos et al 1991). Menší novorozenci (SGA) mohou být malí z genetických důvodů, ale u většiny jde o zpomalení růstu z důvodu podvýživy matky a/nebo nemoci, nebo má matka problémy s kouřením a alkoholem a nebo jde o faktory, které zatím nejsou jasné. Nitroděložní zpomalení růstu plodu je hlavní příčinou perinatální mortality, a to jak intrauterinní, tak neonatální.

Bez ohledu na příčinu je zapotřebí všechny menší novorozence častěji krmit, chránit je před prochlazením a zaznamenávat jejich růst.

5.2.3 Vrozené anomálie

Vrozené anomálie nebo malformace jsou závažnou příčinou perinatálního a neonatálního úmrtí. Mezi nejzávažnější malformace patří defekty neurální trubice a další defekty centrálního nervového systému, chromozomální poruchy, malformace gastrointestinálního traktu, vrozené srdeční vady, malformace urogenitálního systému, jako bilaterální renální ageneze a muskuloskeletální anomálie. Některé malformace mohou být způsobeny infekčními chorobami získanými během těhotenství (zarděnky, infekce způsobená cytomegalovirem, toxoplasmóza). Někdy mohou být příčinou faktory výživy (nedostatek jódu nebo kyseliny listové). Důležitým predisponujícím faktorem, který se vyskytuje v mnoha komunitách, je pokrevní příbuzenství.

V rozvinutých zemích tvoří letální malformace 20-25% celkové perinatální mortality (Treffers 1995). V rozvojových zemích bude toto procento nižší, protože mnoho dětí umírá z jiných příčin. Nicméně výskyt malformací v méně rozvinutých zemích je pravděpodobně vyšší díky několika faktorům: nedostatek některých mikronutrient, starší matka, infekce (zarděnky) a v některých oblastech pokrevnosti.

Často se malformace nedá léčit a někdy je péče o umírajícího jedinou možnou pomocí. Ale vždy je důležité zajistit péči rodičům, protože narození těžce malformovaného dítěte je velkým šokem.

5.2.4 Těžká bakteriální infekce

Infekce patří mezi význačné příčiny mortality a morbidit u novorozenců, jak narozených v termínu, tak předčasně. Hlavními dvěma zdroji neonatální infekce je matka a prostředí, včetně místa porodu, školka nebo domov. Infekce, které se projevují v prvních dnech života, jsou obvykle následkem účinku mikroorganismů mateřského původu, zatímco zdrojem infekcí, které se projevují později, je často prostředí, i když se mohou projevit v době okolo porodu.

Přesto by se měly špatné praktiky při porodu považovat za potenciální příčinu infekcí, jak je známo ze zkušenosti s neonatálním tetanem a epidemiemi stafylokokových infekcí na novorozeneckých odděleních. Průběh neonatální infekce se dá zlepšit v tom případě, že se nemoc brzy diagnostikuje a rychle a vhodně léčí.

V rozvinutých zemích se výskyt pohybuje okolo 1-10/1000 novorozenců narozených v termínu a k většímu výskytu dochází u předčasně narozených dětí. Odhaduje se, že výskyt v rozvojových zemích je v obou skupinách vyšší.

Mezi kauzativní organismy patří primárně *Escherichia coli*, ale mohou zde hrát roli i další bakterie: ve více rozvinutých zemích jsou to streptokoky skupiny B, v Nigerii se zjistila salmonella a *Streptococcus pneumoniae* (Barclay 1971), jinde *Listeria monocytogenes*. Infekce způsobené bakterií *Staphylococcus aureus* většinou přenáší pečující osoby.

Úkolem pečující osoby je rozpoznat první symptomy neonatální sepse a snažit se zabránit vzniku nozokomiální infekce. Ochrana před infekcí patří v péči o novorozence mezi nejefektivnější preventivní opatření.

Symptomy choroby jsou nespecifické. Teplota nemusí být zvýšená, dítě je často hypotermické. Může být spavé, cyanotické (modré zbarvení kůže) a může mít dýchací potíže. Celkový stav dítěte se může rychle zhoršit. Pokud se během prvních dnů po porodu

vyskytne u dítěte podezření na sepsi, mělo by se okamžitě převést do nemocnice. Vhodnými antibiotiky jsou penicilin nebo ampicilin v kombinaci s aminoglykosidem.

5.2.5 Novorozenecký tetanus

Jedná se o velmi závažnou infekci, která se objevuje pouze v těch oblastech, kde se nedbá na základní hygienické zásady během porodu a po něm, nebo se neznají a kde je stále imunizace mladých žen nedostatečná. Celkový odhad úmrtnosti na novorozenecký tetanus je 500 000; přičemž více než 50% těchto úmrtí nastává v Africe a jižní střední Asii (WHO 1994d). Infikovaný pupeční pahýl je obvykle místem průniku bakterií, zvláště pokud tradiční asistenti při porodu ošetřují pupečník mrvou. Symptomy této choroby jsou záškuby, a to zvláště obličejových svalů, dítě nemůže sát, později se objevují křeče s celkovými spasmy (opistotonus). Dítě, které projevuje první známky tetanu vyžaduje odbornou péči, i když je prognóza velmi špatná. Tetanus je často spojen se sepsí. Nejlepší strategie v boji proti tetanu je čistý porod spolu s imunizací těhotných žen a žen ve fertilním věku, a to alespoň v těch oblastech, kde dochází k nedostatečné imunizaci mladistvých. (viz část 9.2). Mezi primární úkoly kvalifikovaného personálu patří poučit rodiny a tradiční asistenty při porodu o principech čistého porodu a ošetřování pupečníku a také rozpoznat první příznaky novorozeneckého tetanu.

5.2.6 Porodní trauma novorozence

Perinatální trauma (poranění při porodu) může být mechanické a je způsobeno obtížným porodem. Patří zde zlomeniny, podkožní hematomy, poškození centrálního nervového systému, jako je nitrolební krvácení a poranění míchy, nebo poškození periferního nervstva, jako je například poškození pletence pažního. Nejlepší prevencí poškození při porodu je správné řízení porodních bolestí a porodu. Léčba je složitá, i když diagnóza obvykle není obtížná; minimálně je zřejmé, že se stalo něco vážného. Pokud se jedná o velké trauma, je zapotřebí převést novorozence do zařízení, kde mu bude poskytnuta speciální péče.

Odsouhlasená definice porodní asfyxie dosud neexistuje. Definuje se jednoduše jako selhání prvního vdechu a udržení dýchání. I když dochází často ke kombinaci porodní asfyxie a traumatu, hypoxie se může objevit bez viditelného traumatu. Novorozenec, který trpěl asfyxií, má problémy se spontánním prvním vdechnutím, je po porodu hypotonický a může u něj docházet ke křečím.

Metodou záchrany života novorozenců s asfyxií je resuscitace (WHO 1996b). Ty děti, které se úspěšně resuscitovaly při porodu nemusí mít nutně problémy v raném neonatálním období, nebo později. Závažná asfyxie spojená s nedostatečnou, nebo žádnou resuscitací, je nejhorší možný start do života. Pro tyto děti existuje málo specifické léčby, i v podmínkách neomezených možností, kromě péče s láskou a neustálé psychosociální stimulace.

5.3 Další vážné příčiny úmrtnosti novorozenců

5.3.1 Porucha termoregulace

Z hlediska udržování tělesné teploty je novorozenec závislý na svém prostředí z hlediska udržování tělesné teploty mnohem více, než v pozdějším životě.

Hypotermie je pro děti škodlivá. Pokud se neprovedou opatření pro udržování suchého a teplého prostředí, tělesná teplota novorozence rychle poklesne. Pokles tělesné teploty se může snížit kontaktem „skin-to-skin“ mezi matkou a dítětem. Hypotermii se dá předejít a

pokud nastane, měla by se okamžitě řešit vhodnými opatřeními. Nemělo by se zapomínat, že hypotermie novorozence může být jedním z prvních příznaků (infekční) choroby.

Hypertermie je obvykle způsobena příliš teplým prostředím, například vlivem slunečního záření, nebo termofory, zvláště v případě, kdy je dítě pevně zavinuto. Může být škodlivá a prostředí by mělo mít přiměřenou teplotu. Klinicky se hypertermie nedá odlišit od horečky a infekce by se měla vždy považovat za potenciální příčinu zvýšené tělesné teploty a podle toho je třeba jednat.

5.3.2 Žloutenka

Pro zdravého novorozence je jak normální, tak běžné, že dostanou žloutenku. U dětí narozených v termínu se vyskytuje v 15% a u předčasně narozených novorozenců se vyskytuje častěji. Žloutenka není příznakem choroby do té doby, pokud hladina bilirubinu nepřekročí hodnoty, které se považují za bezpečné. Nejčastější žloutenka u novorozenců narozených v termínu je fyziologická a málokdy přeroste v závažný stav, který by dítěti uškodil. U malé části novorozenců je žloutenka příznakem vážné nemoci. V těchto případech se obvykle objeví brzy a/nebo je těžká. Mezi nejčastější příčiny těžké žloutenky patří hemolytické choroby různých etiologií a infekce. V zemích, kde neexistuje Rh izoimunita, nebo u dalších specifických problémů jako je nedostatek glukózy-6-fosfatázy dehydrogenázy, jsou těžké formy žloutenky častější, než jinde. Žloutenka u předčasně narozených dětí může být kombinací nezralého organismu, který není schopen metabolizovat bilirubin a nemocemi. Měla by se považovat za vážnější problém, než u dětí narozených v termínu. Závažnost žloutenky může výrazně ovlivnit špatná klinická praxe.

Fototerapie je efektivní druh léčby u většiny novorozenců se slabou žloutenkou. Fototerapie se považuje za bezpečnou intervenci bez známých vedlejších příznaků. Ale obvykle je zapotřebí poslat dítě do nemocnice a izolovat jej od matky, což se negativně odrazí na kojení a vztahu mezi matkou a dítětem. Metody zaměřené na snížení hodnot bilirubinu v séru se u novorozenců narozených v termínu provádějí příliš často (Newman & Maisels 1990, 1992). Když hodnoty bilirubinu překročí hladiny, které se považují za bezpečné, indikuje se transfúze krve - jaké jsou bezpečné hladiny bude záviset na věku dítěte, stadiu gestace a dalších problémech (Prozatímní výbor pro zlepšení kvality a Podvýbor pro hyperbilirubinánémii 1994). Nikdy se neprokázalo, že hodnoty bilirubinu větší než 340 $\mu\text{mol/l}$ by byly pro novorozence narozené v termínu škodlivé, pokud netrpí hemolytickou chorobou (Scheidt et al 1990, Newman & Klebanoff 1993, Seidman et al 1994). Nicméně všechna tato doporučení jsou založena na poznatcích a studiích z rozvinutých zemí.

5.3.3 Ophtalmia neonatorum

Jedná se o hnisavý výtok z očí, který se objevuje během prvního měsíce po narození (WHO 1994d). Je to nejběžnější nemoc novorozenců. V zemích, kde se vyskytují STD je nejčastější příčinou hnisavého zánětu spojivek v prvním měsíci života *Chlamydia Trachomatis*. Závažnější je zánět spojivek způsobený gonokokem, který může přejít v keratitidu a slepotu. Léčba spočívá v podání intramuskulárních antibiotik. V mnoha zemích se doporučuje běžná profylaxe, která spočívá v aplikaci antiseptického roztoku do jedné hodiny po porodu; výrazně se tak snižuje přenos z matky na novorozence. V některých rozvinutých zemích, kde jsou sexuálně přenosné nemoci vzácné se od této metody upustilo a nahradila se častou kontrolou očí. V těch zemích a oblastech, kde je výskyt sexuálně přenosných nemocí vyšší, se tato profylaxe stále považuje za efektivní intervenci, která je prevencí slepoty. (WHO 1994d).

5.3.4 Herpetická infekce novorozence

Jedná se o závažnou, ale relativně vzácnou infekci novorozence. V posledních desetiletích se význam této nemoci ve vědecké literatuře a publicitě v rozvinutých zemích poněkud přecenil.

Zaznamenaný výskyt se zeměpisně liší; Spojené státy udávají 28 případů na 100 000 (Sullivan-Bolyai et al 1983); v Holandsku se během národního průzkumu prováděného v letech 1981-1985 zjistil výskyt asi 5 případů ročně, nebo asi 3 případy na 100 000 živě narozených dětí (Van der Meijden & Dumas 1987). Počet těhotných žen s diagnostikovaným chronickým genitálním herpes je relativně malý (Prober et al 1987). Některé případy herpes neonatorum jsou způsobeny herpes virus typ I, který je primární kauzativní původce *herpes labialis*.

5.3.5 Hepatitis B

Pokud je matka přenašečkou viru hepatitidy B (HBV), existuje velké riziko vertikálního přenosu z matky na dítě během a po porodu. Postižení novorozenci se obvykle stávají asymptomatickými chronickými přenašeči a existuje riziko, že se u nich později projeví chronická jaterní nemoc a hepatoma. Pouze málokdy dojde u novorozence k prudké hepatitidě. Prevence vertikálního přenosu HBV se diskutuje v části 8.2.

5.3.6 Infekce způsobená virem HIV

Tato nemoc a zvláštní problémy s ní spojené se popisují v části 7.

5.4 Závěr

Riziko ohrožení zdraví novorozence je významné; jeho rozsah je větší, než v jiných dalších relativně krátkých obdobích lidského života. Proto je zapotřebí vytvořit dobře organizovaný systém péče, který bude sledovat zdraví novorozence, podporovat rodiče v jejich úkolu a zasahovat kdykoli to bude nutné při prevenci, nebo boji proti nemoci. Tato problematika se prodiskutuje v části 10.

6 KOJENÍ

6.1 Význam kojení

Zahájení a udržení kojení by mělo být jedním z hlavních cílů správné poporodní péče. Pro novorozence je mateřské mléko optimální výživou. Od nepaměti byl na něm člověk závislý z důvodu reprodukce a zvířecí mléko se používalo jen jako náhradní řešení v případě, že lidské mléko nebylo k dispozici a následky byly obvykle katastrofické. Až v druhé polovině 20. století došlo k modifikaci přípravy kravského mléka, nebo můžeme říci, že bylo k dispozici takové „složení“, které se přibližuje složení mateřského mléka pokud se týká množství výživných látek, ale kvalitou se stále hodně liší a navíc neobsahuje obranné látky. V rozvinutých zemích jsou rozdíly mezi úmrtností kojených a uměle vyživovaných kojenců malé, ale existuje spousta literatury pojednávající o výhodách kojení při prevenci kojenecké a pozdější nemoci (Howie 1990). V rozvojových zemích je umělá výživa spojována s mnohem vyšší kojeneckou nemocností a úmrtností než v případě kojení, primárně způsobených infekcemi a špatnou výživou (Habicht 1986, Victora 1986, Feacham a Koblinsky 1984).

Imunologické vlastnosti mateřského mléka jsou vynikající (Welsh & May 1979). Imunoglobulin A (IgA) je nejdůležitější a je obsažen ve zvláště vysoké koncentraci v mlezivu, které se tvoří v prvních dnech. IgA pravděpodobně zabraňuje přilnutí bakterií k povrchu buněk epitelia ve střevech a horních dýchacích cestách (Cravioto et al 1991). Mateřské mléko obsahuje jak lymfocyt T, tak B, což je další mechanismus, který napomáhá novorozenci, aby získal imunologickou ochranu od matky (Bertotto et al 1990). Kromě svých imunologických vlastností obsahuje mateřské mléko také esenciální aminokyseliny a polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem, které nejsou ve zvířecím mléce obsaženy a mohou mít velký vliv na vývoj mozku (Van Biervliet et al 1992).

6.2 Začátek kojení

6.2.1 Časné přísátí

Doporučuje se, aby se dítě položilo ihned po narození matce na břicho, a tak došlo k tzv. kontaktu „skin-to-skin“ s následným prvním přiložením dítěte k matčině prsu, a to okamžitě, jakmile se projeví známky připravenosti dítěte - běžně 1/2-1 hodinu po narození (WHO/UNICEF 1989). Časný kontakt „skin-to-skin“ a časné přiložení k prsu se dává do souvislosti s hlubší láskou matky ke svým dětem; a také matky, které začnou kojit brzy, mají s kojením méně problémů.

Některé studie prokázaly, že časný kontakt, často v kombinaci s časným přiložením, má pozitivní vliv na kojení a na další výsledky (Illingworth et al 1952, Johnson 1976, De Chateau et al 1977, Thomson et al 1979, Taylor et al 1985, Inch & Garforth 1989, Widstrom 1990). Pouhých 15-20 minut kontaktu první hodinu po porodu může mít pozitivní vliv. Spontánní sání se objeví asi až za 45 minut až 2 hodiny po porodu, ale kontakt „skin-to-skin“ může začít dříve. Omezený kontakt matky s dítětem po porodu vedl k výrazně častějšímu přerušování kojení po 1-3 měsících.

Časné přiložení by také mohlo ovlivnit stahy dělohy a tak snížit poporodní krevní ztrátu. Výsledky dosud jediné řízené klinické studie na toto téma publikovali Bullough et al (1989). Nemohli prokázat snížení frekvence poporodního krvácení v závislosti na časném přísátí. Avšak tato studie se prováděla s tradičními asistenty při porodu; bylo by asi vhodné tuto studii zopakovat s kvalifikovanými porodními asistenty. V jiné studii se prokázalo při kojení výrazné zvýšení děložní činnosti (Chua 1994)

6.2.2 Poloha a přiložení dítěte k prsu

Zjistilo se, že hlavní překážkou kojení je nepřesná a nedůsledná instruktáž ze strany zdravotnického personálu (Winikoff et al 1987, Garforth & Garcia 1989, Rajan 1993). Woolridge (1986) uvedl názor, že schopnost ženy přiložit své dítě správně k prsu se zdá být nějaká naučená a predominantní zručnost, kterou musí matka získat pozorováním a praxí. V průmyslových zemích ženy nemusí mít příležitost pozorovat kojení dříve, než samy kojí a je možné, že v ženině nejbližším sociálním okruhu je jen málo zkušených kojících matek. Jedním z důležitých úkolů pečující osoby v poporodním období je pomoc a instruktáž žen, jak mají správně přiložit dítě k prsu (Inch & Garforth 1989).

Když se dítě správně přiloží, bradavka spolu s dvorcem se stanou jakousi „savičkou“ v ústech dítěte. Peristaltická vlna, která prochází podél jazyka dítěte vyvine tlak na „savičku“ a vysává mléko. Pokud se dítě špatně přiloží, mléko se neefektivně vysává a bradavka se může poškodit třením při pohybu „savičky“ ven a dovníř úst kojence. Pokud je přiložení nesprávné, dochází častěji k bolesti bradavek a městnání mléka, dítě může dostávat méně mléka a matka pravděpodobně přeruší kojení (Righard & Alade 1992, Enkin et al 1995).

V rozvojových zemích mají časo mladé ženy více možností se poučit od zkušených žen, protože kojení je v těchto kulturách důležitější sociální událostí, než v západních společnostech. Přesto i mladá prvoroďička v těchto zemích potřebuje pomoc.

6.2.3 Nutnost zabránit přikrmování

V některých nemocnicích je běžnou praxí, že se kojenným dětem dávají nějaké náhražky nebo glukóza v období, kdy se zahajuje kojení. Tato praxe je zbytečná, protože zdravé dítě nepotřebuje žádné další tekutiny nebo výživu předtím, než se začne s kojením a je to škodlivé, protože krmení z láhve může narušovat začátek a pokračování kojení. Kojenci, jejichž chuť se uspokojí pomocí umělé výživy, mohou ztratit zájem o kojení.

Sání z umělé savičky je fyziologicky jiné, než sání z prsu a kojeneček se tak může naučit jiným pohybům úst, které nejsou vhodné pro kojení a potom sají neefektivně, nebo prs odmítnou (Ardran et al 1958, Weber et al 1986, Akre 1989, Newman 1990, Stephens & Kotowski 1994). U žen, jejichž děti se pravidelně přikrmují, existuje až pětkrát větší pravděpodobnost že přestanou kojit již v prvním týdnu a dvakrát větší možnost, že se vzdají kojení během druhého týdne ve srovnání s ženami, které dostávají podporu v tom smyslu, že jejich mlezivo a mléko pro dítě stačí bez jakéhokoli přikrmování (Enkin et al 1995).

6.3 Jak se kojí

6.3.1 Rooming-in a neomezené kojení

V mnoha nemocnicích je běžnou praxí, že se ženy oddělují od dětí a děti se dají na novorozenecký pokoj, aby si matky mohly odpočinout a aby byli kojenci pod dohledem. Tato praxe se neosvědčila a dává se do souvislosti s rozšiřováním infekce na novorozeneckých odděleních. Když děti zůstávají se svými matkami ve stejném pokoji nebo na stejném lůžku od narození, dochází k prevenci infekcí a zvyšuje se úspěšnost kojení, zvláště pokud se kombinuje s asistencí při kojení (Pérez-Escamilla 1994). Ve skupině matek, které porodily ve zdravotnickém zařízení se pozorovalo méně kojení a více přikrmování (Kempe et al 1994).

V rozvinutých zemích je stále běžné, že se ženám radí, aby omezily dobu kojení a kojily v pravidelných intervalech. Jedním z důvodů je prevence popraskání bradavek. Ale v roce 1952 Illingworth et al zjistili, že u matek, které měly své děti u sebe bez stanovených intervalů mezi kojením, nebo dobou kojení, docházelo méně k městnání mléka a popraskání bradavek. U jejich dětí byla větší pravděpodobnost, že získají zpět svou porodní váhu než se propustí z porodnice a že budou plně kojeny jeden měsíc po porodu. Podobné

závěry byly odvozeny ze studií Salbera (1956), Slavena & Harveyho (1981) a Carvalha et al (1984).

6.4 Propagace kojení z prsu

6.4.1 Komerční sady ke kojení

V několika studiích se zkoumala odezva na bezplatné poskytnutí různých lahví a saviček kojícím matkám (Bergevin et al 1983, Feinstein et al 1986, Evans et al 1986, Frank et al 1987). Výsledky ukazují, že když se kojícím ženám bezplatně poskytnou zmíněné vzorky, zvyšuje se pravděpodobnost přerušení kojení, nebo přikrmování ve 4-6 týdnech a přechod na umělou výživu za 8 týdnů po porodu.

V jedné studii (Frank et al 1987) se prokázalo, že rehospitalizace do 4 měsíců byla pravděpodobnější u dětí těch matek, které dostaly vzorky kojeneckých lahví, savičky a vodu. Pérez-Escamilla et al (1994) při meta-analýze došli k závěru, že komerční sady mají nepříznivý vliv na laktaci.

6.4.2 Deset zásad správného kojení

Praktiky, které podporují a propagují kojení jsou popsány ve společném prohlášení WHO/UNICEF nazvaném „Propagace, ochrana a podpora kojení - zvláštní role péče o matku“ (WHO/UNICEF 1989, 1993). Provedlo se shrnutí deseti zásad úspěšného kojení, které tvoří základ pro tzv. Nemocniční iniciativu pro dobro dítěte (BFHI). Tato iniciativa umožnila tisícům poporodních jednotek na celém světě uvést do praxe zmíněných „deset zásad“ a poskytnout silně podpůrné prostředí pro ženu, která kojí poprvé a její dítě. WHO doporučuje, aby se děti krmily výhradně mateřským mlékem od narození do minimálně 4, pokud možno 6 měsíců. Kojit by se mělo tak často, jak si to dítě vyžaduje, ve dne i v noci, minimálně osmkrát za 24 hodin. Často dochází k pudkému poklesu kojení během několika týdnů po porodu. Neustálá podpora k udržení kojení se dá poskytnout různými způsoby, včetně tím, který nabízí podpůrné skupiny, jako je například Liga kojení La Leche.

Jedním z největších problémů při pokračování kojení je zaměstnání ženy mimo domov. Ženy by měly mít právo na placenou mateřskou dovolenou. Po návratu do zaměstnání potřebují pružnou pracovní dobu, práci na částečný úvazek nebo kratší směny a přestávky na kojení, aby mohly nakojit dítě, nebo mléko odstříkat. Za tímto účelem potřebují snadný přístup k místnosti, kde je pohodlí a soukromí. Pečující osoby spolu s úřady zdravotní péče, vládou, zaměstnavateli a organizacemi žen by měli vyvinout společné úsilí k dosažení těchto cílů.

6.5 Potlačení laktace

Pokud dítě zemře, nebo žena nechce své dítě kojit, může vzniknout potřeba potlačení laktace. Mezi farmakologické metody, které se někdy používají patří tyto:

1. Estrogeny (někdy v kombinaci s testosteronem), jejichž účinek se v poporodním období zpochybňuje, protože zde hrozí riziko tromboembolické nemoci.
2. Bromocriptin inhibuje vylučování prolaktinu a je účinný při potlačení laktace. Přesto se ve Spojených státech uvádí v některých případech výskyt vážných vedlejších účinků: hypertenze, epileptické záchvaty, mrtvice a infarkt myokardu (Katz et al 1985, Watson et al 1989, Ruch & Duhring 1989, Bell 1993, McCarthy 1994, Morgans 1995) a bromocriptin se tedy pro tento účel již nedoporučuje.

I když jsou uvedené vážné vedlejší účinky vzácné, nezdá se vhodné pro tuto indikaci předepisovat lék s tak potencionálně nebezpečnými důsledky. Dává se přednost přirozené

zástavě laktace tím, že žena nekojí. V případě nutnosti se trochu mléka odstříká, aby se uvolnilo jeho hromadění. Kromě toho se doporučuje vhodná podprsenka a analgetika.

6.6. Překážky znemožňující kojení

Dalším problémem je marketingová záležitost firem, které vyrábějí kojeneckou výživu a nabízejí ji matkám prostřednictvím zdravotnických pracovníků a nemocnicím a zdravotnickým zařízením nabízejí finanční podporu. V rozvojových zemích způsobila tato marketingová praxe obrovské problémy. V roce 1981 přijalo Světové zdravotnické shromáždění Kód marketingu náhrad mateřského mléka. Takto se vytvořil mocný nástroj, který mohou zdravotničtí pracovníci efektivně využívat při propagaci a ochraně kojení.

7 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

7.1 Úvod

Často se uvádí, že jedním z hlavních problémů ženy (a jejího partnera) v poporodním období je antikoncepce. Fakt, že žena porodila dítě, za jehož péči a výchovu jsou nyní zodpovědní, by je měl vést k tomu aby si uvědomili, že pokud neprovedou nějaká opatření prevence početí, brzy se jim narodí další dítě. WHO vypracovala detailní a obsáhlou příručku pro pečující osoby kde se popisuje rozsah existující antikoncepce a kritéria, podle kterých by se měla vybírat (WHO 1996). V případě, že jedná o ženu po porodu a jejího partnera, existuje mnoho různých faktorů, které mají na volbu antikoncepce vliv. Mezi tyto faktory patří fyziologické procesy v šestinedělí, kdy se plodnost navrácí a znovu se začíná objevovat ovulace, bez ohledu na to, zda žena pouze kojí a to, co si partneri přejí z hlediska sexuální aktivity. Partneri si často neuvědomují důsledky těchto různých faktorů a toto je hlavní důvod pro diskusi o možnostech plánování rodiny již krátce po porodu. Partneri ani nemusí vědět o různých možnostech metod plánování rodičovství (krátkodobá, s dlouhou působností, hormonální, bariérová, dočasná nebo trvalá), které mohou vyhovovat různým cílům, volbám a potřebám. Z toho důvodu musí poradenství a poskytování služeb, které s ním souvisí, tvořit nedílnou součást každé poporodní péče.

Glassier et al (1996) ve studii prováděné ve Skotsku poukázal na to, že první dny po porodu v nemocnici, když jsou ženy zaujaté začátkem kojení a učí se, jak pečovat o nové dítě, jsou zcela neefektivní dobou pro diskusi, nebo řešení antikoncepce. Takže kdy je ta nejlepší doba? V tomto ohledu se jeví jako vhodné řešit situaci ženy s kojením (Winikoff & Mench 1991) a poskytnout jí kombinovanou radu o kojení a antikoncepci.

Následující část je pouze krátké shrnutí některých hlavních bodů plánování rodičovství po porodu. Čtenář, který potřebuje detailnější informaci se odkazuje na text, který je uveden pod názvem „Zlepšení přístupu ke kvalitní péči při plánování rodičovství“, kde jsou širěji popsány problematiky, které jsou spojeny s potřebami partnerů během poporodního období i během reprodukčního období života.

7.2 Laktační metoda amenorrhei (LAM)

Je obecně známo, že laktace vede k tomu, že se nedostaví menstruace vlivem inhibice ovulace, ale v industrializovaných zemích se tento fakt málokdy uvede jako oficiální rada lékaře, aby se žena spolehla na kojení jako antikoncepční metodu po porodu. Tato skutečnost je zřejmě spojena s faktem, že mnoho žen v těchto zemích, které své děti kojí, kojí relativně krátce a brzy začnou dítě přikrmovat tekutinami nebo umělou výživou (jedná se o metodu výživy kojence, která, přesto že je značně rozšířená, se nedoporučuje před ukončením 4. měsíce života dítěte - viz část 6). Rozvojové země, kde je kojení častější a trvá déle a kde je plánování rodičovství ve velké míře závislé na laktační amenorrhei, projevíly o toto téma větší zájem.

V roce 1988 se v Bellagiu (Itálie) sešla mezinárodní skupina vědců a provedla revizi vědeckého důkazu vlivu kojení na plodnost. Došli k závěru, že u žen, které nepoužívají metody plánování rodičovství, ale které výhradně kojí, nebo téměř výhradně kojí a nenastává u nich menstruace, vzniká pravděpodobnost rizika otěhotnění v méně než 2% v prvních šesti měsících po porodu (obecný souhlas vědců v roce 1988, Kennedy et al 1989). Po této konferenci se následovalo několik studií, které měly prokázat platnost jejich závěrů. V Čile se zahájila v roce 1988 studie, která zkoumala intervenci podpory při kojení. Této studii se zúčastnilo celkem 422 žen. Kumulativní výskyt těhotenství v 6. měsíci byl 0.45% u 221 žen (56%), které se spoléhaly na LAM jako jedinou metodu plánování během 6 měsíců (1 těhotenství v 6. měsíci), další 3 těhotenství nastaly u žen, které přestaly používat metodu LAM (Pérez et al 1992). Další pozorování výskytu těhotenství u kojících žen se provádělo v

Egyptě (Hefnawi et al 1977) a v Bangladéši (Weis 1993), Ekvádoru (Wade et al 1994), a Rwandě (Cooney et al 1996). Tyto studie podpořily myšlenku využití efektivnosti LAM, ale nevyhodnotily ji.

Nejpřesnější zhodnocení antikoncepční metody LAM se provedlo ve třech klinických studiích. O studii Pereza et al (1992) jsme se již zmínili. Kazi et al (1995) v Pákistánu a Ramos et al (1996) na Filipínách zaznamenali výskyt těhotenství na 100 žen během 6 měsíců při správném používání této metody (v Pákistánu 0,58 a na Filipínách 0,97), ale i při kombinaci správného a nesprávného používání (v Pákistánu 1,65 a na Filipínách 1,52). Tyto studie poskytují přesvědčivý argument, že LAM je skutečně efektivní metoda antikoncepce za předpokladu, že se splní tři kritéria, která jsou uvedena níže.

Tato metoda se však nezkoumala jen v rozvojových zemích. U velké skupiny déle kojících žen v Austrálii se určovala činnost vaječníků prostřednictvím měření progesteronu ve slinách a vylučování estrogenů a pregnanediolu (Lewis et al 1991, Short et al 1991). Došli k závěru, že LAM zjevně poskytovala dobrou ochranu proti otěhotnění v prvních 6 měsících po porodu i u dobře živených žen v rozvinutých zemích. Diaz et al (1992) v Čile vyhodnotili vliv poruchy anovulace a fáze žlutého tělíska na laktační infertilitu. Došlo se k závěru, že i když dojde k ovulaci, zvýšený endokrinní profil první fáze žlutého tělíska vede k efektivní ochraně ženy během laktační amenorrhei v prvních 6 měsících po porodu. Později dochází k úpravě fáze žlutého tělíska a u ženy pak dochází k riziku otěhotnění.

7.2.1 Kritéria pro použití metody LAM

Na základě zmíněných údajů můžeme dojít k závěru, že LAM je efektivní a spolehlivá metoda plánovaného rodičovství za předpokladu, že se splní následující podmínky (Labbok et al 1994):

- * Matka výhradně kojí, nebo téměř výhradně kojí své dítě. Kojení musí být neomezené, ve dne i v noci a intervaly mezi kojeními nesmí být delší než 6 hodin. Nedostatečné kojení se dává do souvislosti s postupným zvyšováním výskytu ovulace před menstruací a s kratším obdobím amenorrhei.
- * Pokud se po více než 8 měsících po porodu objevila menstruace, zvyšuje se možnost otěhotnění. Aby byla žena dále chráněna před otěhotněním, měla by používat doplňující metodu plánování rodičovství (a dále kojí pro zdraví dítěte). Přesto je nepravděpodobné, že by vaginální krvácení u plně kojících žen během prvních 8 týdnů po porodu vedlo k návratu fertility (Visness et al 1997a,b).
- * Pokud je dítě starší 6 měsíců, zvyšuje se možnost otěhotnění, i když matka pokračuje v kojení. Potom by matka měla používat nějakou doplňující metodu. Existují příklady delšího účinku LAM než je 6 měsíců, ale obecně se na ni nedoporučuje po tomto období spoléhat.

Tato metoda je vhodná u kultur, kde ženy dlouho kojí a u partnerů, kteří chtějí tuto metodu používat k odložení početí dalšího dítěte bez využívání jiných metod plánovaného rodičovství.

V průmyslových zemích je metoda antikoncepce LAM téměř neznámá. Ve Spojených státech kojí po porodu pouze polovina žen a z nich ještě velmi krátce. V jiných rozvinutých zemích, kde se více kojí k propagaci LAM nedošlo, protože s touto metodou není spojen žádný výrobek, sponzor nebo možnost peněžního zisku. Glasier et al (1996) zjistili, že porodní asistentky ve skotských nemocnicích, které radí matkám o antikoncepci obecně popíraly antikoncepční účinek kojení. V jiných zemích se při poradenství o antikoncepci na metodu LAN také zapomíná.

V roce 1995 se konala v Bellagio druhá konference na toto téma (Kennedy et al 1996, Van Look 1996). Během této konference se potvrdily závěry z předchozí. Doporučila se pomoc ženám prostřednictvím propagace LAM a způsobu kojení. Návod, jak používat metodu LAM také obsahuje propagaci dalších metod plánování rodičovství, jakmile skončí šestiměsíční období ochrany, nebo jakmile nedojde ke splnění byť i jedné podmínky metody LAM. Dá se tedy předpokládat, že použití metody LAM může stimulovat další používání antikoncepčních metod.

7.3 Hormonální antikoncepce

7.3.1 Kombinovaná orální antikoncepce

V roce 1981 se ve zprávě vědecké skupiny WHO shrnula existující informace o účinku ženských pohlavních hormonů na vývoj plodu a jeho zdraví. Vědci došli k závěru, že většina studií v té době poukazovala na to, že kombinovaná orální kontraceptiva (Ocs) se dávala do spojitosti se sníženým množstvím mateřského mléka a účinky se dávaly do souvislosti s načasováním začátku hormonální antikoncepce: čím dříve se s ní začalo, tím dříve se přerušovalo kojení ve dvanáctém týdnu (Miller & Hughes 1970).

Existovala jasná indikace toho, že kombinovaná Ocs by se v prvních týdnech a měsících po porodu neměla používat. (Kaern 1967, Koetsawang et al 1972). Ale v té době žádné studie nezkoumaly užívání orálních přípravků s nízkou dávkou ethinylestradiolu s progestinem. Diaz et al (1983) publikovali první nahodilou studii OC s nízkou dávkou hormonů versus placebo během laktace, která se podala 30. den. Zjistilo se, že u žen, které užívaly OC došlo v 91. dnu k nižšímu procentu kojení a váha jejich dětí v 61. a 91.dni po narození byla výrazně nižší.

V osmdesátých letech zahájila WHO rozsáhlý průzkum účinků hormonálních kontraceptiv na složení mateřského mléka a růst kojence (WHO 1984, 1988). Množství a složení mateřského mléka a růst kojence se měřily v třítydenních a čtyřtydenních intervalech, až do stáří šesti měsíců v rámci širší klinické slepé nahodilé studie při které se nízké dávky kombinovaných OC (30 µg ethinylestradiolu a 150 µg levonorgestrelu) a OC obsahujícími pouze progestogen (75 µg levonorgestrel). Tato studie se prováděla ve ve třech místech, jedna v Maďarsku a dvě studie v Thajsku. V thajských klinikách dostávala skupina žen depotní octan medroxyprogesteronu (DMPA, což je injekčně podaný progestogen). S veškerými hormonálními přípravky na všech zmíněných klinikách se začalo v 6. týdnu po porodu. Kombinovaná Ocs vedla k výraznému snížení tvorby mléka a celkového energetického obsahu a k velkým změnám obsažených látek. Ve skupině s DMPA a ve skupině, kde se podával pouze progestogen OC se nepozorovaly žádné výrazné změny v množství mléka a pokud se týká složení mléka, došlo jen k malým změnám. Mezi podáváním tablety čistého progestogenu a DMPA se žádné rozdíly nepozorovaly. Podávání žádného z hormonálních antikoncepčních přípravků se nedávalo do souvislosti s výrazným rozdílem váhy nebo tukovými záhyby kojence, ani s přerušением kojení z důvodu přibývání na váze. Zjevný rozdíl mezi změnami množství mléka a jeho složení při podávání kombinovaných OC a fakt, že se nezjistil žádný nežádoucí účinek na kojence, se nedal vysvětlit. Nejpříjemnější vysvětlení je takové, že v případě snížené tvorby mléka se zvýšilo přikrmování (zapisoval se pouze počet těch dětí, které se přikrmovaly).

Skupina pracovníků WHO tedy došla k závěru, že během prvních několika týdnů a měsíců po porodu se nedoporučuje podávání kombinovaných Ocs. Bezpečné se zdají pouze tablety čistého progestogenu a injekce DMPA. Kromě působení kombinovaných Ocs na množství a složení mateřského mléka existují další dva důvody, proč se v raném poporodním období nedoporučuje podávat přípravky, které obsahují estrogen. První z nich je trombogenní vliv estrogenu v prvních týdnech po porodu, což je malé, ale

nezanedbatelné riziko. Druhým důvodem je možný vliv na pohlavní hormony, zvláště estrogeny na počáteční vývoj novorozence, zvláště na vývoj mozku.

Vliv pohlavních hormonů na prenatální a raně postnatální pohlavní diferenciaci mozku se zjistil při pokusech na zvířatech a existuje domněnka, že to platí i v případě člověka (Harlap 1987, Swaab et al 1995). Tento názor je těžké potvrdit a ještě není v žádném případě jistý. Pohlavní hormony se vylučují do mateřského mléka, ale pouze ve velmi omezeném množství (Americká Akademie pediatrie 1981). Přesto jakýkoli dlouhodobý vliv na potomstvo, který by byl způsoben mateřským mlékem, by byl asi velmi významný, protože by se týkal velkého množství dětí.

V únoru 1996 pořádala IPPF (Mezinárodní federace pro plánování rodičovství) Mezinárodní poradenskou panelovou diskusi na téma kojení, plodnost a otěhotnění po porodu. Na základě existujících informací se došlo k závěru, že pokud je to praktické, mělo by se ženám radit, aby plně kojily a v této myšlence je podporovat. S kombinovanými hormonálními kontraceptivy by se mělo obvykle počkat zhruba 6 měsíců po porodu, nebo do doby, kdy se dítě odstaví, záleží na tom, co nastane dříve. V případě, že jsou k dispozici nebo vyhovující pouze OCs s malou kombinovanou dávkou hormonů a pokud se ženy nechtějí spoléhat na laktální amenorrhoeu, mohou se začít podávat dříve, ale až po šestinedělí.

7.3.2 Antikoncepce na bázi čistého progestogenu

Tato metoda antikoncepce se během poporodního období důkladně prozkoumala (tablety, injekce a v nedávné době implantáty).

V roce 1991 publikoval Fraser přehled existujících údajů o jejich podávání během laktace. Došel k závěru, že se tato metoda v poporodním období hodně používala a zdálo se, že pro danou situaci měla speciální výhody. Kromě srovnávacího průzkumu, který prováděla WHO (1984, 1988) a který je uveden v části kombinovaných orálních kontraceptiv (7.3.1), provedla WHO také rozsáhlý průzkum kontraceptiv na bázi čistého progesteronu v době laktace, a to prostřednictvím perspektivní, nenahodilé studie realizované na sedmi klinikách v pěti státech (Egypt, Thaisko, Keňa, Čile a Maďarsko). Kojící ženy, které požádaly o antikoncepci, byly zařazeny do studie po skončení šestinedělí. Studijní skupiny tvořili kojenci matek, které dostávaly pouze progesteron (tablety, injekce nebo implantáty) a kojenci, jejichž matky hormonální koncepci neužívaly (IUD, mechanické pomůcky, nebo sterilizace). Sledování se provádělo v měsíčních intervalech až do konce prvního roku po porodu. Provedlo se velké množství antropometrických opatření a vývojových testů. Do této studie bylo zahrnuto 2466 párů matek s dětmi.

Z této studie vyplynulo, že antikoncepce na bázi čistého progestogenu, která se používá od šesti týdnů po porodu během laktace, neměla nepříznivý vliv na růst a vývoj kojenců ve srovnání s kojenci matek, které používaly nehormonální druh antikoncepce.

7.4 Ostatní metody antikoncepce

7.4.1 Nitroděložní tělíska

Nitroděložní tělíska (IUD) jsou spolehlivá kontraceptiva s frekvencí otěhotnění během jednoho roku na 100 žen 2,8 (nedoporučená IUD), a s nižší frekvencí u měděných IUD : 0,5-2,5. Nejnižší frekvence otěhotnění je u IUD, ze kterého se uvolňuje progesteron (levonorgestrel): 0,2 (WHO 1994c). Běžně se dají zavést za 4 - 6 týdnů po porodu; v případě IUD, ze kterého se uvolňuje progestogen, se doporučuje tělísko zavést až po

šestinedělí (WHO 1996c). Existuje i možnost zavedení IUD 48 hodin po porodu, ale v takovém případě je zvýšené riziko expulze.

7.4.2 Bariérové metody

Mezi tyto pomůcky zařazujeme kondomy a pesary, cervikální kloboučky a houby doplněné spermicidy. Kondomy je možné začít používat již krátce po porodu a jsou spolehlivé. Jejich používání má další výhodu v tom, že chrání proti pohlavně přenosným nemocem, včetně infekce HIV. Jako v případě ostatních mechanických pomůcek účinnost kondomu závisí na uživateli a důslednosti používání. Správné a důsledné používání kondomů se doporučuje pro prevenci STD a HIV. Kondomy se mohou zakoupit bez receptu. Pesary a cervikální kloboučky se nedoporučují dříve, než je děloha zavinitá, to znamená 4-6 týdnů po porodu. V případě pesaru je nejdříve zapotřebí provést vyšetření a tento zákrok by měl provádět zkušený gynekolog.

7.4.3 Sterilizace ženy

Sterilizace ženy v poporodním období se obvykle provádí pomocí minilaparotomie, při které se provede podvaz vejcovodů. Používají se i jiné metody, jako „Filshie clips“ (Graf et al 1996), ale tato metoda je zkomplikovaná edematózními a zkroucenými vejcovody po porodu. Podvaz vejcovodů je menší operace, kterou je možno provést buď v celkové, nebo lokální anestézii v prvních dnech po porodu. Zvláště v těch zemích a oblastech, kde je nemocnice daleko od místa bydliště a v případě multipar, které mohou mít velké problémy s návratem do nemocnice a opuštěním své rodiny, poporodní podvaz vejcovodů představuje vhodný způsob jak zajistit spolehlivou antikoncepci, pokud není další těhotenství žádoucí. Sterilizace má tu výhodu, že je trvalá, vysoce efektivní a relativně bezpečná; není pro ni zapotřebí neustálé přemýšlení ze strany uživatelky (WHO 1994c). Na druhé straně je důležité, aby byla žena a její manžel dopředu poučeni, a to nejlépe během těhotenství a věděli, že tato metoda je vhodná pouze pro ty lidi, kteří jsou si jisti, že už nechtějí další dítě. Zmíněný poradce by jim měl poskytnout informaci i o dalších existujících metodách.

7.4.4 Sterilizace muže

Sterilizace muže (vasektomie) by se měla považovat za řešení v tom případě, kdy se neuvažuje o dalším dítěti. Tato operace je jednoduchá a dá se provést ambulantně v lokální anestézii. Komplikace jsou vzácné a neexistují žádné prokázané dlouhodobé účinky na zdraví organismu (WHO 1994c). Poporodní období může být pro vasektomii vhodné, protože po operaci nastává obvykle období několika týdnů jako čekací doba až do okamžiku, kdy se pomocí testu prokáže, že v ejakulátu nejsou žádné spermie. Vhodné poučení je v tomto případě stejně důležité jako u sterilizace ženy, zvláště z toho důvodu, že muži se smiřují se svou sterilizací mnohem hůře, než ženy s podvazem vejcovodů.

7.5 Závěr

V bezprostředním období po porodu je primárním úkolem pro pečující osobu pomoci ženě se začátkem kojení a podporovat ji aby v něm dále pokračovala. Pokud matka plně kojí, může se minimálně 6 týdnů spolehnout na antikoncepční účinek laktační amenorrhie. V případě, že v kojení pokračuje, nedoporučuje se během tohoto období užívání žádných hormonálních přípravků.

Po šestinedělí je zapotřebí se rozhodnout, zda má matka v úmyslu nadále plně kojit i v dalších měsících. Pokud ano, může se rozhodnout, zda se spolehne na LAM jako na antikoncepční metodu, přičemž musí striktně dodržovat pravidla této alternativní metody,

ale jakmile se obnoví menstruace, nebo když dítě výrazněji přikrmuje, musí se rozhodnout pro další alternativu.

Pokud je zapotřebí v době po šestinedělí používat nějakou antikoncepci, během laktace je nejlepším řešením hormonální metoda ve formě tabletky čistého progestogenu. Kombinovaná orální kontraceptiva (OCs) se většinou nedoporučují, ale mohou se podávat, pokud nejsou k dispozici jiné metody, nebo ženě nevyhovují. Kombinovaná OCs se nedoporučují podávat během 6 měsíců po porodu, nebo do doby, než se dítě odstaví, záleží na tom, co nastane dříve. Mezi další možné metody patří zavedení IUD a mechanické pomůcky (kondomy nebo přepážky), což jsou vhodné alternativy.

Pokud se matka rozhodne, že po porodu nebude kojit, bude potřebovat antikoncepci dříve, protože ovulace nastane také dříve. Jedinou námitkou proti okamžitému užívání OCs je riziko trombózy. Pokud si žena přeje užívat kombinovaná OCs, ve Zprávě WHO (WHO 1996c) se uvádí, že by se mělo začít přípravkem s malou dávkou 3 týdny po porodu, a to na základě studie koagulačních faktorů v poporodním období (Dahlman et al 1985). Avšak s ohledem na skutečnost že koagulace a fibrinolýza jsou téměř normální asi za dva týdny po porodu a první ovulace může nastat již 25 dnů po porodu (Gray et al 1987), ženy mohou začít užívat kombinovaná OCs za dva týdny po porodu.

Tato doporučení platí pro zdravé ženy se zdravým dítětem. V případě nemoci matky, komplikací při porodu, císařského řezu, předčasně narozeného dítěte nebo nemocného dítěte, je zapotřebí ženám poskytnout specifickou radu v závislosti na dané situaci.

8 INFEKCE HIV/AIDS

8.1 Úvod

Celosvětová pandemie této relativně nové, smrtelné, pohlavně přenosné choroby vrhá stín na porod dítěte, a to zvláště v rozvojových zemích. V oblastech východní a střední Afriky je infikováno 20-30% všech těhotných žen. Tato infekce se rychle šíří v jihovýchodní Asii, přičemž výskyt v mnoha rozvinutých zemích je relativně nízký. Největším problémem ve vztahu k porodu je vertikální přenos z matky na dítě během těhotenství, porodu a postnatálního období. V této části se pojednává o zmíněném vertikálním přenosu zvláště v postnatálním období a o komplikacích spojených s HIV v poporodním období, o problémech při provádění testů na HIV a o péči o matku postiženou HIV a její dítě. Protože poporodní období není izolovanou epizodou, budeme se v této části občas zabývat i událostmi a rozhodnutími během těhotenství a porodu.

8.2 Vertikální přenos

8.2.1 Přenos během těhotenství a porodu

Odhadovaný výskyt vertikálního přenosu v Evropě a Spojených státech je 15-30%, v Africe je výskyt větší, dokonce více než 40% (Newell & Peckham 1993, Boer & Godfried 1997). Asi u 30% dětí nakažených během porodu se AIDS projeví do jednoho roku po porodu a u ostatních dětí bude AIDS v počátečním stadiu. Část přenosu nastává během těhotenství a zvláště během porodu.

Frekvence vertikálního přenosu se může úspěšně snížit podáváním zidovudinu během těhotenství, jak vyplývá z nahodilé studie prováděné ve Spojených státech a Francii (Connor et al 1994). U této léčby neexistuje důkaz závažného rizika pro dítě, ale možnost dlouhodobých vedlejších účinků na dítě se prazatím nevyloučila. Existují indikace pro omezení vertikálního přenosu pomocí elektivního císařského řezu (Evropská kolaborativní studie 1994), ale ostatní studie tento výsledek nepotvrdily (Dunn et al 1994, Mayaux et al 1995, Peckham & Gibb 1995, Landesman et al 1996). Dalšími opatřeními k prevenci vertikálního přenosu během porodních bolestí může být nepoužívání elektrod umístěovaných na hlavě při monitorování plodu a pokud možno se vyhnout umělému protřzení plodových blan, epiziotomii a běžnému odsávání novorozence. Pokud je zapotřebí provést porod s použitím nástrojů, mělo by se postupovat opatrně a při vakuové extrakci by se měl pokud možno používat gumový kryt, aby se zabránilo abrazím na hlavičce plodu (Verkuyl 1995).

8.2.2 Postnatální přenos

Odhaduje se, že kojení může být zdrojem infekce u dalších 14% dětí, což je více než jedna třetina všech případů infikovaných dětí (Dunn et al 1992, Boer & Godfried 1997). V rozvinutých zemích, kde je úmrtnost spojená s umělou výživou velmi nízká, může být na místě poradit HIV-positivním ženám, aby své děti nekojily (Johnstone 1996). Ale tato rada není vhodná pro všechny HIV pozitivní těhotné ženy v mnoha rozvojových zemích. Cena umělé výživy v těchto zemích je často větší, než minimální mzda a mnoho žen by takovou radu neuposlechlo, protože krmení z kojenecké láhve by je kompromitovalo (Verkuyl 1995, 1996). Riziko průjmů nebo špatné výživy vlivem nesprávné nebo nevhodné přípravy umělé výživy může převážit další riziko infekce HIV v mnoha chudých oblastech.

Přítomnost HIV postižených buněk v mateřském mléce je předpokladem pro přenos z matky na dítě (Van de Perre et al 1993, 1995). Protože mlezivo a první mléko obsahuje mnohem více buněk než pozdější mléko, riziko infekce může být větší v počáteční fázi laktace (Boer & Godfried 1997). Nedostatek vitamínu A u matky může vést ke zvýšení výskytu

vertikálního přenosu: čím nižší je hladina vitamínu A v séru matky, tím vyšší je frekvence přenosu (Semba et al 1994).

V květnu 1997 vydalo UNAIDS prohlášení, ve kterém se tato záležitost zařadila do kontextu lidských práv, která vyžadují, aby měly rodiny právo na kompletní informovanost z hlediska volby co nejlepší možnosti výživy pro své dítě. V tomto prohlášení se uvádí následující

Obecným principem pro veškerou populaci, bez ohledu na výskyt infekce HIV je to, že kojení se musí chránit, propagovat a podporovat. Pro všechny ženy a muže by se měl umožnit přístup k dobrovolnému a anonymnímu poradenství a testování na HIV“...“Matky a otcové by se měli podporovat v tom, aby se společně shodli v záležitosti výživy dítěte. Přesto jsou to matky, které jsou v nejlepší pozici aby se mohly rozhodnout, zda budou kojít, zvláště když jen ony samy třeba ví o své infekci HIV a přejí si tuto informaci ponechat jako důvěrnou. Z toho důvodu je důležité, aby měly ženy právo na rozhodnutí o výživě jejich dítěte na základě kompletní informovanosti a dostanou v tomto ohledu vhodnou podporu“...“Pokud se narodí děti HIV pozitivním ženám je pro ně třeba zajistit neomezený přístup k náhradám mateřského mléka se stejnou nutriční hodnotou, které se pro ně bezpečně připraví a poskytnou a u těchto dětí bude menší riziko nemoci nebo smrti, když se nebudou kojít. Ale pokud se tyto podmínky nesplní, zvláště v nějakém prostředí, kde jsou infekční nemoci a podvýživa primárními příčinami úmrtí kojenců, umělá výživa podstatně zvyšuje riziko nemoci a smrti dítěte“.

V ideálním případě, aby se usnadnila zásadní, včasná a vhodná rozhodnutí týkající se kojení, měl by se znát stav séra matky ještě před porodem. Taková situace však většinou neexistuje i v případě zemí s velkým výskytem a poradenství musí vzít v úvahu jak tuto skutečnost, tak místní podmínky.

8.3 Poporodní nemocnost matky ve spojitosti s infekcí HIV/AIDS

U HIV infikovaných matek existuje větší výskyt puerperální sepse, masivních špičatých kondylomat a horečky, která se dává do souvislosti s tuberkulózou, nebo není její původ znám. Poporodní období je možná jedním z nejnáchylnějších období pro ženy s oslabenou imunitou pokud se týká TB a měly by se sledovat všechny příznaky jako je například dlouhotrvající produktivní kašel. Dochází k výskytu i vzácných infekcí jako je například peritonitis po běžném poporodním podvazu vejcovodů, nebo pubická osteomyelitis po spontánním porodu. Také může docházet k zadržování moči, které je způsobeno poškozením nervového systému způsobeného infekcí HIV. Klinicky je obtížné rozlišovat mezi puerperální psychózou, cerebrální malárií a cerebrálními komplikacemi v souvislosti s HIV, jako je například toxoplasmóza, infekce způsobená cytomegalovirem a lymphomem (Verkuy 1995).

Při léčbě komplikací spojených s mateřstvím je důležité si uvědomit, že infekční choroby a komplikace u HIV pozitivních pacientek by se měly léčit agresivněji pomocí antibiotik než u ostatních pacientek. V rozvojových a rozvinutých zemích platí obecné pravidlo že transfúze krve a krevní produkty představují léčbu s podstatným rizikem. Tato léčba by se měla vyhradit pro život ohrožující komplikace a neměla by se zneužívat například pro léčbu mírné chudokrevnosti v poporodním období. V prvních týdnech po porodu, kdy z ženy stále odcházejí očišťky a poranění vulvy a vagíny se ještě nezhojila, pohlavní styk s HIV pozitivním manželem ji může snadno nakazit, pokud už nebyla infikována dříve. A naopak, HIV pozitivní žena může během pohlavního styku snadno infikovat muže.

Ženy nakažené HIV/AIDS mohou trpět specifickými psychologickými problémy. Mezi ně patří obava z kompromitace ve společnosti, diskriminace od příbuzných a nerespektování ze strany zdravotnických pracovníků. Nejistota prosperity jejího dítěte se neustále ženě vkrádá do myšlení a každé lehčí onemocnění v ženě znovu vyvolává pocit viny, že ona

může infikovat své dítě. Pokud jsou tyto pocity silné, mohou se samy o sobě projevit jako duševní choroba, která se těžko odlišuje od puerperální psychózy nebo infekčních cerebrálních komplikací.

8.4 Ochrana zdravotnických pracovníků a pacientů proti infekci

Důležitým aspektem péče je ochrana zdravotnických pracovníků a pacientů. Brožura WHO (WHO 1995c) nazvaná „Prevence přenosu HIV ve zdravotnických zařízeních“ obsahuje směrnice a doporučení pro prevenci a léčbu infekce. Uvádíme některá ze zmíněných doporučení:

- * Přenos viru z pacienta na zdravotnického pracovníka může nastat při poranění při aplikaci injekcí; k největšímu riziku dochází při poranění HIV kontaminovanými dutými jehlami. Riziko je reálné, ale malé: indikace jsou takové, že poranění ostrým předmětem a přenos HIV pozitivní krve vede k infekci HIV u 0,3-0,4 případů. U hepatitidy B představuje totéž poranění mnohem větší riziko (9-30%).
- * Zaznamenalo se několik málo případů přenesení HIV infekce jako nemoci z povolání po působení na mukózní membrány (ústa a oči), nebo porušenou kůži vystavenou účinkům infikované krve. Riziko získání infekce HIV tímto způsobem je mnohem menší, než riziko perkutanního zasažení. Přesto se musí vyvíjet neustálé úsilí k minimalizaci všech možných cest přenosu od pacientů na zdravotnické pracovníky.
- * Riziko přenosu z HIV postižených zdravotnických pracovníků na pacienta je malé, pokud se neprovádí takové postupy, které by vedly k vystavení účinku infekce. Při praxi porodní asistentky není normální vaginální porod z hlediska zasažení nebezpečný, ale infikovaní zdravotničtí pracovníci by raději neměli používat ostré nástroje.
- * Bezpečná manipulace s ostrými nástroji a odstraňování použitých ostrých nástrojů je zásadní. Nebezpečná je výměna jehel.; pokud je to zapotřebí, je lepší použít metodu tzv „vysátí obsahu“ jednou rukou. Výměna jehel oběma rukama zvyšuje pravděpodobnost poranění ostrým předmětem. Pro použité ostré nástroje musí být k dispozici zásobníky bez rizika propíchnutí stěny. Šití epiziotomie je zjevným zdrojem bodného poranění a všechny takové invazivní metody by se měly provádět pokud možno minimálně.
- * Bezpečná dekontaminace nástrojů a dalších kontaminovaných předmětů se provádí takto:
 - sterilizace nástrojů, které pronikají do kůže (alternativa: nástroje na jedno použití),
 - sterilizace, vyvážka nebo chemická desinfekce nástrojů, které se dostanou do kontaktu s mukózními membránami nebo s porušenou kůží,
 - důkladné umytí nástrojů, které se dostanou do kontaktu s neporušenou kůží.
- * Před prováděním péče o pacientku a po jejím skončení by se měly důkladně umýt ruce, stejně jako v případě, kdy jsou ruce znečištěny tělními tekutinami. HIV nemůže prostupovat neporušenou kůží, ale infekci je možno získat tehdy, kdy je krev v kontaktu s porušenou kůží. Řezné rány, škrábnutí, nebo jiné poškození kůže by se při práci s pacientkami měly ošetřit krytím z nepropustného materiálu.
- * Při úkonech, kde předpokládáme velké množství krve, by se měly nosit ochranné oděvy. V porodnické praxi tím míníme asistenci u porodu, manipulaci s placentou a tampóny nasáklé krví. V závislosti na předpokládaném množství krve by se měl ochranný oděv skládat z rukavic, nepropustného pláště nebo gumové zástěry a krytí očí. Pokud je zapotřebí chránit oči, postačující jsou běžné brýle. Roušky obvykle nejsou zapotřebí.

Měla by se zajistit bezpečná likvidace odpadu kontaminovaného tělními tekutinami v nepropustných pytlích, nebo zásobnících. Při porodu v domácnosti by se měla placenta polít desinfekčním prostředkem a zakopat do země.

Na základě těchto směrnic a předpokládaného rizika infekce (například regionální výskyt HIV) by měly všechny služby matkám provést potřebná preventivní opatření. Pokud budou příliš přísná, nebudou se dodržovat: „Obecná upozornění se obvykle ignorují“ (Hammond 1990). Opatření, která se vyberou, by měli schválit všichni zdravotničtí pracovníci. Tam, kde existuje velké podezření na výskyt kontaminace, by se mělo uvažovat o antiretrovirální (ARV) terapii, pokud je k dispozici spolu s následnou péčí a kontrolou.

8.5 Testy na HIV - výhody a nevýhody

Žena, která ví, nebo má podezření na to, že je HIV pozitivní, je ve velkém stresu, který je znásoben vědomím, že mohla nakazit své dítě, nebo že ho může brzy nakazit při kojení. V mnoha rozvinutých zemích, protože zde existují terapeutická opatření ke snížení přenosu infekce z matky na dítě během těhotenství, se větší pozornost zaměřila na možnost provedení HIV testů a bezplatného poradenství na klinikách pro péči v těhotenství. Ženy, které si chtějí nechat provést test by k ní podle této filozofie měly mít usnadněný přístup. Musí být také k dispozici příslušná informace a kvalitní poradenství, protože náhlé zjištění pozitivního HIV může být pro těhotnou ženu zničující. Proto je důležité, aby poradenství předcházelo souhlasu a připravenosti ženy akceptovat výsledky testů. V rozvinutých zemích s nízkým výskytem HIV se silně argumentovalo o praktičnosti intenzivního poradenství a testování (Johnstone 1996). Dostatečné poradenství pro všechny těhotné ženy se zdá být nesplnitelným úkolem, a to hlavně proto, že velkou většinu žen to vůbec nebude zajímat. Nicméně místo dlouhých hovorů s každou ženou by stačilo poskytnout přiměřenou informaci (v psané formě a/nebo audiovizuální) hlavně o rizikových faktorech a možnost provedení testu (nebo poskytnutí dalších informací) nechat na rozhodnutí ženy tehdy, když se domnívá, že patří do skupiny se zvýšeným rizikem. Při tomto postupu se vyhneme zbytečnému radění těm, které o to nemají zájem a ponecháme rozhodnutí o provedení či neprovedení testu tam, kde by mělo být: v rukou samotných žen.

V rozvojových zemích jsou problémy jiné a vážnější. Ta opatření, která se zdají být efektivní pro snížení vertikálního přenosu (léčba zidovudinem během těhotenství, umělá výživa dítěte) často nejsou finančně dostupná pro mnoho lidí v zemích s nejvyšším výskytem HIV. Pokud je situace taková, k čemu je potom testování? Na druhé straně je testování na HIV a poradenství stále více dostupné, zvláště v městských oblastech jižní a východní Afriky. V těch městských oblastech, kde tvoří klientelu směs chudých lidí a střední vrstvy a tato má přístup k následné péči a sociální podpoře při onemocnění způsobeném HIV, se zdá být možné propagovat přístup k VCT, včetně rozhodnutí o způsobu výživy kojence na základě výsledku. Aby byla situace ještě složitější Verkuyl (1995, 1996) uvádí, že zasažené ženě by mohlo pomoci, kdyby věděla, že její test na HIV je pozitivní, ale mnoho žen v Zimbabwe a dalších zemích Afriky jižně od Sahary mohou jen málo rozhodovat o svých životech a nemohou si dělat plány do budoucna; tito lidé nejsou jednotlivci, ale spíše komponenty v rozsáhlé rodině, která by mohla takovou ženu, o které by se vědělo, že je nakažená HIV, vyloučit ze společnosti.

V mnoha rozvojových zemích je vliv HIV/AIDS na ženy větší než na muže, a to z několika důvodů (De Bruyn 1992):

- * ve spojení s HIV/AIDS dochází stereotypně k tomu, že jsou ženy buď obviněné z šíření nemoci, nebo se s nimi nejedná jako s potenciálně nakaženými touto chorobou; ženy, o kterých se ví, že jsou HIV pozitivní, mohou jejich manželé opustit a ženy jsou pak vystaveny strádání;

- * Fyzické, sociální a psychologické hranice jsou větší pro ženy, které jsou seropozitivní/mají AIDS než pro muže v podobné situaci (například kvůli problémům spojených s těhotenstvím a porodem);
- * Na ženy jako na primární pečující osoby se mohou klást větší nároky v tom, aby se smířily s epidemickými účinky nemoci (například při péči o její nakažené dítě, ale také při péči o ostatní členy rodiny kteří onemocní);
- * Sociální postavení žen je obtížnější z hlediska provádění preventivních opatření (např. používání kondomů).

Tato citlivá témata v sobě zahrnuje mnoho rodinných problematik a je zapotřebí vyvíjet nepřetržité úsilí ke zvýšení povědomí lidí o tom, jak takové postoje ovlivňují setrvalost nerovnoprávných vztahů.

8.6 Úkoly pro pečující osobu

Tyto úkoly jsou obrovské: během těhotenství by měly pečující osoby radit ženám a jejich manželům o rozhodnutí k provedení testu na HIV. V případě pozitivního výsledku by jim měly zase poradit o možných terapeutických a preventivních opatřeních. V nemocnici nebo poradnách pro matky by se měly provést potřebné kroky k prevenci infekce ze strany pečujících osob a ostatních osob, zvláště během porodních bolestí a porodu. V poporodním období je zapotřebí, aby se žena rozhodla o způsobu výživy kojence a koho chce informovat o pozitivním testu na HIV a poskytnout další péči a radu. Pečující osoba by měla být schopna ženu v jejím rozhodnutí podporovat. A konečně by se mělo rozhodnout o další péči o dítě a matku.

9 IMUNIZACE

9.1 Úvod

Imunizace začíná již v postnatálním období. Strategie imunizace se mohou v jednotlivých zemích lišit. V této části budeme postupovat podle doporučení vyplývajících z Rozšířeného programu o imunizaci (EPI) vydaného Světovou zdravotnickou organizací (WHO 1996d). Imunizace matky je důležitým momentem při prevenci chorob a poškození novorozence. Pokud se imunizace provede u prvního porodu, nemělo by se zapomenout na perinatální období z důvodu prosperity dalšího těhotenství.

9.2 Klíčové choroby

Tuberkulóza způsobila v roce 1996 úmrtí asi 2,6 milionů lidí na světě. Pandemie infekce HIV a rozšíření *Mycobacteria tuberculosis*, odolného proti mnoha lékům, znatelně oslabily veřejnost proti této nemoci. BCG je nejrozšířenější vakcína na světě (v roce 1993 dostalo její dávku 85% všech dětí). Účinnost při prevenci plicní TB se ve světě hodně liší, ale imunizace pomocí BCG při narození snižuje nemocnost a úmrtnost dětí na tuberkulózní meningitis a roztroušenou tuberkulózu. V některých zemích, kde je riziko onemocnění tuberkulózou malé a kde se používá reakce tuberculinu v případě, že se objeví, se imunizace BCG provádí pouze u jednotlivců se zvýšeným rizikem. EPI obecně doporučuje, aby se pokračovalo s imunizací BCG krátce po porodu u veškeré populace, kde existuje zvýšené riziko tuberkulózní infekce.

Záškrt představuje hrozbu hlavně v mírném klimatu. Imunizace se provádí pomocí diphteria toxoid, což je deaktivovaný přípravek toxinu záškrtu. Npůsobí preventivně proti infekci, ale zabraňuje systematickým projevům. Imunizace se doporučuje u všech dětí na světě v 6. 10. a 14. týdnu po narození.

Tetanus způsobuje potentní neurotoxin produkovaný *Clostridium tetani*, kterému se daří v nekrotizovaných tkáních znečištěných ran a v pupeční šňůře, takže pokud porod neprobíhá v čistotě, dochází k ohrožení novorozence. Imunizace se provádí pomocí anatoxinu tetanu (TT), což je deaktivovaný přípravek toxinu. Imunizace TT by se měla provádět u všech dětí v 6., 10. a 14. týdnu.

Ženy ve fertilním věku (těhotné i netěhotné), které se neimunizovaly v dětství nebo dospívání pomocí TT, by se měly naočkovat jak kvůli své ochraně, tak kvůli ochraně jejich novorozenců proti novorozeneckému tetanu.

Pro ženu, která nebyla dosud naočkována se doporučuje následující systém s pěti dávkami:

- * TT1 při prvním kontaktu nebo co nejdříve po zjištění těhotenství.
- * TT2 minimálně 4 týdny po TT1.
- * TT3 minimálně 6 měsíců po TT2.
- * Poslední dvě dávky se podají minimálně po jednom roce, nebo během následujícího těhotenství.

Pertussis (černý kašel) je infekce dýchacích cest způsobena *Bordetella pertussis*. Mnoho symptomů je způsobeno toxiny. Imunizace se provádí naočkováním vakcín, které obsahují bakterie pertussis, které jsou usmrceny chemickou cestou nebo teplem, nebo pomocí nebuněčných vakcín, které se nedávno zavedly v některých průmyslových zemích obsahující pertussis antigens. Vakcinace se doporučuje u dětí v 6. 10. a 14. týdnu.

Poliomyelitis je virová infekce, která se šíří fekálně-orální cestou nebo pharyngeální. Riziko ochrnutí u kojenců je asi 1 případ na 200 infekcí u dětí mladších jednoho roku a 1 na 100 infekcí u dětí mezi 1-14 rokem. Imunizace se provádí injekčně podanou deaktivovanou

vakcínou, nebo orálně podanou vakcínou poliomyelitis (OPV) podle následujícího schématu:

- * OPV 0 při narození nebo ve dvou týdnech po narození
- * OPV 1 v 6. týdnu
- * OPV 2 v 10. týdnu
- * OPV 3 ve 14. týdnu

Spalničky jsou akutní virovou infekcí, která se přenáší dýchací cestou při bližším kontaktu. K úmrtí dochází primárně prostřednictvím sekundárních infekcí dýchacího a gastrointestinálního traktu. Imunizace oslabeným virem se doporučuje v 9. měsíci po narození, dostatečně dlouho po poporodním období.

Hepatitis B je způsobena virem, který se přenáší prostřednictvím kontaktu s krví a pohlavním stykem. K perinatálnímu (vertikálnímu) přenosu z matky na dítě dochází během porodu. Přenos z dítěte na dítě je také v dětství běžný. Mnoho infikovaných dětí se stává přenašeči viru B (HBV) a u některých z nich může dojít k vážnému poškození jater. Imunizace vakcínou, která obsahuje povrchový antigen hepatitis B (HBsAg) se doporučuje pro všechny děti co nejdříve po porodu a druhá dávka se podá za 6 a třetí za 14 týdnů. V Africe, kde perinatální infekce není tak běžná se může začít s imunizací později, zmíněné tři dávky se mohou podat v 6. 10. a 14. týdnu společně s ostatními vakcínami. Doporučuje se také imunizace zdravotnických pracovníků.

9.3 Plán imunizace v prenatálním a postnatálním období

Během těhotenství a v postnatálním období se doporučuje následující plán:

- Pokud v nějaké zemi většina žen v plodném věku nebyla imunizována pomocí anatoxinu tetanu (TT) v dětství nebo před otěhotněním, první podání dávky se doporučuje (TT1) při prvním kontaktu během těhotenství a TT2 minimálně 4 týdny po TT1. TT3 by se měla podat minimálně za šest měsíců po TT2. Dvě zbývající dávky by měly být podány v následných intervalech minimálně po roce. Pokud má těhotná žena záznam o předchozím podání vakcín obsahujících anatoxin tetanu v raném dětství nebo školním věku, mohou dostat nárazovou dávku během těhotenství.
- * Brzy po porodu se doporučuje podat BCG u veškeré populace s velkým rizikem tuberkulózní infekce. Brzy po porodu se také doporučuje první dávka orálně podané vakcíny poliomyelitis (OPV 0) a první dávka vakcíny hepatitis B (HB 1) v těch zemích, kde je častý výskyt v perinatálním období.
- * V šesti týdnech po porodu se podá první dávka kombinovaných vakcín proti záškrtu, tetanu a černému kašli (DPT 1) a také první dávka OPV a druhá dávka HB. V zemích, kde dochází k malému perinatálnímu přenosu hepatitis B se dávka HB 1 může podat až v tomto stádiu.
- * V 10. týdnu se aplikují DPT 2 a OPV 2 a HB 2 v zemích s malým výskytem přenosu.
- * Ve 14. týdnech se podají dávky DPT 3, OPV 3 a HB 3 ve všech zemích

9.4 Poporodní pasivní imunizace proti alergii na Rh faktor

Jednou z nejefektivnějších imunologických intervencí po porodu je Rh profylaxe u Rh negativních žen, u kterých se netvoří během těhotenství protilátky Rh-D a které porodí Rh pozitivní dítě. Těmto ženám se aplikuje 200 µg anti-D do 24 hodin, nebo nejpozději za 72

hodin po porodu. Takto se eliminují Rh-D pozitivní erythrocyty plodu které se dostaly do oběhu matky během porodních bolestí a porodu a dojde ve velkém procentu k prevenci přecitlivělosti na Rh matky. K realizaci Rh profylaxe je zapotřebí systematickou organizaci a ta nemusí vždy existovat. Pokud však tato možnost existuje, měl by se provést screening všech těhotných žen na Rh-D a pokud jsou Rh negativní, protilátky Rh-D se určí ve 32. týdnu těhotenství. Po porodu se určí Rh-D novorozence Rh-negativní matky a pokud je novorozenec Rh-D pozitivní, měla by se podat dávka anti-D (Bennebroek Gravenhorst 1989).

9.5 Poporodní očkování proti zarděnkám

Poporodní období je vhodnou dobou pro imunizaci proti zarděnkám, protože těhotenství je relativní kontraindikací pro imunizaci proti zarděnkám a pravděpodobnost výskytu těhotenství do 30 dnů po porodu je extrémně nízká. Tento způsob se prokázal jako účinný (Villarejos et al 1973, Black et al 1983). Pokud se během těhotenství provede test na zarděnky a prokáže se, že žena není proti nim imunní, imunizace se může nabídnout v raném šestinedělí. Tímto způsobem se může zajistit prevence vrozených malformací způsobených zarděnkami v dalších těhotenstvích.

10 PÉČE A OŠETŘOVATELSTVÍ V POPORODNÍM OBDOBÍ

10.1 Riziko ošetřovatelství

V předchozích částech se diskutovalo o potřebách žen a jejich novorozenců a největších zdravotních rizicích poporodního období. Veškeré zmíněné problematiky jsou, nebo by měly být předmětem péče, ale organizace takové péče je stále nejasná. Na rozdíl od prenatální a porodní péče, kde jsou obvykle k dispozici jasné normy, i když ne vždy se dodržují, pro poporodní péči často chybí jasné cíle. Situace někdy vyústí do izolovaných zásahů, jejichž hodnota je taková, jaká je a to z hlediska imunizace, antikoncepce, nebo jiných otázek. V poporodní péči příliš často chybí veškeré ucelené základní prvky, které jsou zapotřebí pro zdraví ženy a jejího novorozence.

V této části se popisují cíle a pravidla poporodní péče založené na potřebách, důkazech a rizicích, o kterých jsme se již v tomto textu zmínili. Jde o návod, jakým způsobem by měla být organizována poporodní péče. S přihlédnutím na klinické problémy se pozornost zaměřuje na primární péči, soustřeďuje se na prevenci, včasnou diagnózu a léčbu nemoci a komplikací a v případě potřeby na převoz do nemocnice. Specializovaná nemocniční péče však na tomto místě popsána není. Hlavní myšlenkou diskusí Technické pracovní skupiny bylo chránit normální situace přičemž se zdůrazňuje, že bdělost umožňuje rychlou reakci na vznikající problémy. Propagace kojení, poradenství v oblasti antikoncepce a výživy a imunizace patří také do základních částí poporodní zdravotní péče.

Většina úmrtí matek a novorozenců nastává právě v poporodním období a v této době se také vytvářejí predispozice pro dlouhodobou nemocnost. Komplikace po porodu můžeme rozdělit na akutní stavy ohrožující život a střednědobé a dlouhodobé chronické stavy. Je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost varovným signálům a vhodnému zásahu na všech úrovních. Kvalifikovaná péče a včasná identifikace problémů by mohla vést ke sníženému výskytu úmrtí a postižení spolu s přístupem k funkčním službám převozu do nemocnice s možností efektivní transfúze a chirurgického zásahu. Vybudování kompletního funkčního řetězce převozu pacientky do nemocnice a zpět je jedním z hlavních úkolů při prevenci úmrtí matky a novorozence.

Poporodní péče musí být založena na spolupráci mezi rodiči, rodinami, kvalifikovanými pečujícími osobami, nebo tradičními ošetřovateli, profesionálními zdravotnickými pracovníky, orgány pro plánování zdravotní péče, nemocenské správy a dalšími spolupracujícími sektory, společenstvími skupinami, strategickými pracovníky a politiky. Ti všichni potřebují přesnou informaci o tom, z čeho se skládá nejlepší péče v poporodním období.

10.2 Cíle a plánování poporodní péče

Cíle péče v období po porodu jsou následující:

- * podpora matky a její rodiny při přechodu na nové složení rodiny a reakce na jejich potřeby
- * prevence, včasná diagnóza a léčba komplikací matky a dítěte včetně prevence vertikálního přenosu nemocí z matky na dítě
- * v případě potřeby převoz matky a dítěte k poskytnutí specializované péče
- * poradenství v oblasti péči o dítě
- * podpora při kojení
- * poradenství o výživě matky a případně o umělé výživě
- * poradenství a poskytování služeb při řešení antikoncepce a obnově pohlavního života
- * imunizace dítěte.

Přesto, že zde chybí pádný důkaz, zdá se, že existují „zásadní“ momenty, kdy kontakt se systémem zdravotní péče/informovanou pečující osobou by mohl být nástrojem pro identifikaci a odezvu na potřeby a komplikace. Tyto jsou shrnuty do vzorce „6 hodin, 6 dnů, 6 týdnů a 6 měsíců“. Pokud se předpokládá nějaká forma trvalé péče pro matku a jejího novorozence během prvních hodin po porodu, ať už v domácím prostředí, nebo ve zdravotnickém zařízení, zmíněných 6 dnů a 6 týdnů se zdá být jako nejvhodnější doba, která asi nejvíce ovlivní zdravý průběh poporodního období. Někjaká forma trvalé podpory a péče jak o matku, tak jejího novorozence během prvních dnů života je velmi žádoucí.

V tabulce 5 je stručně znázorněno schema péče, kterou je možné nabídnout v každém kontaktním místě v průběhu šestinedělí. Detaily se přizpůsobí místním podmínkám a strategii té či oné země. Důležitější než přesný, ale nerealizovatelný program návštěv je možnost přístupu k pečující osobě pro každou ženu kdykoli je to zapotřebí a dostatek informací, aby se žena mohla rozhodnout, zda zmíněnou pomoc vyhledá.

Tabulka 5 Základní prvky poporodní péče

6 - 12 hodin	3 - 6 dnů	6 týdnů	6 měsíců
Dítě: dýchání teplo výživa pupečník imunizace	výživa infekce běžné testy	hmotnost/výživa imunizace	vývoj odstavení
Matka: krevní ztráta bolest BP rada/varovné příznaky	péče o prsa teplota/infekce očistky nálada	zotavení anémie antikoncepce problémy	celkový stav antikoncepce pokračování nemocnost

10.2.1 Místo poskytování péče

Velká většina žen a novorozenců, kteří potřebují v poporodním období péči jsou v určitém spádovém území, ať už ve městě, nebo vesnici, a mnoho z nich nevyhledá pomoc ve formálním zdravotnickém systému, i když existuje. V mnoha společnostech existují komplexní schémata tradiční podpory pro poskytnutí ochrany a péče pro dobu 7 - 40 dnů. Na tomto systému se může vybudovat formální poskytnutí péče. Intervence by měly být co nejvíce v souladu s kulturou a měly by se zaměřit především na následující:

- * potřeby žen, jejichž sociální situace je taková, že jsou tradiční sítě oslabeny, nebo chybějí.
- * na ženu, která přišla o své dítě, nebo která má k dítěti nevyhraněný postoj, protože má „nesprávné“ pohlaví, nebo nějak postižené.
- * na roli mužů při určení jak přístupu, tak kvality v poporodní péči
- * na potřeby a kapacity „nekvalifikované ošetřující osoby“; TBA, člena rodiny, atd.

10.3 První hodiny po porodu

10.3.1 Dítě

Péče během prvních hodin, nebo prvního dne po porodu by měla zareagovat na fyziologické potřeby novorozence a pečlivého zhodnocení jeho stavu. Zhodnocení fyzického stavu novorozence má dva důvody: stanovit anatomickou normalitu pro počáteční období nového života a určit zdravotní stav. Mnoho příznaků tohoto přechodného období se podobá počátečním příznakům závažného onemocnění. Z toho důvodu je velmi těžké rozlišit mezi normálními variacemi přechodného období a skrytým, nebo počátečním stavem nemoci. Stav novorozence se může rychle měnit: První vyšetření je pouze orientační a v tomto počátečním období je zapotřebí provádět časté kontroly, aby se případné problémy včas identifikovaly. Veškeré nálezy se musí interpretovat ve světle celé události (těhotenství, porod a postnatální období).

Péče v prvních hodinách po porodu zahrnuje:

- * zajištění tepla poskytnutím teplého prostředí a ponecháním dítěte u matky, aby se zabránilo podchlazení dítěte (viz část 5.3).
- * zajištění častého a plného kojení a v případě potřeby pomoc matce při osvojení správného kojení (část 6.2). V případě HIV pozitivní matky je zapotřebí, aby se rozhodla o způsobu výživy dítěte, pokud tak neučinila během těhotenství a koho chce informovat o svém HIV pozitivním stavu (části 8.2, 8.5, 8.6). Matka potřebuje podporu a radu v těchto obtížných rozhodnutích.
- * čisté prostředí a péči o pupečník: (části 5.2, WHO 1996a,b).
- * zvážení novorozence.
- * zjištění zdravotního stavu novorozence, aby byla matka klidná a případné problémy se brzy rozpoznaly (zpráva o *Základní péči o novorozence*, WHO 1996b).
- * častou kontrolu dítěte matkou, která je poučena o nebezpečných příznacích.
- * podávání vitamínu K v té zemi, kde je to vyplývá ze strategie zdravotnictví, a to buď injekčně, nebo orálně. Přesto stále chybí průkazný materiál pro běžné podávání vitamínu K všem novorozencům z hlediska prevence relativně vzácného výskytu krvácivosti novorozence.

- * doporučeném zahájení imunizace pomocí vakcíny BCG a hepatitis B a počáteční orální dávky vakcíny poliomyelitis (části 9.2, 9.3).

10.3.2 Matka

První hodiny po porodu jsou nesmírně důležité. Během nich by měla ošetřující osoba

- * zhodnotit stav matky, změřit a zaznamenat tlak krve a teplotu.
- * pravidelně kontrolovat krvácení z pochvy, zavinování dělohy a výšku fundu
- * identifikovat příznaky závažných komplikací matky, obzvláště krvácení, eklampsii a infekce a iniciovat léčbu (části 3.1, 3.2, 3.3).
- * pokud je zapotřebí provést šití hráze.

10.3.3 Porody ve zdravotnickém zařízení

Ať už matka s dítětem zůstávají ve zdravotnickém zařízení krátce nebo delší dobu, je obrovsky důležité, aby zůstali spolu a neoddělovali se. Dítě by mělo být v těsné blízkosti své matky ve dne i v noci a mělo by k ním mít neustále neomezený přístup. Tzv. systém „rooming out“ (všechny děti pohromadě na novorozeneckém oddělení) vede k šíření nozokomiálních nemocí a má negativní vliv na vazbu mezi matkou a dítětem a na kojení (6.3). Tento „západní“ systém péče se převedl do rozvojových zemí.

10.3.4 Poradenství a sledování

Před odchodem od matky a dítěte musí ošetřující osoba matku ujistit, že jsou oba v dobrém stavu. Ve zdravotnickém zařízení by mělo být zajištěno další sledování matky i dítěte; pokud nastal porod mimo zdravotnické zařízení, matka i její rodina musí vědět, kam se mohou v případě nutnosti obrátit o pomoc. Měl by se připravit plán péče pro první týden po porodu i pozdější období. Protože k mnoha porodům dochází skutečně mimo oblast zdravotního systému, ošetřující osoby na úrovni komunity by měly být proškoleny, aby byly schopny se v situaci orientovat a vyhledat pomoc v tom případě, že se projevují první příznaky vážných komplikací u matky či dítěte. Tyto ošetřující osoby potřebují jasné instrukce pro zásahy, které mají v případě potřeby uskutečnit.

10.4 První týden po porodu

10.4.1 Délka pobytu ve zdravotnickém zařízení

Zdravá matka a dítě nemusí být nutně v nemocnici. Pokud nastal porod ve zdravotnickém zařízení, mohou tam na nějakou dobu zůstat, zvláště když jsou daleko od domova a je obtížné v místě bydliště dostat příslušnou péči. Nicméně kvalita péče nezávisí na délce pobytu ve zdravotnickém zařízení. Naopak: někdy je lépe poskytnout péči doma. Zásadní však je, aby se poskytla péče adekvátní. Je důležité si uvědomit, že matka je členem rodiny a komunity a že porod jejího dítěte nastal v této komunitě, nebo pokud rodila ve zdravotnickém zařízení, navrací se se svým dítětem do vlastní rodiny a komunity. Členové této komunity, zvláště její manžel nebo partner a ostatní členové rodiny, v některých zemích by se měl péče také možná účastnit tradiční porodní asistent/asistentka (TBA), a z toho důvodu by měl/měla být informován/informována o cílech takové péče a v případě příznaků nebezpečí pro matku a dítě by měl/měla rychle vyhledat kvalifikovanou pomoc.

Délka pobytu v nemocnici po porodu se v mnoha zemích snižuje. V osmdesátých letech zůstávaly ženy v nemocnici po vaginálním porodu 3-4 dny; v současné době je to běžně 24-48 hodin. Proto je zapotřebí poskytnout určitou formu poporodní péče v domácím prostředí. K hlavním problémům patří financování těchto programů a riziko poskytnutí špatné péče. V nedávno vydaných směrnicích Americké akademie pro pediatrii Americké lékařské fakulty pro porodnictví a gynekologii (1992), se uvádí, že pokud nedojde k žádným komplikacím, délka pobytu v nemocnici po porodu by měla být 48 hodin po vaginálním porodu a 96 hodin po císařském řezu. V roce 1997 byla tato doba pobytu v nemocnici uzákoněna a pokud si žena přeje, musí jí být zmíněný pobyt v nemocnici umožněn.

10.4.2 Zhodnocení stavu matky a novorozence a poradenství

V prvním týdnu po porodu je důležité zhodnotit stav matky a dítěte spolu s vhodným poradenstvím, zvláště v případě, pokud se jedná o první dítě. Během poporodní návštěvy v prvním týdnu by se mělo zkontrolovat následující:

Matka

- * Celkový stav, močení (zvláště v prvních 8-12 hodinách, viz 3.5), případné problémy.
- * Břicho: výška fundu a zda není zvětšený močový měchýř
- * Hráz, vaginální krvácení, očistky, hemoroidy
- * Končetiny: trombophlebitis, příznaky trombózy?
- * Teplota, pokud je důvod na podezření z infekce. Tělesná teplota 38.0° C není normální, zvláště v prvních dnech po porodu (viz část 3.3)
- * Kontrola a asistence při kojení, aby se zabránilo vzniku problémů

Ošetřující osoba by měla být schopna poskytnout radu při začátku a praktikách kojení (části 6.3, 6.4) ale také v mnoha dalších problémech, které vznikají v prvním týdnu po porodu,

zvláště u primipary. Zvláštní problémy HIV pozitivních žen se popisují v části 8; patří mezi ně rozhodnutí o provedení testu na HIV a výživě kojenice. Mělo by se nabídnout poradenství o antikoncepci v kombinaci s kojením (části 7.2, 7.3, 7.5). Příliš často dochází k tomu, že se tyto problematiky řeší zvlášť a s různými osobami, které o jedné z nich neumí poradit. V případě anémie se matce předepisuje železo. Rh negativní ženy které mají Rh pozitivní dítě by měly dostat dávku anti-D (část 9.4). Pokud se ví, že matka není imunní proti rubeole, může se nabídnout imunizace (část 9.5).

Poradenství v oblasti výživy a doplňků výživy u těhotných a kojících žen je předmětem zvláštního zájmu v těch zemích a oblastech, kde existuje velký výskyt podvýživy. V těchto případech je pro matku a její dítě důležité poskytnout poradenství o výživě a doplňcích výživy z hlediska bílkovin a energie (část 4.3) Poskytnutí těchto doplňků výživy je primární záležitostí vládních orgánů, ale ošetřující osoby je mohou o situaci informovat a provést výběr těch žen, které doplňky výživy potřebují. Doplnění stopových prvků (část 4.4) obvykle reguluje vláda, a to v závislosti na místní situaci.

Ošetřující osoby by měly konkrétněji poskytnout:

- * poradenství o potřebách matky a novorozence z hlediska fyzického stavu, psychologických a kulturně-environmentálních potřeb včetně výživy a kojení
- * informaci týkající se varujících příznaků problémů a kde vyhledávat pomoc
- * poradenství ženám a mužům v sexuální oblasti, která se týká poporodního období včetně regulace početí a poskytnutí antikoncepce
- * dobrovolnou radu o HIV/AIDS a testech
- * informaci o imunizaci novorozence/dítěte a ženy a pokud je zapotřebí i včetně Rh imunizace.

Zhodnocení dítěte

Běžné vyšetření novorozence není delší než 5-10 minut a mělo by se provádět v nějakém tichém, teplém a čistém prostředí, nejlépe při denním světle a za přítomnosti rodičů. Toto zhodnocení by mělo vypadat následovně:

- * dotaz na matku, jaký má vztah k dítěti, jakým způsobem dítě krmí a zda má nějaké problémy
- * celkový stav: zda je dítě aktivní, dobře a často živené (pozor na tzv. „velice hodné dítě“, které nikdy nepláče)
- * pokud je zapotřebí sledovat průběh kojení a poradit matce, jak zlepšit techniku
- * kůže: je čistá (bez puchýřků), není žlutá?
- * jsou oči čisté (nevytéká z nich hnis)?
- * pokud není dítě čilé, není správně živené, nebo pokud se při vyšetření vyskytnou jiné abnormality, je potřeba provést následující:
 - dýchání: frekvence; zda nejsou známky obtížného dýchání, zrychleného dechu, chrapotu, vtahování mezižeberního prostoru při vdechování?
 - změřit teplotu (část 5.3)
 - tonus a motorické funkce: hypotonie, paréza?

V těch zemích a populacích, kde existuje zvýšené riziko infekce tuberkulózy dostávají novorozenci co nejdříve po porodu vakcínu BCG (části 9.2 a 9.3). První injekce vakcíny hepatitis B se podává v prvním týdnu spolu s první dávkou orálně podané vakcíny poliomyelitidy (OPV). V těch zemích, kde existuje program screeningu hypothyroidismu a fenylketonurie je zapotřebí ke konci prvního týdne odebrat vzorek krve a provést laboratorní vyšetření.

Sledování dítěte v prvním týdnu života je mnohem důležitější, než pouze jedno vyšetření zdravotnickým pracovníkem.

10.4.3 Plán poporodních návštěv

Pro ošetřující osobu (porodní asistentka, zdravotní sestra, osoba pro péči o matku, atd.) není stanoven pro první týden po porodu optimální počet návštěv a doba, kdy by se měly měly uskutečnit. V mnoha rozvojových zemích omezuje nedostatek kvalifikovaných pracovníků možnosti na úplné minimum. Jak v rozvojových, tak rozvinutých zemích prakticky neexistuje obecné pravidlo pro přesný účel návštěv v domácnosti, jejich frekvenci a efektivnost. V TWG existoval obecný názor, že s omezenými zdroji je neefektivnější kontakt se systémem zdravotní péče minimálně během prvních 24 hodin po porodu a do konce prvního týdne. Je zapotřebí provést důkladnější průzkum z hlediska potřeb žen a významu návštěv v domácnosti (Marchant 1995).

10.5 První měsíce

Pokud jsou matka a dítě zdraví, po prvním týdnu již častější podpora pečující osobou není zapotřebí. Tradičně je matka vyzvána, aby se dostavila na kontrolu po šestinedělí. Přesto během této doby potřebuje poradit o stavu dítěte a někdy o kojení, nebo dalších problémech, které mohou nastat. Ve stáří 6 týdnů dostává dítě druhou dávku OPV a první dávku vakcíny záškrt/tetan/černý kašel (DPT). Měl by se také zkontrolovat růst dítěte.

Co by se mělo provádět během kontroly matky po skončení šestinedělí? Nejdříve ze všeho by se měla pečující osoba zeptat ženy na její zdravotní stav a případně problémy. Jak už jsme se zmínili v části 2 v poporodním období existuje větší nemocnost matek, než jakou si většina ošetřujících osob uvědomuje. Tradičně se provádí vaginální vyšetření, ale prospěšnost tohoto vyšetření se zpochybňuje, kromě kontroly hojení velkého natržení, nebo pokud si žena stěžuje na bolest, nebo jiné obtíže. Může se zjistit hladina hemoglobinu, zvláště pokud se v těhotenství nebo po porodu vyskytla anémie a pokud je zapotřebí, žena dostane recept na železo. Je důležité, aby se pokud možno této konzultace účastnil i manžel nebo partner. Často si ženy a jejich partneři chtějí popovídat o průběhu porodu a všem, co se kolem něho dělo. Na tyto otázky by se mělo odpovědět a je třeba poskytnout příslušné informace. Nicméně nejdůležitější je budoucnost: pokud se plánují další těhotenství, je zapotřebí provést nějaká opatření z hlediska proběhlého porodu a průběhu předešlého těhotenství? A co otázka plánovaného rodičovství? Jak dlouho se bude pokračovat v kojení a je ochrana proti otěhotnění dostatečná? Je zapotřebí používat ještě další antikoncepci? Tyto otázky se probíraly v části 7.5. Kombinace rady o kojení a antikoncepci je zásadní. Poradenství o antikoncepci patří k nejdůležitějším aspektům poporodní péče; měla by se poskytnout další pomoc, nebo nabídnout možnost konzultace u jiných odborníků. Je důležité, aby se tohoto poradenství účastnil i manžel nebo partner.

10.6 Integrovaná péče

V mnoha zemích existuje tendence poskytovat výše zmíněné segmenty péče jako oddělené celky, o kterých budou diskutovat různé ošetřující osoby na různých místech a v různé době. Jak vyplývá z několika příkladů, integrovaná péče je mnohem efektivnější. Samozřejmě, že je často nemožné, aby veškeré části péče prováděla pouze jedna osoba, ale organizace péče může být taková, že ji žena vnímá jako koherentní systém péče.

ICMER (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva) v Santiagu Čile nabízí služby po porodu. Ženy se kontaktují v porodnici a pozvou se na návštěvu kliniky. Návštěvy jsou naplánovány v pravidelných intervalech během týdnů a měsíců po porodu. Během těchto návštěv je prohlédnuta jak

matka, tak dítě. Matce jsou poskytnuty praktické rady o kojení. Během prvních šesti měsíců se doporučuje plně kojit.

Ke konci prvního měsíce ženy obdrží informaci a radu o možnostech antikoncepce pro kojící ženy. Volba závisela na pokračujících projektech výzkumu na klinice, jako bylo např. použití měděných nitroděložních tělísek, prostředků, které uvolňují progesteron, implantátů Norplant[®], tablet obsahujících čistý progestin a různých metod mechanické ochrany. Přejít z tablet obsahujících čistý progestin na kombinované tablety se doporučuje v době odstavení dítěte. Během patnáctiletého programu bylo procento žen které kojily v 6 měsících (91%) a 12 měsících (58) stabilní. Z hlediska celkové populace v Santiagu 40% - 50% dětí se odstavovalo v 6 měsících. Růst a prosperita kojených dětí se uváděly jako extrémně pozitivní, ale po odstavení se zvyšovala frekvence výskytu průjmů a nemocí dýchacího ústrojí. Výsledky byly zřetelně lepší, než v blízké státní klinice (zpráva Dr. Soledada Diaze, Santiago).

Ve městě Sfax, Tunisko, se zorganizoval poporodní program pro matky a jejich novorozence, kteří se narodili na porodnicko-novorozeneckém oddělení nemocnice ve Sfaxu (Coeytaux & Winikoff). Za čtyřicet dnů po narození se žena a její dítě pozvaly na konzultaci. Důvod, proč se pozvali právě v tento den spočíval v tom, že ve většině muslimských kultur se čtyřicetidenní doba zotavení pro matku a klidné období pro dítě považují za zásadní. Během tohoto období matka neodchází z domu a je osvobozena od všech domácích povinností, kromě kojení svého novorozence. Čtyřicátý den uzavírá období této rekonvalescence. Tradičně se v tomto dnu pořádají oslavy. Tím, že se spojila tato kontrola s tak významným dnem, se centru ve Sfax podařilo sloučit poporodní kontrolu do jednoho dne. V roce 1987 přišlo na poporodní kontrolu se svým dítětem 83% všech žen, které porodily ve sfaxské nemocnici.

Během této konzultace nejprve prohlédl a vyšetřil dítě pediatr, prodiskutovala se otázka imunizace a provedlo se doporučení pro místní zdravotní střediska, aby ji aplikovaly. Matkám se doporučilo nadále kojit, ale v případě, že matka nekojila, byla poučena o tom, jak připravovat umělou výživu. Potom pokračoval rozhovor s porodní asistentkou, během které se mluvilo o výživě matky, provedlo se gynekologické vyšetření a poskytla se informace o plánovaném rodičovství. Mezi nejčastěji používané metody v roce 1983 patřilo nitroděložní tělísko a podvaz vejcovodů. Orální antikoncepce se předepisovala jen zřídka.

V mnoha zemích a ústavech se konzultace pro matku a dítě organizují zvlášť. Tím pádem péči matce a dítěti poskytují různé ošetřující osoby. Přesto je z uvedených příkladů jasné, že integrace obou konzultací na jedné klinice zvyšuje návštěvnost a efektivnost. Postytnutí integrované péče která splňuje potřeby jak matky, tak novorozence, je naprosto v jejich zájmu, včetně poradenství o plánovaném rodičovství. Je důležité, aby různé ošetřující osoby poskytovaly podobnou radu, zvlášť o výživě novorozence a antikoncepci, protože efektivnost kojení jako antikoncepční metoda závisí na způsobu, jak se dítě kojí. (části 7.2, 7.5).

Tradičně doba šestinedělí končí po uplynutí šesti týdnů. Přesto by v tomto okamžiku neměla končit péče: v mnoha zemích se organizují další konzultace pro novorozence; v 10. a 14. týdnu po narození se plánuje další imunizace dítěte (část 9.3). Pokud jsou v místě dětské kliniky, je lépe imunizace začlenit do jejich péče. LAM jako antikoncepční metoda je použitelná v prvních 6 měsících po porodu (části 7.2, 7.5); to znamená, že během tohoto období by měla být také poskytnuta péče o matku a sloučena s péčí o dítě. Teoreticky je nejlepší, aby se poporodní péče ukončila za šest měsíců po porodu.

10.7 Kdo jsou pečující osoby?

Poporodní péče začíná po narození dítěte a prvními ošetřujícími osobami jsou ty, které asistují při porodu; porodní asistentka nebo lékař, zdravotní sestra, nebo ošetřovatelka a jiné osoby, jako jsou tradiční ošetřující osoby v případě, kdy porod nastává v domácnosti. V případě obtížného porodu, nebo pokud se vyskytnou problémy u novorozence, se může k porodu přizvat porodník a/nebo pediatr. Jestliže nastanou vážné problémy, tito specialisté se nadále angažují v péči, ale pokud jsou matka a dítě zdraví, nebývá zvykem, že by se

zmínění specialisté péče účastnili. V některých nemocnicích bývá zvykem, že před propuštěním všechny děti prohlédne pediatr. Hodnota takové známky kvality se zpochybňuje. Není možné předvídat potenciální problémy v blízké budoucnosti; je daleko rozumnější, aby v prvním týdnu po porodu prováděla každodenní pečlivou kontrolu buď porodní asistentka, zdravotní sestra, nebo ošetřovatelka.

Pokud je všechno v pořádku, zdravá matka a dítě nemusí zůstat v nemocnici déle, než několik hodin po porodu. Naopak; adaptace na novou situaci a nové úkoly je vhodnější v domácím prostředí. Doma jsou k dispozici v roli primárních ošetřujících osob členové rodiny, kteří případně řeší malé problémy, které nastanou. Je důležité, abychom je zapojili do procesu poradenství a poskytování informací během těhotenství a prvních hodin po porodu. Přesto je zapotřebí poskytnout přiměřenou péči a podporu prostřednictvím odborníka a tento úkol je těžko realizovatelný v domácím prostředí v mnoha zemích, zvláště v zemích o velmi omezenými zdroji. Propuštění ze zdravotnického zařízení za 24 hodin po porodu s jednou, nebo dvěma návštěvami v domácnosti, je určitě nedostačující pro mladou a nezkušenou primiparu, pokud se jí neposkytne přiměřená pomoc. Nejvhodnější ošetřující osobou pro sledování a podporu matky a dítěte v domácím prostředí je porodní asistentka nebo zdravotnický pracovník se speciálním proškolením v oblasti péče o matku.

Nejlepším řešením je, aby kontrolu matky po šestinedělí provedla porodní asistentka nebo lékař, kteří byli u porodu, protože on nebo ona mohou nejlépe odpovědět na otázky týkající se porodu. Samozřejmě, že to nebude vždy možné, ale v tom případě ta osoba, která poskytuje péči, by měla být velmi dobře informována o průběhu a komplikacích při porodu. Během této rozmluvy by mělo být vyhrazeno dostatečné množství času na to, aby se vyslechla žena a její partner, aby se odpovědělo na otázky týkající se kojení a plánovaného rodičovství. Celosvětově je účast žen v těchto pohovorech malá. Jedním z důvodů je fakt, že zmíněné poradenství někdy provádí osoby, které žena nezná, jsou málo informované o průběhu porodu a navíc nemají dostatek času na to, aby ženu a jejího partnera trpělivě vyslechly. Kromě pozornosti, která se má věnovat ženě a jejímu partnerovi by mohla zájem zvýšit i integrace péče o dítě včetně poradenství. Integraci a kontinuitu služeb může zajistit buď tatáž ošetřující osoba, nebo různé osoby, ale zmíněná péče se musí provádět podle národních/místních norem a směrnic, přičemž se musí poskytovat ucelené informace podle příslušného plánu. Záznam, který je k dispozici v domácím prostředí a kde je uvedena lékařská zpráva o případných komplikacích, je důležitým článkem mezi službami a ošetřujícími osobami pro případnou konzultaci.

Během prvních měsíců se v mnoha zemích nabízí péče a poradenství na novorozeneckých klinikách. Těmito ošetřujícími osobami jsou často zdravotní sestry pod dohledem lékařů. Uvedené kliniky jsou nejvhodnějšími místy pro plánovanou imunizaci. Pokud takové kliniky v některé zemi neexistují, musí se imunizace organizovat zvlášť. Péče o matku v prvních 6 měsících po porodu mohou provádět různé ošetřující osoby: všeobecní lékaři, dětské sestry a pediatři na novorozeneckých klinikách, porodní asistentky, ale tato péče by se měla vždy kombinovat s péčí o dítě.

11 DOPORUČENÍ

Z různých aspektů postnatální péče vyplynul požadavek vytvoření kvalitní infrastruktury pro poskytnutí takové péče, která je přístupná, kulturně citlivá a která reaguje na potřeby těhotných žen a jejich rodin. Uvedená doporučení TWG pro zlepšení kvality poporodní péče jsou připravena k realizaci této infrastruktury. Jsou rozdělena do šesti širších kategorií; strategie, služba a poskytování péče, rozvoj nástrojů, problematika školení a lidských zdrojů, ochrana zdraví a propagace a výzkum.

Strategie

Na národní a mezinárodní úrovni se musí rozvinout následující strategie:

* **Revize legislativy/směrníc rámce**

- rozsahu činnosti formálních ošetřujících osob
- ochrany ženy a jejího novorozence
- ochrany práva zaměstnanosti
- mateřské dovolené a doby kojení
- dávek v mateřství, atd.

* **Zajistit existenci a přístup k dostupné, trvalé a integrované službě jako součástí komplexní péče o zdraví při reprodukci**

* **Posílit systémy zápisu o narození dítěte.**

* **Stimulovat komunity s ohledem na přezkoumání přístupů a podpůrných, nebo blokových praktik při poskytování co nejlepší péče pro matku a novorozence.**

* **Vyvinout pozitivní strategie pro zvýšenou angažovanost mužů v poporodním období**

* **Posílit úsilí při zvýšení úrovně gramotnosti žen, snížit výskyt chudoby a násilí vůči ženám a chránit ženy proti ublížení.**

Při poskytování péče a služby by se mělo provést následující:

* **Komunita by měla nejprve identifikovat vnímání událostí** v poporodním období a v systému zdravotnictví a teprve potom zajišťovat jednotlivé služby.

* **Provést zhodnocení zdrojů komunity a samotnou komunitu zangažovat** do procesu plánování a hodnocení poskytovaných služeb.

* **V rámci komunity vytvořit podmínky pro poporodní období.**

* **Zajistit kulturně přijatelné služby** pro ženy a jejich novorozence.

* **Vytvořit/poskytnout záznam o matce, který bude k dispozici v domácím prostředí,** a to u všech žen a novorozenců.

* **Zajistit péči na všech úrovních:** v komunitě, zdravotním středisku (včetně péče v domácím prostředí) a na úrovni doporučení k další péči.

* **S pomocí komunity sestavit kompletní funkční řetězec převozu** z komunity do okresní nemocnice a zpět

- * **Posílit pozici okresních nemocnic a zdravotních středisek na takovou úroveň, aby byly schopny poskytnout péči v nouzových situacích, včetně krevní transfúze**

Nástroje pro realizaci kvalitní poporodní péče by měly zahrnovat:

- * **Směrnice/normy pro veškeré aspekty poporodní péče**
- * **Směrnice řízení organizace/integrace služeb, lidských zdrojů, řízení, školení a logistiky**
- * **Směrnice pro zhodnocení rozsahu a závažnosti problémů žen a novorozenců v poporodním období, včetně úmrtí**
- * **Nástroje pro přezkoumání kulturního vnímání událostí v poporodním období a symptomů včetně systému poskytování zdravotní péče, aby se služby přizpůsobily potřebám žen**
- * **Materiál o zdravotvědě**

Problematika školení/lidských zdrojů - manažéři programu by měli provést následující:

- * **Zajistit znalost, kvalifikaci (včetně poradenství) a postoje zdravotníků při poskytování běžné a komplikované poporodní péče podle národních/místních norem péče, prováděné integrovaně**
- * **Zajistit kompetenci při poskytování první pomoci ošetřujícími osobami na všech úrovních péče**
- * **Provést revizi úrovně lidských zdrojů** - školení, odstupňovaná péče, atd. s cílem zlepšení služby v poporodním období
- * **Zlepšit manažérské a kontrolní schopnosti, organizaci a zdroje**
- * **Zařadit komplexní poporodní péči do osnov pro porodní asistentky, zdravotní sestry a budoucí lékaře.**

Propagace a ochrana zdraví by měla zahrnovat:

- * **Rozvoj strategií pro poskytování cílené, přesné a kulturně citlivé informace o poporodním období a příznacích nebezpečí ženám a komunitám** - včetně odpovědí na jejich specifické dotazy. Informace o poporodním období musí být přesné, přitažlivě podané, vysoce kvalitní, konzistentní a ve velké míře distribuované tzv. „nekvalifikovaným ošetřujícím osobám“, mužům, komunitě, ošetřujícím osobám a politikům.
- * **Využití všech možností k posílení úrovně znalosti, sebepéče a vyhledávání péče v rámci komunity** z hlediska potřeb po porodu a vytváření nových možností (zdravotnické vzdělávání ve školách, obřady a slavnosti, spolky mužů, ženské kluby apod.)
- * **Stimulaci NGO (nevládní organizace)** v podpoře žen po porodu a novorozenců

Výzkum by se měl týkat následujících oblastí:

- * **Psychologická/emocionální odezva na porod**, zotavení po porodu včetně otázek sexuality mužů a žen po porodu, variace kojení a nekojící ženy.
- * **Efektivní intervence v poporodní péči** (například význam zvýšené teploty po porodu)

- * **Epidemiologie dlouhotrvajících nemocí**
- * **Systém zdravotnictví a výzkum na téma jak co nejoperativněji řešit integrovanou poporodní péči**
- * **Etnografický výzkum na téma jak komunita vnímá tradiční poporodní praktiky a systém zdravotnictví; zdroje moci a řízení v komunitě, apod.**
- * **Riziko infekce STD/HIV v poporodním období, ochrana proti HIV a zároveň možnost početí (zvláště u žen, které přišly o dítě).**
- * **Vhodné technologie:** každá technologie, která se používá v poporodním nebo postnatálním období by se měla před zavedením do praxe zhodnotit. Uvedené zhodnocení by se mělo týkat účinnosti a bezpečnosti, ekonomických vlivů a kulturní přijatelnosti.
- * **Rodičovská role mužů a jejich angažovanost v poporodním období.**

DODATEK 1

KLASIFIKACE PRAKTIK PŘI PÉČI PO PORODU

V tomto dodatku se provádí klasifikace praktik, které jsou společné při péči po porodu. Uvedené čtyři kategorie jsou rozděleny podle užitečnosti, efektivnosti a škodlivosti. Důvody pro tuto klasifikaci zde neuvádíme; čtenář se odkazuje na předchozí části (čísla uvedená v závorkách).

KATEGORIE A:

A.1 Praktiky, které jsou prokazatelně užitečné a měly by se podporovat

- * Důsledná kontrola produkce moči u ženy po 8-12 hodinách po porodu (3.5,10.4).
- * Pravidelná kontrola hráže během prvního týdne po porodu (3.6,10.4).
- * Přísná hygienická opatření všech ošetřujících osob při péči o kojence a matku.
- * Rooming-in během nemocničního pobytu matky i dítěte ve dne i v noci (6.3,10.3).
- * Psychologická podpora žen po porodu/partnerů ošetřujícími osobami
- * Rozlišování mezi zdravými novorozenci s nízkou porodní váhou a rizikovými (5.2).
- * (Denní) péče o kojence během prvního týdne života (5.2,10.4).
- * Přísná hygiena při péči o pupeční šňůru a pupečník (5.2).
- * Opatření k prevenci podchlazení dítěte ihned po porodu (5.3).
- * Profylaxe očí pomocí dusičnanu stříbrného nebo tetracyklinovou mastí za těch okolností, kdy není možné zaručit denní důkladnou kontrolu novorozence (5.3).
- * Osoby s herpetickými opary na rtu nebo genitáliích by se neměly dostat do kontaktu s novorozenci, nebo provádět co nejpřísnější hygienická opatření (5.3).
- * Časný kontakt „skin-to-skin“ mezi matkou a dítětem do jedné hodiny po porodu a časně přiložení k prsu (6.3).
- * Podpora matky při správném přiložení k prsu (6.2).
- * Podpora kojení bez omezení (6.3).
- * Informování všech těhotných žen a žen po porodu o výhodách kojení a jeho správného provádění (6.2).
- * Informování všech těhotných žen a žen po porodu o všech antikoncepčních metodách v poporodním období (7.1).
- * Propagace názoru, že nehormonální metody (LAM, mechanická ochrana a nitroděložní tělíška) jsou nejlepším řešením pro kojící ženy (7.2, 7.3, 7.4, 7.5).
- * Zahájení antikoncepce na bázi čistého progestogenu po 6 týdnech po porodu u kojících žen, pokud se žena takto rozhodne (7.3,7.5).
- * Propagace proti užívání kombinovaných orálních kontraceptiv u kojících žen během prvních 6 týdnů po narození, nebo do doby odstavení v závislosti na tom, co nastane dříve (7.3,7.5).
- * Zavedení nitroděložního tělíška buď okamžitě po porodu (do dvou dnů) nebo za 4-6 týdnů, pokud se zvolí tato metoda (7.4,7.5).
- * Provedení chirurgické sterilizace v poporodním období (u žen a mužů) je lékařsky doporučovaná metoda, pokud se zvolí na základě uvědomělého souhlasu ženy/partnerů (7.4).
- * Poradenství pro ženy, které jsou HIV pozitivní ve smyslu nedoporučení kojení, ale pouze tehdy, pokud mohou dítěti zajistit nepřerušovaný přísun výživy, která je adekvátní mateřskému mléku a její příprava je bezpečná (8.2).
- * Měla by se provést opatření k ochraně ošetřující osoby při kontaktu s konatminovanou krví pomocí bezpečné manipulace a likvidace ostrých předmětů a případně ochranného oděvu (8.4).
- * Imunizace BCG u všech dětí co nejdříve po porodu u populace s velkým rizikem tuberkulózní infekce (9.2,9.3).
- * Očkování žen proti tetanu v těch zemích, kde většina žen ve fertilním věku nebyla imunizována pomocí toxoidu tetanu (9.2,9.3).

- * Očkování proti poliomyelitis a hepatitis B brzy po porodu (9.2,9.3).
- * První očkování proti záškrtu, tetanu a černému kašli (DPT) v šesti týdnech po porodu (9.2,9.3).
- * Rh profylaxe u Rh negativních žen, které porodily Rh pozitivní dítě (9.4).
- * Očkování proti zarděnkám po porodu u žen, které dosud nebyly naočkovány (9.5).
- * Doplnování bílkovin a energie těhotným ženám, zvláště během 3. trimestru a kojení, pokud žena trpí podvýživou, nebo v této populaci existuje ve větší míře podvýživa (4.3).
- * Během prvního měsíce po porodu podat jednorázovou orální dávku 200 000 IU vitamínu A (v kapslích) kojícím matkám v těch oblastech, kde jsou nedostupné potraviny s obsahem tohoto vitamínu A (4.4).
- * Dětem mladším jednoho roku by se mělo podat 200 mg (1 kapsle) lipiodolu orálně, nebo 240 mg injekčně, a to v těch oblastech, kde se neprovádí jodizace potravinových produktů (4.4)
- * Pozdní přerušování pupeční šňůry (4.4).
- * Zjištění hladiny Hb u žen v prvním týdnu po porodu a po 6 týdnech a v případě potřeby předepsat železo. Alternativa: předepsat železo všem ženám po porodu (4.4).
- * Každodenní zhodnocení stavu matky a dítěte v prvním týdnu po porodu (10.4).
- * Kombinované poradenství o kojení a antikoncepci během prvního týdne po porodu a integrované poradenství v obou problematikách během prvních měsíců (10.4,10.5,10.6,10.7).

KATEGORIE B:

A.2 Praktiky, které jsou prokazatelně škodlivé nebo neúčinné a měly by se vyloučit

- * Běžné orální podávání ergometrinu ženám krátce po porodu (3.1).
- * Systém péče o dítě "Rooming-out" v nemocnici, nebo porodnické klinice (6.3,10.3)
- * Hormonální léčba poporodní deprese (3.8).
- * Fototerapie novorozenecké žloutenky u dětí narozených v termínu třetí den, nebo v dalších dnech po porodu, pokud je hladina bilirubinu menší než 300 $\mu\text{mol/l}$ (5.3).
- * Omezení kontaktu matky a dítěte po porodu (6.2).
- * Podávání vody, glukózy nebo umělé výživy v kojenecké lahvi dětem, které se začínají kojit (6.2).
- * Omezení doby kojení na 10 minut z každého prsu, nebo jiný stanovený limit (6.3).
- * Omezení frekvence kojení na tříhodinové intervaly, nebo jiný stanovený limit (6.2,6.3).
- * Bezplatné podávání vzorků umělé výživy, kojeneckých lahví a saviček kojícím ženám (6.4).
- * Používání umělých saviček a dudlíků u kojených dětí (6.2).
- * Zastavení laktace pomocí estrogenů nebo bromokriptinu (6.5).
- * Předepisování hormonální antikoncepce během prvních 6 týdnů po porodu kojícím matkám (7.3,7.5).
- * Oddělené poradenství ženám o kojení a antikoncepci (10.5).

KATEGORIE C:

A.3 Praktiky, kde existuje nedostatečný důkaz pro podporu jasného doporučení a které by se měly používat opatrně do té doby, než se jejich správnost potvrdí výzkumem

- * Antibiotika při prvních příznacích puerperální mastitis (3.7).

- * Běžné podávání vitamínu K všem zdravým novorozencům, nebo všem novorozencům, kteří se budou kojit (10.3).

KATEGORIE D:

A.4 Praktiky, které se často provádějí nesprávně

- * (Běžné) podávání ergometrinu u žen krátce po porodu (3.1).
- * Podávání umělé výživy kojeným dětem (6.2,6.3).
- * Předepisování kombinovaných orálních kontraceptiv kojícím ženám od 6 týdne do 6 měsíců po porodu (7.3,7.5).
- * Sterilizace žen po porodu, které nebyly předem dostatečně poučeny (7.4,7.5).
- * Provádění HIV testů bez předchozího vědomého souhlasu ženy (8.5).
- * Pravidelné vyšetřování prokazatelně zdravých novorozenců pediatrem (10.7).

Komplikace, které vznikají během těhotenství a porodu zapříčiňují každoroční úmrtí půl milionu žen v převážné většině z rozvojových zemí. Každoročně také umírá 4 miliony novorozenců, většinou z důvodu špatně sledovaného těhotenství nebo nesprávně vedeného porodu. Další miliony žen a dětí trpí různými postiženími s důsledky na celý život.

Světová zdravotnická organizace se snaží snížit hranici utrpení žen dětí a rodin prostřednictvím Programu nazvaného Zdraví matky a bezpečné mateřství, který se snaží výrazně snížit výskyt úmrtnosti matky a novorozence do roku 2000.

Aktivity Světové zdravotnické organizace se dělí na čtyři základní oblasti:

- technická spolupráce zemí v oblasti plánování, realizace, řízení a hodnocení bezpečného mateřství a programů péče o novorozence na národní úrovni;
- epidemiologický výzkum oblastí a příčin úmrtnosti matky a novorozence a operativní výzkum cenově přístupných možností při snižování výskytu úmrtí a postižení;
- posilování lidských zdrojů při poskytování základní porodnické péče, včetně sestavování standardních protokolů o léčbě a jejím řízení, směrnic plánování programu a školících materiálů;
- tvorba obhajovacích materiálů a sběru, analýzy a distribuce informací, aby byly k dispozici vědecky prokazatelné údaje o důvodech a počtu nemocí, nebo úmrtí matky a novorozence a jak se tato situace může změnit.

Pokud se chcete dovědět více o Úseku péče o zdraví a bezpečnosti matky a novorozence při Světové zdravotnické organizaci, napište na adresu:

Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit
Reproductive Health (Technical Support)
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

¹ BMI = hmotnost v kg(výška v metrech)²