



REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ 2007

Co dělat,
aby člověk měl děti,
když a až je bude
chtít mít

Hana Konečná



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Nadace Mateřská naděje Praha

Společnost pro plánování rodičovství a sexuální výchovu, Praha

Česká společnost pro sexuální medicínu ČLS JEP

2007

Recenzenti:
prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc.
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

© Hana Konečná – editor

ISBN 978-80-7040-966-4

Tato publikace vznikla za podpory firmy Organon s.r.o.
a neprošla jazykovou úpravou.
Za věcnou a jazykovou správnost díla odpovídají autoři.

OBSAH

Úvodní slovo

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc. pediatri,
děkan ZSF JU

5

Právník JUDr. Ondřej Dostál, PhD., LL.M.,
Centrum pro zdravotnické právo, 3. LF UK Praha
**Několik poznámek k nové právní regulaci
v oblasti asistované reprodukce**

7

Pediatri doc. MUDr. Marta Šnajderová, CSc.,
Pediatrická klinika, UK 2. LF a FN Motol-Praha
**Somatický, neurologický a psychický vývoj
a zdravotní stav českých dětí narozených
po intracytoplazmatické injekci spermií (ICSI)**

11

Psycholožka Mgr. Anna Stará,
Odbor sociálně právní ochrany dětí, MPSV Praha
Děti a náhradní rodinná péče

14

Gynekolog MUDr. Ondřej Míka,
Gynekologicko-porodnické oddělení,
Nemocnice České Budějovice
Reprodukční zdraví dívky od narození po adolescenci

17

Androlog MUDr. Libor Zámečník,
Urologická klinika VFN a I. LF UK Praha
Pediatrická andrologie

22

Psycholožka PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD.,
ZSF JU České Budějovice, Nadace Mateřská naděje Praha
Rodičovství po léčbě poruch plodnosti

25

Publicistka Mgr. Michaela Marksová-Tominová,
(dříve Odbor rodinné politiky MPSV Praha)
Sladování rodinného a profesního života

29

Zástupce sponzora RNDr. Tomáš Mařík,
Organon Praha
Ohlasy návštěvníků portálu www.neplodnost.cz

32

Úvodní slovo

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

je mi velkou ctí, že mohu napsat předmluvu do publikace, která má tak velký společenský dosah.

Jsem původem neonatolog a vím, jak dříve na jednom poschodí ženského oddělení byly hospitalizovány ženy po interrupci a na druhém poschodí ty, které toužily mít dítě.

Tato doba je již historií. Interrupce vlivem moderních prostředků ustoupily do pozadí a ženy toužící po dítěti mají díky lékařskému pokorku možnost otěhotnět.

A právě Vy jste představitelé skupiny odborníků, která pomáhá těmto ženám řešit jejich problém.

Počet úspěšných IVF narůstá. Díky těmto technikám však současně narůstá počet „rizik“ pro porodníky, i neonatology. „Riziko“ vyplývá především ze vzniku vícečetných těhotenství.

Přesto však je nutné konstatovat, že s těmito riziky se Vy všichni dobře vypořádáváte. Děti se sice rodí malé, ale vývoj většiny je na dobré úrovni.

Za to Vám náleží dík.

děkan Zdravotně sociální fakulty
Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

NĚKOLIK POZNÁMEK K NOVÉ PRÁVNÍ REGULACI V OBLASTI ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Ondřej Dostál, právník

Rozvoj asistované reprodukce s sebou přinesl četné nové právní problémy. Mezi ně patří otázka, zda gamety a embrya uchovávaná mimo lidské tělo mají být klasifikována jako osoby či věci v právním slova smyslu, a v druhém případě komu náleží. Je třeba definovat, jaká jsou práva dárců gamet, zejména míra jejich anonymity vůči příjemcům i biologickému potomkovi, a s tím související otázka možnosti volby vlastností potomka příjemci darovaných gamet. Je potřeba právně předvídat situace, kdy se partneři či manželé, kteří využili možnosti kryoprezervace embryí, rozejdou, jeden z nich zemře, případně spolu přestanou souhlasit ve věci dalšího využití těchto embryí. V neposlední řadě vzniká otázka právní odpovědnosti poskytovatele služeb v oblasti asistované reprodukce, dojde-li k záměně embryí či gamet, k jejich ztrátě, poškození či implantaci nesprávné pacientce, nebo dojde-li v souvislosti s nesprávným postupem při prenatalním testování k narození vážně poškozeného dítěte. Pominout nelze ani právní regulaci komunikace s budoucím nebo stávajícím pacientem a ochranu jeho soukromí, zejména citlivých údajů týkajících se jeho reprodukčního zdraví, a to i ve vztahu k nejbližším rodinným příslušníkům, včetně manžela či manželky.

Legislativa v demokratické společnosti by měla jako princip uznávat a chránit svobodu a rozhodovací autonomii každé osoby. Jedním z důležitých projevů této svobody je možnost rozhodnout zda, kdy, s kým a za jakých podmínek osoba založí rodinu a bude mít potomky. Součástí ochrany této svobody je též zajištění pomoci těm osobám, které v důsledku onemocnění nemohou tuto svobodu realizovat bez lékařské pomoci. Omezení této „prokreační svobody“ by mělo být pouze výjimkou, stanovenou vždy zákonem, přičemž zákonodárce nese povinnost prokázat, že dané omezení je nezbytné pro ochranu důležitého celospolečenského zájmu.

Dne 1. června 2006 nabyl platnosti dlouho diskutovaný zákon č.227/2006 Sb. o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon obsahuje též doplnění zákona 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu o nová ustanovení §27d až §27h, která upravují oblast asistované reprodukce. Tato nová právní úprava nahradila dřívější regulaci, provedenou nedostatečně podzákonými předpisy a metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví.

Podle tohoto zákona se asistovanou reprodukci rozumí postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich

uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže. Těmito postupy a metodami jsou jednak odběr zárodečných buněk, jednak umělé oplodnění ženy, a to oplození vajíčka spermii mimo tělo ženy, přenos embrya do pohlavních orgánů ženy, nebo zavedení zárodečných buněk do pohlavních orgánů ženy. Toto umělé oplodnění ženy lze provést na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto léčbu hodlají společně podstoupit, jestliže je ze zdravotních důvodů málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem, nebo jestliže existuje prokazatelné riziko přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad. Žádost obsahuje souhlas muže s provedením umělého oplodnění ženy; souhlas musí být opakovaně vysloven před každým provedením umělého oplodnění. Žádost nesmí být starší než 24 měsíců a je součástí zdravotnické dokumentace ženy. Zákon tedy omezuje možnost umělého oplodnění pouze na heterosexuální páry, vyloučeny jsou tedy např. páry lesbické nebo ženy nežijící v páru (např. ženy ovdovělé).

Dárce darujícím zárodečné buňky pro účely asistované reprodukce se rozumí osoba, která netvoří neplodný pár. Darovat vajíčka pro účely asistované reprodukce může žena ve věku od 18 do 35 let. Darovat spermie může muž ve věku od 18 do 40 let. K oplození vajíčka nesmí být použity spermie, o nichž je známo, že pocházejí od muže, který je příbuzným v řadě přímé nebo sourozencem, strýcem, bratrancem nebo dítětem bratrance nebo dítětem sestřence ženy, jejíž vajíčko se k metodě asistované reprodukce použije, anebo příjemkyně. Dárce nebo příjemkyně nesmí být osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům.

Zdravotnické zařízení, ve kterém se asistovaná reprodukce provádí, je povinno zajistit zachování anonymity dárce a neplodného páru a anonymity dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce. Zachovat anonymitu dárce a neplodného páru a anonymitu dárce a dítěte je rovněž povinen každý zdravotnický pracovník, který se o této skutečnosti dozvěděl. Lékař zdravotnického zařízení, ve kterém byla posouzena zdravotní způsobilost dárce, podá na žádost ženy nebo muže z neplodného páru, a to před započítáním umělého oplodnění, nebo zákonného zástupce dítěte narozeného z asistované reprodukce nebo zletilé osoby narozené z asistované reprodukce informaci o zjištěních, která mají přímý vliv na vývoj zdravotního stavu dítěte nebo osoby narozené z asistované reprodukce, zejména pak o zjištěných genetických vlohách nebo dispozicích. Je otázkou, jak široce je možno interpretovat pojem těchto „zjištění“ o dárce, která může lékař před započítáním procedur sdělit příjemcům, zákonný text hovoří příkladmo o genetických vlohách či dispozicích. Patrně tedy půjde pouze o informace rázu zdravotního, informace týkající se např. příjmu, vzdělání či jiných sociálních charakteristik dárce budou patrně spadat již pod povinnost zachovat anonymitu.

Jakkoliv bylo přijetí nové zákonné úpravy žádoucí, proti současnému znění lze vznést několik námitek. Na jednu stranu je zákon značně restriktivní k některým kategoriím

neplodných osob vyžadujících zdravotní péči, na druhou stranu neřeší zcela jednoznačně všechny aktuální právní problémy s asistovanou reprodukcí spojené.

Techniky asistované reprodukce lze považovat za léčebné zákroky sloužící k překonání zdravotního problému pacientky či páru. Předpisy ústavní síly obecně zakazují diskriminaci, tedy nerovné zacházení s osobami v důsledku jejich věku, pohlaví, zdravotního stavu, náboženského přesvědčení či sexuální orientace. Ukládat pouze některým skupinám osob taková omezení, která proti jiným uplatňována nejsou, je zásadně možno pouze výjimečně, existuje-li zde jednoznačný společenský zájem na takovém postupu. Česká legislativa zásadně nestanoví podmínky či omezení „přirozené“, „ne-asistované“ reprodukci. Necháme-li stranou zákaz incestu podle § 245 Trestního zákona, stát nijak nezasahuje do prokreační svobody osob zdravých. Dochází-li k přirozenému početí, stát nijak nezkoumá rodinné zázemí, právní způsobilost, vlastnosti či způsob selekce „přirozeného dárce gamet“, matkou se tak může stát i samotná žena či jedna z žen v lesbickém páru, je-li schopna neasistovaného početí. Jakmile se však jedná o osobu vyžadující k početí pomoc lékaře, není to již možné. Lze sice možno argumentovat právem dítěte na identifikovatelného otce, avšak pokud fakticky příslušná omezení dopadají pouze na nemocné, nikoliv však na reprodukčně zdravé, jde patrně o určitou formu diskriminace.

Nová legislativa naopak nepřinesla důsledné vyřešení otázky právní povahy gamet či embryí mimo lidské tělo. Následkem toho je nejistá otázka alokace majetkového prospěchu z výzkumu na embryích (dá-li pár souhlas k tomuto využití nadpočetného embrya), vzhledem k zákazu majetkového prospěchu pro dárce či původce případně patrně veškerý zisk z výsledků výzkumu, např. patentů, tomu, kdo výzkum provádí, být bez poskytnutého výzkumného materiálu by tento výzkum nebyl proveditelný. Zároveň není důsledně vyřešena otázka odpovědnosti za poškození či ztrátu gamet či embryí uchovávaných mimo lidské tělo, včetně míry a způsobu odškodnění.

Zvláštní otázkou je sdělování terapeutických informací pacientovi a členům jeho rodiny, zejména citlivých skutečností týkajících se neplodnosti. Podle § 23 odst. 1) zákona 20/1966 Sb. je lékař povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče. Podle § 6 odst. 1) zákona 94/1963 Sb. o rodině jsou snoubenci mimo jiné prohlášeni, že jim nejsou známy okolnosti vylučující uzavření manželství a že navzájem znají svůj zdravotní stav. Tato úprava, která by nasvědčovala tomu, že za určitých okolností je možno informace o reprodukčním zdraví sdělit též manželovi či manželce, však musí být od roku 2001 vykládána v souladu s čl. 10 Úmluvy 96/2001 Sb. o lidských právech a biomedicině, která stanoví právo každého pacienta na soukromí, a to s nadzákonnou silou. Sdělovat tyto citlivé informace být i nejbližším příbuzným je tedy nyní možno výhradně s předchozím souhlasem dotčené osoby, jakýkoliv jiný postup by patrně mohl vést k úspěšné žalobě na ochranu osobnosti. Zákon by však měl jednoznačněji vymezit kompetence při komunikaci mezi lékaři a pacientovou rodinou.

Konečně, závěrem je třeba zmínit, že jakákoliv omezení přístupu k technikám asistované reprodukce, která jsou stanovena pouze pro jeden stát či skupinu států, v důsledku dopadají pouze na část pacientů. Vzhledem ke snadné dostupnosti informací a možnosti cestovat do zahraničí nezabrání sebestriktnější národní regulace tomu, aby dostatečně majetní pacienti čerpali péči, kterou je možno plánovat, v liberálnějších státech, které umožňují např. i náhradní mateřství nebo podrobnou volbu vlastností dárce. Omezení se uplatní pouze proti pacientům, kteří si nemohou takovou cestu dovolit. Řešením by byla jediná celosvětová harmonizace těchto předpisů.

Kontakt na autora:

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

Centrum pro zdravotnické právo, 3. LF UK Praha

e-mail: ondrej.dostal@lf3.cuni.cz

SOMATICKÝ, NEUROLOGICKÝ A PSYCHICKÝ VÝVOJ A ZDRAVOTNÍ STAV ČESKÝCH DĚTÍ NAROZENÝCH PO INTRACYTOPLAZMATICKÉ INJEKCI SPERMIE (ICSI)

Marta Šnajderová, pediatr

Úvod

Poruchy fertility se v rozvinutých zemích vyskytují u 10–20 % párů. Do současnosti se ve světě narodilo více než 3 miliony dětí po mimotělním oplodnění. U nás se nyní každoročně rodí cca 3,1 % dětí po mimotělním oplodnění (IVF), z nich asi 50–60 % po intracytoplasmatické injekci spermie (ICSI). Každým rokem v ČR nyní tedy přibývá asi 1800 dětí počatých po ICSI. Embryolog při ICSI vybírá jednu spermii a injikuje ji do oocytu. Tím se obchází přirozený výběr; k němuž dochází při spontánním početí i při postupech v rámci konvenční IVF (in vitro fertilizaci). ICSI je proti konvenční IVF metodou invazivnější. Potenciální rizika pro děti spojená s ICSI souvisí jak s primární příčinou poruchy plodnosti rodičovského páru (obvykle se jedná o otcovský faktor), tak i s rizikem použití defektní nebo nezralé spermie a přenosem genetických abnormalit. Dalším rizikem metody ICSI jako takové je možné chemické nebo mechanické poškození oocytu a zanesení cizího materiálu do oocytu. Vývoj a zdravotní stav dětí počatých po konvenční IVF a po ICSI je centrem přirozeného zájmu odborné i laické veřejnosti. Dosud provedené studie se převážně zabývaly výskytem vrozených vývojových vad, některé též zdravotním stavem a psychickým vývojem dětí. Více je známo o mladších dětech, zejména ve věku do 2 let. Děti narozené po IVF a po ICSI mívají častěji nízkou porodní hmotnost, zejména u vícečetných těhotenství, která jsou u mimotělního oplodnění častější než v běžné populaci. Proti běžné populaci mají také vyšší výskyt chromosomálních abnormalit a vývojových vad (VV). Méně je známo o neurologickém, somatickém, psychickém vývoji a nemocnosti dětí narozených po ICSI starších než 5 let. Zatím byla publikována pouze jedna zahraniční studie o dětech počatých po ICSI starších než 8 let. V současné době probíhá a v letošním roce bude na Pediatrické klinice v Praze-Motole ukončena zatím první komplexní studie, zabývající se vývojem a nemocností českých dětí ve věku 0,3–9,3 r počatých po ICSI. Některé výsledky zmíněné studie jsou předmětem tohoto příspěvku.

Charakteristika našeho souboru a metody sledování

V průřezové otevřené klinické studii podpořené projektem IGA MZČR 8118-4 jsme v období 9/2004-12/2006 postupně zařadili 135 dětí počatých po ICSI (60 dívek a 75 chlapců; věk 0,3 r – 9,3 r; median 5,9) z jedno- i vícečetných ICSI gravidit (gamety vlastních rodičů). Z jednočetných těhotenství bylo 93 dětí, 21 páru

(42 dětí) bylo z dvojčat. Všechny děti byly z jednoho centra asistované reprodukce, rodiny byly náhodně vybrány a k účasti do studie pozvány dopisem. U zařazených rodin jsme provedli analýzu faktorů neplodnosti a postupů použitých při ICSI a perinatálního období, u dětí jsme sledovali výskyt VV, nemocnost, vývoj somatický, psychicky a neurologický. Posuzovali jsme též postoje rodičů k dětem a výchovné problémy a hodnotili socioekonomické faktory. Do studie byl zapojen tým odborníků, vyšetření všech dětí prováděl po celou dobu studie jeden pediatr; jeden klinický antropolog, jeden dětský neurolog a dva genetici. Psychologické vyšetření prováděly dvě psychologičky se zaměřením na věk dětí (do 3 let a nad 3 roky). Členem týmu byl též odborník pro asistovanou reprodukci. Některé výsledky jsme porovnali s vlastní kontrolní skupinou běžné populace, všechny výsledky jsme porovnali s populačními normami.

Výsledky a závěry

V současné době probíhá statistické zpracování dat, zde prezentované výsledky jsou proto převážně popisné. Naše studie umožnila rozšířit poznatky o dětech narozených po ICSI. U českých dětí se jedná o první takto komplexně pojatou studii. Analýza vývoje dětí narozených po ICSI starších než 5 let může nepochybně přispět k dosud ojedinělým studiím i v zahraničním měřítku.

O účast ve studii projevilo zájem 57 % pozvaných rodin, v 1 % se rodina omluvila pro nemoc, 1 % se rodin k vyšetření po úvodním zájmu nedostavilo, 1 % rodin odmítlo účast ve studii. Dopis nebyl doručen 12 % rodin pro změnu adresy a 28 % rodin na dopis nereagovalo. Nelze tedy odhadnout zdravotní stav a vývoj dětí z rodin, které se studie z různých důvodů neúčastnily. Rodiny pokládají v 83 % své bytové podmínky za dobré a v 88 % svou finanční situaci jako vyhovující. U rodičů převažuje vzdělání středoškolské. Doba léčby neplodnosti byla u rodičovských párů v průměru 5,5 roku. Více než u poloviny matek se sice jednalo o druhou a další graviditu, ale v 60 % případů těchto gravidit bylo dítě v pořadí první a často jediné. Věk matek při narození dítěte (dětí) byl v průměru 31,5 roku, věk otců 34,3 roku. Ve většině případů byl důvodem k provedení ICSI otcovský faktor poruchy plodnosti, méně často se jednalo o kombinaci otcovského a mateřského faktoru, výjimečně byl důvod neplodnosti nejasný. V 91 % byli rodiče manželé, v 9 % byli rodiče v době studie rozvedeni nebo žili ve volném partnerském vztahu. Děti narozené z dvojčetné gravidity měly proti jednočetným ICSI graviditám významně kratší gestační věk, byly při narození menší a měly nižší porodní hmotnost. Děti narozené z jednočetných ICSI gravidit se v těchto ukazatelích významně nelišily od běžné populace. Výskyt strukturálních VV u 19 ze 135 (14 %) dětí je v našem souboru ICSI počatých dětí vyšší než v naší běžné populaci (4 %) a než v některých zahraničních studiích. Jednalo se o vrozené srdeční vady, výraznou asymetrii dolní čelisti, nadpočetný ušní boltce, defekt kůže a podkoží za boltcem, pes equinovarus, vrozenou luxaci kyčelního kloubu, hypospadii, radioulnární synostozu, rozštěp duhovky a heterochromii, hemangiomy

různého rozsahu. Několik dětí mělo kombinaci dvou a více vývojových vad. Naše skupina je ale poměrně malá. Nemocnost dětí (sledováno v období: od narození do 1 roku, mezi 1.–3. rokem, mezi 3.–5. rokem a v pozdějším věku) se u dětí počatých po ICSI významně nelišila od srovnatelně starých dětí v běžné populaci (údaje ÚZIS). Sledovali jsme též „specifickou nemocnost“, počet hospitalizací, operace. Tyto údaje budou podrobeny statistické analýze později. Odborné poradny dosud navštívilo 70 % dětí, vysokou sledovanost v poradnách lze vysvětlit větší pozorností k těmto dětem ze strany pediatriů i rodičů. Somatický, motorický a kognitivní vývoj většiny dětí počatých po ICSI je srovnatelný s běžnou populací stejně starých dětí. Rodiče hodnotili chování svých dětí převážně jako bezproblémové. V oblasti „emoční“ a „studu“ ale uváděli větší potřebu zasahovat do chování dítěte, než ve zbývajících oblastech. Postoje rodičů k ICSI dětem jsou vřelejší, v ostatních oblastech hodnocení nebyl sledován rozdíl od dětské populace. Děti z jedno a dvojčetných gravidit se navzájem ani v porovnání s populací významně neliší ve sledovaných parametrech somatického vývoje. U naprosté většiny dětí starších než 5 let byly nalezeny určité změny ve vyžívání svalového tonusu na horním pletenci.

Vývoj a zdravotní stav českých dětí počatých po ICSI se ve většině sledovaných ukazatelů významně neliší od běžné populace. V současné době probíhá podrobná analýza všech získaných dat. Dlouhodobé sledování větší skupiny „ICSI dětí“ a komplexní analýza jsou pro další závěry nezbytné.

Studie je podporována IGA MZ ČR NR/8118-4.

Kontakt na autorku:

doc. MUDr. Marta Šnajderová, CSc.
Pediatrická klinika, UK 2. LF a FN Motol-Praha
e-mail: marta.snajderova@lfmotol.cuni.cz

DĚTI A NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE

Anna Stará, psychologka

Z posledních statistických údajů vyplývá, že v roce 2005 bylo svěřeno v České republice do náhradní rodinné péče (NRP) celkem 902 dětí. Z toho bylo 537 svěřeno do péče budoucích adoptivních rodičů a 365 dětí do péče budoucích pěstounů. Ve stejném roce bylo nově podáno celkem 1366 žádostí o NRP, z toho 871 žádostí o adopci a 495 o pěstounskou péči. Celkem však na uspokojení své žádosti v tomto roce čekalo 2500 žadatelů o adopci a 703 žadatelů o pěstounskou péči

Z pohledu na tato čísla je na první pohled patrný vysoký „nadbytek“ žadatelů, který by mohl vést k domněnce, že umísťování dětí do nových rodin by nemusel být problémem. Skutečnost je však zcela jiná.

Podíváme si se na situaci ze strany dítěte, co je k jeho umístění do adopce nutné:

- zákonní zástupci (rodiče) podepsali souhlas s osvojením,
- soudem byl prokázán 2 měsíční zájem rodičů o novorozené dítě,
- soudem byl prokázán 6 měsíční nezájem o dítě ze strany rodičů,
- soudem zbavení rodičovských práv u dítěte s nařízenou ústavní výchovou.

Tyto podmínky nemusí být splněny v případech dítěte vhodného do pěstounské péče, kde:

- musí být pravomocně nařízena ústavní výchova,
- zákonný zástupce podepíše souhlas s pěstounskou péčí.

Vzhledem ke stále klesající schopnosti manželských párů počít dítě přirozenou cestou, se zvyšuje zájem zejména o zprostředkování adopce. Pokud se tedy dítě narodí zdravé, nejedná se o dítě etnicky odlišné, podaří se jeho sociální situaci vyřešit v jeho útlém věku nebo nemá výrazné výchovné problémy je možné jeho rychlé umístění do rodiny. Pokud se tento přechod podaří uskutečnit opravdu v jeho raném věku, má velkou naději na „normální“ vývoj (akcelerace vývoje, minimalizace následků psychické deprivace). Vzhledem k zachování anonymity adopce nemáme údaje o jejich dalším vývoji, nebo jen částečné v případech spolupráce rodičů se zařízením odkud dítě přijali. Většinou se jedná o zařízení, kde je možnost spolupráce s psychologem. Jejich počet je ovlivněn skutečností, že se častěji se zájmem o spolupráci obracují rodiče, kteří chtějí řešit nějaký problém (výchovný, nástup školní docházky, ale i zdravotní). I tato spolupráce často končí po nástupu dítěte do školy.

V případech pěstounské péče je situace dětí sledována orgánem sociálně právní ochrany dětí, ale je rovněž velmi málo údajů o jejich dalším vývoji. Přínosem v této oblasti jsou zejména výzkumy prováděné doc. Koluchovou, která se zabývala

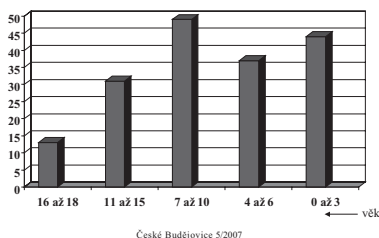
dlouhodobým sledováním dětí v pěstounské péči (až 30 let). Její práce ukazují, že psychická deprivace u dětí je napravitelná ve větší míře než bylo uváděno na začátku zkoumání v 70. letech. Dále výzkumy doc. Sobotkové, které se rovněž z dlouhodobého pohledu věnují fungování a odolnosti pěstounských rodin.

Ráda bych se teď zaměřila na děti, pro které je v současné době však obtížné vyhledat náhradní rodinu i přes uvedený vysoký počet žadatelů. Jedná se o děti, které se nepodařilo umístit v rámci kraje a pro které se snaží hledat náhradní rodinu MPSV.

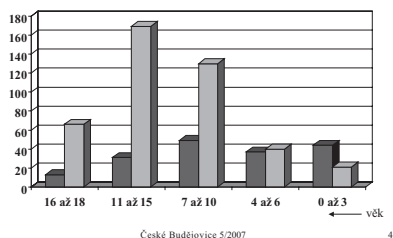
K 31. 12. 2006 bylo v naší evidenci celkem 600 dětí, pro které se hledá náhradní rodina. V případech, kdy je možné dítě svěřit do náhradní rodinné péče jak formou adopce, tak pěstounské péče se jednalo o 174 dětí. Většinu dětí, tedy 426, je možné svěřit do pěstounské péče. Pokud bych se blíže zabývala 174 dětmi vhodnými do obou forem NRP, je 51 dítě příslušníkem naší populace a 123 dětí příslušníky menšinové populace, zejména romské, což jim možnost nalezení náhradní rodiny komplikuje situaci.

V případech dětí vhodných do osvojení dochází velmi často k průtahům v řízení před soudem a jejich tzv. právní uvolnění je otázkou mnoha měsíců. Z tohoto důvodu se dostávají do systému zprostředkování osvojení děti spíše batolecího a staršího věku, o které zájem žadatelů již klesá. Početně největší věkovou skupinou dětí v naší evidenci je skupina dětí ve věku 7–10 let.

Věková struktura dětí k adopci



Věková struktura dětí do PP (porovnání s A)

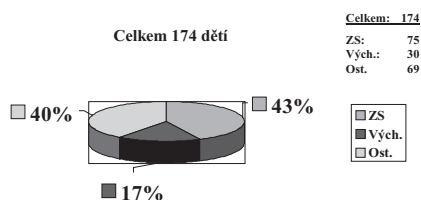


Pro pěstounskou péči je potom největší zastoupení dětí ve věku 11 až 15 let, což je způsobeno nejen průtahy v soudním řízení, ale současně i faktem, že se jedná o děti, které určitou dobu vyrůstaly v biologické rodině, ze které byly buď odebrány nebo o jejich umístění v DD zažádali přímo rodiče.

Dalším faktorem, který znesnadňuje možnost rychlého umístění dítěte v náhradní rodině je zdravotní handicap či výchovná náročnost dítěte. V případech dětí, pro které hledáme vhodné rodiny nejsou výjimkou děti s mentální retardací, DMO, Downovým syndromem, vrozenými vývojovými vadami, děti s psychiatrickou léčbou, ale i děti, které se setkaly s týráním nebo byly z náhradní rodinné péče vráceny.

Je velmi obtížné oddělit zdravotní a výchovný problém, neboť spolu často souvisí. Ve svém přehledu jsem se však o toto pokusila ve snaze zmapovat převažující problém. Ze skupiny dětí vhodných k adopci je nejpočetněji zastoupena ta část dětí, která se potýká se zdravotním handicapem. Ve skupině dětí vhodných do PP je zastoupení dětí se zdravotním a výchovným problémem téměř vyrovnané. Nejpočetnější skupinou se pak stávají děti staršího věku, z velkých sourozeneckých skupin (tří, čtyř, ale i pěti členných).

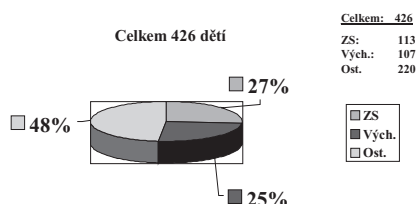
Zdravotní a výchovná rizika dětí do A



České Budějovice 5/2007

4

Zdravotní a výchovná rizika dětí do PP



České Budějovice 5/2007

5

MPSV se snaží společně s krajskými úřady, ale i s nestátními organizacemi vyhledávat pro všechny tyto děti náhradní rodinu. Vyhledávání takových žadatelů je velmi obtížné. Pěstounská péče je u nás často chápána jako náhrada osvojení, zvyšuje se již dříve zmíněný zájem o děti v nižším věku. Přes tyto problémy ministerstvo usiluje o zlepšení současné situace. Zmíním se alespoň o některých příkladech:

- v novele zákona 359/1999 Sb. platné od 1. 6. 2006 je kladen důraz nejen na prověřování žadatelů, ale současně i na jejich přípravu stát se osvojiteli či pěstouny,
- povinnost krajských úřadů zajistit pro pěstouny a osvojitele odbornou poradenskou pomoc,
- doplnění institutu pěstounské péče na přechodnou dobu
- od r. 2005 rozšíření palety dávek pěstounské péče o odměnu pěstouna ve zvláštních případech (alespoň 3d. nebo 1 dítě dlouhodobě zdravotně postiž.), dále i zvýšení základní odměny pěstouna
- v neposlední řadě zvyšování informovanosti o náhradní rodinné péči.

Kontakt na autora:

prom. psych. Anna Stará,
MPSV ČR, Na Poříčním právu 1/376
oddělení sociálně-právní ochrany dětí
e-mail: anna.stara@mpsv.cz

REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ DÍVKY OD NAROZENÍ PO ADOLESCENCI

Ondřej Míka, gynekolog

Dětský věk lze z gynekologického hlediska rozdělit do 3 období. Toto dělení vychází z hormonální situace dětského organismu a projevů působení hormonů na estrogen – dependentní tkáň. Na estrogenech jsou závislé nejen jejich anatomie a funkce, ale také projevy jejich onemocnění. **1. období novorozenecké:** Organismus dívky je pod vlivem mateřských estrogenů. Toto období ovšem není ukončeno podvazem pupečníku, ale trvá ještě 6–8 týdnů. Působení estrogenů na orgány reprodukční soustavy může přetrvávat různě dlouho a někdy může v důsledku poklesu hladiny estrogenů dojít k fyziologickému krvácení z rodidel. **2. období klidové** je charakterizované téměř nulovými hladinami estrogenů, tudíž jsou reprodukční orgány ve stavu minimálního anatomického vývoje a úplného funkčního klidu. **3. období pohlavního dospívání** zahajuje gonadarche (zahájení produkce estrogenů ovariem) jehož důsledkem je celý soubor a sled změn dobře známých jako puberta.

Období novorozenecké

Z pohledu péče o reprodukční zdraví se zde jedná převážně o diagnostiku vrozených vývojových vad (VVV) reprodukčních orgánů. V tomto období se jedná převážně o VVV zevních pohlavních orgánů, jež mohou být, ale nemusí součástí závažnějších malformací. Jsou to buď intersexuální malformace, tedy vady zpochybňující pohlavní identifikaci jedince, kdy je nutno rozhodnout o určení pohlaví takto postiženého dítěte nebo o odchylné vyústění močové trubice, případně o vyústění střeva.

Období klidové

Důvodem návštěvy gynekologa v tomto období bývá krvácení, výtok z rodidel, synechie vulvy, bolesti břicha, úrazy rodidel.

Synechie vulvy je onemocnění, kdy dochází při nedostatečné nebo špatné hygieně ke srůstu protilehlých sliznic poševního vchodu. Většinou nečiní holčičkám žádné obtíže. Mohou se projevit tím, že přechurávají nočník a nebo se většinou zjistí při preventivní prohlídce u pediatra. Řešením je obvykle jejich tupé rozrušení v celkové anestezii.

Záněty rodidel bývají signalizovány výtokem z rodidel, a ten je v tomto období vždy patologický. Nejčastěji se jedná o *vulvovaginitis* (záněty pochvy a vulvy). Je způsobena v tomto období nejčastěji střevní fluorou, ale občas i gonokoky. V tomto období jsou

pacientky na ně mnohem vnímavější a proto se připouští i nepohlavní nákaza. Může ji vyvolávat nedostatečná hygiena rodidel a perianální krajiny. Někdy opomíjenou možnou příčinou může být i zavlečení infekce roupy. Vulvovaginitis není závažné onemocnění, ale jeho riziko je v možnosti ascenze infekce do močových cest a nebo do vyšších etází rodidel. Terapie je odstranění příčin (zlepšit hygienu rodidel i oděvu vymytí roupy a přeléčit močové cesty) a v lokálním ošetřování výplachy a čípky. *Adnexitis* (zánět děložních přívěsků) zde vzniká nejčastěji přechodem infekce ze slepého střeva, další možností je šíření infekce krevní cestou při zánětech horních cest dýchacích.

Krvácení z rodidel. Vzhledem k nulovým hladinám estrogenů je krvácení v tomto věku vždy patologické. Příčiny: 1. *Zánět pochvy či hrdla* – může se projevit výtokem s příměsí krve. 2. *Úrazy rodidel*, většinou způsobeny pádem rozkročmo na tvrdý předmět, další možnou příčinou je zavádění předmětů či prstů do pochvy s poraněním zadní stěny panenské blány a zadní stěny pochvy, u takových poranění je nutno vždy myslet na pohlavní zneužívání. 3. *Cizí těleso v pochvě* je většinou doprovázené masivním páchnoucím výtokem s příměsí krve. 4. *Nádory rodidel* představují 2 až 5 % nádorů dětského věku. Jedná se většinou o nádory pochvy či vaječníků, ostatní reprodukční orgány jsou postižené zřídka.

Období pohlavního dospívání

Nejčastějšími příčinami návštěvy gynekologa jsou krvácení, výtok z rodidel, bolesti břicha způsobené záněty a tumory, ale dále se přidávají poruchy dospívání dívek a poruchy menstruačního cyklu. Dalším důvodem je zájem o předepsání antikoncepce.

Pohlavní dospívání dívky je nastartováno produkcí estrogenů ovariem a na estrogenech závislé tkáně začnou reagovat na zvyšující se hladiny pohlavních hormonů. Tento vývoj se nazývá puberta a lze ho sledovat na sekundárních pohlavních znacích (prsa, pubické a axilární ochlupení) a na rozvoji zevních i vnitřních rodidel. Zjevné pubertální změny vrcholí první menstruací, která se fyziologicky dostavuje od 10–15 let.

Poruchy menstruačního cyklu: Pokud se menstruace nedostaví do 15 let hovoříme o *primární amenorhee*, která je způsobena vrozenými vývojovými vadami, a to buď poruchami průchodnosti gynekologických cest například nevyvinutím pochvy případně i dělohy, jindy mohou být obtíže způsobené zdvojením rodidel či kombinací těchto VVV. Řešení situace je většinou operací. *Juvenilní metrorrhagie* je onemocnění, kdy dívka silně a dlouze krvácí na podkladě hormonální nerovnováhy. Nejčastěji se objevuje půl roku od menarché a po několikaměsíční amenorhee. Léčba je především podáváním hormonů. Dívka v adolescenci nárok na nepravidelnosti cyklu, ale neměla by krvácet silně často a dlouho.

Poruchy pohlavního dospívání. *Předčasná puberta (p.p.) isosexuální* úplná či neúplná. Při neúplné formě dojde k předčasnému vývoji převážně jen jednoho znaku. Pravá p.p. má podobný průběh jako normální puberta, začíná rozvojem prsů a pubického ochlupení a vrcholí menstruací. Pouze je vše uspišené, příčina není známá, jejím důsledkem je však malý vzrůst, protože dojde k předčasně k akceleraci růstu a pacientka přestane růst o několik let dříve než normálně. Terapii je zástava sekrece pohlavních hormonů pomocí analog gonadoliberinů. *Ovariogenní p.p* má jako příčinu hormonálně aktivní nádor ovaria.. Tato forma má rychlou progresi a má narušen sled jednotlivých znaků pohlavního dospívání. Terapie je primárně operační s následnou terapií onkologickou. Může vzniknout i *předčasná puberta heterosexuální*, kdy nádor vaječníků či nadledvin produkuje androgeny, nebo se jedná o adrenogenitální syndrom. *Retardace pohlavního dospívání* lze rozdělit na dočasné či trvalé, úplné či neúplné, s poruchou somatického vývoje či bez poruchy. Z trvalých úplných se jedná o různé genetické poruchy (např. Turnerův syndrom), z dočasných je nejčastější puberta tarda, kdy retardace je dána rodinně a dívka vše dožene bez léčby.

Nádory jsou v tomto věku ať benigní či maligní většinou lokalizované na vaječníky. Oproti minulému období se jedná pouze o jiné histologické typy, ale vzhledem k hormonální nerovnováze se většinou jedná o benigní ovariální cysty.

Záněty vulvy a pochvy mají vzhledem k nástupu vlivu estrogenů na rodidla a začínajícímu pohlavnímu životu již etiologii jako u dospělých – candida albicans, Gardnerella vaginalis, STD (sexuálně přenosné choroby) a je zde riziko vzestupu infekce do vnitřních rodidel ke vzniku cervicitis, metritis a PID (pelvic inflammatory disease-záněty postihující orgány malé pánve). *Cervicitis* – zánět děložního hrdla je nejčastěji způsoben Chlamydiemi, mykoplazmaty, gonokoky. Rizikem je vzestup infekce do vyšších etází reprodukčních orgánů, nebo přechod do chronické formy. Ta pak může způsobovat dysmenorheu, dyspareunie nebo být příčinou sterility, díky jizevnatým procesům a nastartované imunitní odpovědi, která může poté přímo či nepřímo poškozovat spermie. *Metritis* – zánět dělohy má stejné vyvolavatele jako předešlé onemocnění, i klinický obraz je obdobný, je zde riziko poškození endometria, snížení jeho schopnosti přijmout embryo a částečné uzavření dutiny děložní srůsty. *Adnexitis* – zánět děložních přívesků – v tomto věku vzniká převážně na podkladě STD, jeho rizikem je tendence k chronickému průběhu s častým propuknutím . Nejzávažnějším následkem je možnost poškození vejcovodů, popřípadě jejich úplné uzavření nebo vzniku srůstů. To pak může vést k neplodnosti nebo mimoděložnímu těhotenství. Prevencí všech těchto onemocnění je včasná léčba výtoků, správné hygienické návyky zejména při menstruaci, předcházení prochlazení, monogamie, znát zásady hygieny pohlavního styku a znát rizika STD a prostředky ochrany před nimi. V případě akutního či chronické zánětu slepého střeva je vhodnější jejich včasné operační řešení a po každé appendektomii by mělo následovat gynekologické vyšetření. Terapie jsou v akutní fázi antibiotiky, v chronické přidáváme enzymoterapii, imunizující a desinzibilizující léčbu. Další součástí této komplexní terapie je léčba lázeňská.

Antikoncepce pro mladistvé

Cílem antikoncepce je zabránění nechtěnému těhotenství. Přirozené metody (využívání tzv. neplodných dnů, přerušovaný styk) jsou málo spolehlivé. Metody bariérové a chemické (kondom, diafragma, spermicidní prostředky) mají výhodu, že chrání před sexuálně přenosnými nemocemi, jejich spolehlivost je vyšší než u metod přirozených, ale stále ještě není dobrá. Nitroděložní antikoncepce není většinou vhodná u zdravých nerodivších dívek pro vyšší riziko zánětu vejcovodu a vaječniku a pro nevyhovující anatomické poměry. Sterilizace se doporučuje při nemožnosti jiné antikoncepce u pacientek zbavených svéprávnosti. Hormonální antikoncepce gestagenní je trojí. 1. *Postkoitální*, kdy jsou podány 2 tablety s levonorgestrem do 72 hodin od pohlavního styku s tím, že jeho účinnost postupně klesá s časem od pohlavního styku a proto je vhodné ji požit co nejdříve. Měla by být užitá maximálně 2 x do měsíce. Vede k nepravidelnému krvácení a její účinnost je nižší než u klasické HAK a měla by sloužit jako emergenční antikoncepce. Je vázána na předpis od obvodního gynekologa nebo na lékařem gynekologickým oddělení 2. *kontinuální gestagenní* – vhodná pouze u rizikových pacientek, např. u diabetiček. 3. *Injekční depotní či implantáty*. Tento typ antikoncepce není vhodný u mladých pacientek vzhledem k zdlouhavému návratu pravidelných menstruačních cyklů, snižuje nárůst kostní denzity a je zde vyšší riziko ovariálních cyst. Je tudíž vhodná jen u některých interních onemocnění a mentální retardace. Kombinovaná hormonální antikoncepce je cyklické podávání přípravků s estrogenem a gestageny ve formě tablet či náplastí. Jednoduše je lze rozdělit na estrogeně či gestageně dominantní. Kontraindikace jsou identické jako u ostatních pacientek. Při rozhodovacím algoritmu jaký zvolit preparát jsou zde mírné odlišnosti. Nejsou vhodné preparáty s extrémně nízkým obsahem estrogenů (15 ug EE), jelikož si ženský organismus do 22 let vytváří celoživotní zásobu kostní hmoty. Je u nich lépe tolerována třífázová antikoncepce. Lékař může předepsat antikoncepci po souhlasu rodičů i dívce mladší 15 let, ale mělo by to být z medicínského hlediska aspoň 2 roky od menarche. Všechny typy hormonální antikoncepce jsou hrazeny pacientkou.

HPV vakcína

Přibližně u půlmilionů žen ročně je ve celosvětově zjištěn karcinom děložního hrdla (KDH). V ČR je to přibližně 1000 žen ročně, 400 jich ročně zemře a pro prekancerózy čípku děložního je provedeno ročně 10000 plastik čípku. Je to onemocnění, které způsobuje Human papillomavirus (HPV) a jedná se o nejčastější pohlavně přenosnou infekci. Infekce lze rozdělit na níže rizikové např. HPV 6 a 11 a vysoce rizikové např. 16, 18, 31, 35. Ze všech KDH 70 % z nich připadá na HPV typy 16 a 18. Kromě děložního hrdla jsou vysoce rizikové HPV příčinou zhoubných nádorů pochvy, penisu, zevních rodidel, anální oblasti a hrtanu. Níže rizikové HPV jsou příčinou genitálních bradavic a rekurentní respirační papilomatózy.

Patogeneze prekanceróz hrdla děložního a KDH. Vznik prekanceróz a následně KDH je naprosto závislý na infekci vysoce rizikovými HPV. Ke vzniku KDH je třeba více faktorů, jelikož se jedná o multifaktoriální kaskádu. Infekce se nemusí projevit vůbec nebo drobnými cytologickými změnami, které po eliminaci infekce vymizí. Pokud dojde k přetrvávání infekce vznikají středně těžké prekancerózy, které v průběhu 10 let mohou přejít v KDH. Přetrvávání infekce je podmíněna krom typů HPV ještě poruchami imunity a kokarcinogeny (kouření, chlamydie). Kontakt s virem během života je udáván asi u 80 % populace. HPV infekci lze prokázat nejvíce u mladých žen, časně po začátku pohlavního života. Postupně s věkem dochází ke spontánnímu vymizení infekce. Pokud nedojde k vymizení infekce do 35 let, je zde vysoké riziko KDH.

HPV vakcinace Do dnešní doby byla k dispozici pouze sekundární prevence prekanceróz cervixu a KDH založená na onkologické cytologii. Nyní je k dispozici primární prevence ve formě profylaktické vakcíny. Dostatečné hladiny protilátek a tím pádem i prokázaná ochrana je asi 5 let, ale předpokládá se ochrana až po dobu 30 let. Nyní je k dispozici tetravalentní vakcína, která je zaměřená proti HPV typu 16,18,6, 11. V krátké době bude na trh uvedena vakcína bivalentní proti typům 16,18. Výhodou tetravalentní vakcíny je krom prevence proti KDH a prekancerózám i prevence proti genitálním bradavicím. Výhodou bivalentní vakcíny je zkřížená protektivita proti dalším vysoce rizikovým HPV typům 45 a 31, schopnost lepší imunogenicity a dosažení vyšších hladin protilátek. Pro tetravalentní vakcínu je doporučení aplikace 11–26 let, u bivalentní vakcíny 10 až 55 let. Obě vakcíny se aplikují ve třech dávkách, cena je okolo 10000 Kč. Vzhledem k tomu, že se jedná o profylaktickou vakcínu, měla by vakcinace proběhnout před zahájením sexuálního života, v USA je doporučen 11–12 let. Přestože je vakcína primárně určená k podání před zahájením pohlavního života, není kontraindikováno podat vakcínu již sexuálně aktivním ženám, jelikož může zabránit reinfekci stejným typem HPV nebo nakažením HPV typem s kterým se dosud žena nesetkala.

Další informace najdete:

Gynekologie – Karel Citterbart et al.

Moderní gynekologie a porodnictví (supplementum HPV a karcinom děložního hrdla, Dětská gynekologie, supplementum LNG-IUS, Hormonální antikoncepce a HRT)

Kontakt na autora:

MUDr. Ondřej Míka
gynekologicko porodnické oddělení
Nemocnice Č.Budějovice
B. Němcové 54
378 78 České Budějovice
e-mail: ondrasek.mi@centrum.cz

PEDIATRICKÁ ANDROLOGIE

Libor Zámečník, androlog

Pediatriká andrologie se rozvíjí v posledních desetiletích jako multidisciplinární obor, který shrnuje nejmodernější poznatky z pediatrie, urologie, andrologie, a endokrinologie. Právě specialisté těchto oborů se zabývají onemocněními a vadami chlapeckého genitálu, které mohou ovlivnit jeho reprodukční schopnosti v dospělosti.

Nejčastěji se rodiče setkávají s obtížemi s předkožkou: obtížné nebo zcela nemožné přetažení (ovšem u novorozenců jsou „srůsty“ předkožky se žaludem fyziologické), záněty v předkožkovém vaku, z něj pramenící záněty močových cest. Někdy může zcela zúžená předkožka vést až k poškození močového měchýře a ledvin.

Zásadou je: nechat čas na možnost spontánního uvolnění předkožky, nesnažit se o násilné uvolňování v domácích podmínkách, poradit se s lékařem – pediatrem a včas navštívit dětského urologa. Léčba je buď konzervativní (tzv. rozcvičování předkožky) nebo chirurgické (částečná nebo úplná obřízka).

Nejzávažnějšími onemocněními dětského věku v souvislosti s další plodností jsou:

1. kryptorchismus
2. akutní onemocnění skrota
3. varikokéla
4. vrozené anomálie genitálu
5. poruchy sexuální diferenciacie

Kryptorchismus je stav, kdy varle není a nebo po manipulaci nezůstává v šourku a o i při relaxaci břišní stěny. Rozeznáváme: retinované varle (zůstává kdekoli v dráze svého embryonálního sestupu do šourku), ektopické varle (mimo přirozenou dráhu sestupu), tzv. anorchii (úplné chybění varlete). Toto onemocnění v jednom roce života postihuje až 1,8 % chlapců. Pokud do této doby varle nesestoupí, po jednom roce věku je to již velice málo pravděpodobné, nejčastěji (až e 75 %) se varle nachází v tříselném kanálu (inguinální retence), méně často v oblasti přechodu do šourku (20 %), v 8 % pak varle zůstává v břišní dutině. Úplné chybění varlete nacházíme v asi 2,5 %. Stav, kdy není hmatné ani jedno varle může nastat až ve 30 %. Důraz na kontrolu sestupu varlat, ev. endokrinologické nebo operační řešení zvyšujeme zvláště proto, že je známo, že na buněčné úrovni (Leydigovy buňky) dochází k patologii a změnám již od jednoho roku trvání kryptorchismu. **Varlata by tedy měla být v šourku do 2 let, nejlépe však do jednoho roku věku chlapce.** Fertilita – plodnost (měřená např. indexem fertility) klesá u nesestouplého varlete totiž již nad 1. rok věku. K úplné ztrátě zárodečných buněk dochází u 38 % chlapců ve věku 2 let a u 100 % před pubertou.

Řešení: hormonální léčbou (účinnost do 20 %, preparáty: HCG, analoga releasing hormonu), chirurgická léčba (orchiopexe = stažení varlete do šourku, kde je fixováno). Otevřenému chirurgickému výkonu předchází někdy diagnostická laparoskopie (endoskopická metoda, kdy se operuje v dutině břišní pomocí nástrojů ovládaných z vnějšku).

Akutní onemocnění šourku ohrožující budoucí fertilitu (plodnost):

- ⊙ torze semenného provazce
- ⊙ zánět varlete a nadvarlete (orchitis, epididymitis)
- ⊙ uskřínutá tříselná kýla
- ⊙ nádor varlete

Torze semenného provazce (u 1/4000 mužů pod 25 let) nastává při prudkém stahu kremasterického svalu (v semenném provazci) a otočení provazce o 360–720 stupňů. Dochází ke snížení krevního průtoku, nedokrevnosti (ischémii) a atrofii (zániku) zárodečné tkáně varlat. **Po 1–2 hodinách dochází k nezvratným změnám na semenotvorných kanálcích, které jsou zcela zničeny po 6 hodinách trvání torze.** Onemocnění se projevuje náhlou bolestí v třísle, šourku, zvracením, někdy otokem šourku, výraznou bolestivostí varlete. Bolesti břicha budí podezření na náhlou příhodu břišní. Většina torzí vzniká k ránu a chlapce probudí.

Řešení: bezodkladná návštěva lékaře, operační řešení – odstranění nevitálního (nejeví možnost návratu k normální funkci) varlete je důležité pro prevenci fertility (druhostranné varle je ohroženo autoimunitní reakcí organismu).

Záněty varlete a nadvarlete mají na rozdíl od torze varlete pomalejší rozvoj obtíží. Důležité jsou anamnestické údaje, obvykle předchází infekční nález v moči, výtok z močové trubice či jiné zánětlivé projevy. Na počátku je zduřelá a bolestivá nadvarle. U malých chlapců je většina zánětů nadvarlete reaktivních při torzi apendixu nadvarlete či varlete (malé útvary – „přívěšky“ na těchto orgánech, zůstávají po embryonálním vývoji).

Řešení: nutno odlišit torzi (raději okamžitá operační revize), ovlivnit základní příčinu, antibakteriální a lokální léčba.

Varikokéla (žilní městky šourku) může mít za následek horší vývoj varlete (menší rozměry), patologické nespecifické změny varlete, patologický spermioqram a tudíž i infertilitu – neplodnost. Je známo, že až 20 % dětí a adolescentů s varikokélou bude mít problémy s plodností (a naopak: infertilní muži mají ve 30–40 % varikokélu). Většinou se objevuje na počátku puberty a postihuje 10–15 % chlapců. Klinicky zjišťujeme rozšířené a krví naplněné žíly (většinou vlevo). Diagnostika není náročná (ultrazvuk). Indikací k operaci je zmenšený objem varlete, oboustranná varikokéla, symptomatická varikokéla (bolesti), patologický spermioqram (zhoršené hodnoty).

Řešení: principem operace je podvaz (okluze) dysfunkčních žil – operace jsou prováděny otevřenou či laparoskopickou cestou, variantou je operace sklerotizační.

Vrozené anomálie genitálu a neplodnost:

- ⊙ **exstrofie měchýře – rozštěp močového měchýře a břišní stěny** (obstrukce chámovodů po operaci, záněty)
- ⊙ **hypospadiie, epispadiie = nezvyklé vyústění močové trubice** (zakřivený penis, jinak uložené ústí, psychologické zábrany)
- ⊙ **anomálie penisu, chámovodu a nadvarlat**
- ⊙ **hypoplazie varlete = zmenšený objem a špatně funkční zárodečná tkáň varlete**

Poruchy sexuální diferenciacie (vizuálně není zcela jasné, jakého pohlaví jedinec je):

- Diagnostika intersexů by měla být určena ihned v novorozeneckém věku
- Provedení včasné léčby medikamentózní a chirurgické
- Spolupráce neonatologů, dětských endokrinologů a dětských urologů nezbytná

Závěr:

- ⊙ pediatriká andrologie = preventivní andrologie
- ⊙ může ovlivnit psychosexuální vývoj dítěte
- ⊙ může zabránit vzniku neplodnosti

Kontakt na autora:

MUDr. Libor Zámečník, FEBU
Urologická klinika VFN a I. LF UK Praha
e-mail: libor.zamecnik@lf1.cuni.cz

RODIČOVSTVÍ PO LÉČBĚ PORUCH PLODNOSTI

Hana Konečná, psycholožka

Lidi, jejichž touha po dítěti se naplní až po dlouhé době, není málo, a s největší pravděpodobností jich bude přibývat. Nemusí to být jen díky lékaři proklamovanému rostoucímu počtu poruch plodnosti; příčinou bude i fyziologicky se snižující plodnost, totiž fakt, že lidé mají děti stále ve vyšším a vyšším věku. Podle statistik se v České republice v dnešní době rodí díky asistované reprodukci 3–5 % všech dětí. Příspěvek se jmenuje „Rodičovství po léčbě poruch plodnosti“ a není v názvu uvedeno, zda po léčbě úspěšné nebo neúspěšné. Asi jsem teď čtenáře znejistěla, ale je nutné si uvědomit, že i po neúspěšné léčbě poruch plodnosti člověk může být rodičem. A to tak, že přijme za své dítě opuštěné. Osvojeno neboli adoptováno je v České republice ročně kolem 500 dětí.

Nejen rozhodování zda a kdy se stát rodičem se mění. I v samotném rodičovství jsou v posledních desetiletích velké změny; počet dětí klesá, ženská a mužská role mění svůj obsah a tváří v tvář poznatkům psychologie, neurologie, embryologie či pedagogiky a stále se zvyšujícím požadavkům společnosti na výkon jednotlivce je čím dál tím těžší sám před sebou obstát jako rodič.

Neaplnující se rodičovství, léčba poruch plodnosti a proces vedoucí k adopci jsou psychicky velmi náročné životní situace. Navíc porucha plodnosti je tradičně považována za zvláštní nemoc, pohlíží se na ni spíš než jako na nemoc jako na neschopnost, nechtění či trest za nějaké provinění. Tato stigmatizace s sebou přináší pochybnosti o sobě jako o plnohodnotném a schopném člověku.

Rodičovství po úspěšné léčbě

Když je léčba úspěšná a žena otěhotní, často se stává, že to partneri neprožívají v radostném očekávání, ale je to pro ně období náročné, plné obav a strachu z budoucnosti. Není výjimkou, že nemají odvahu si těhotenství přiznat, těšit se na dítě a v představách s ním navazovat vztah. Zvlášť páry, které mají za sebou potrat, se tak brání traumatu ze ztráty, kterou už jednou či vícekrát zažili. Mezníky bývá ukončení prvního trimestru, který je z hlediska potratů nejrizikovější, pak objevení se prvních pohybů dítěte jako vnímatelného důkazu, že dítě žije a pak dosažení 25 týdne těhotenství, protože po tomto týdnu už jsou nezanedbatelné šance na přežití dítěte, kdyby se narodilo předčasně.

Přechod do stavu rodičovského je partnerům vesměs příjemný. Často říkají, že se díky prožitému trápení změnil jejich žebříček hodnot a umí si tak své rodičovství lépe vychutnat, než kdyby se rodiči stali bez problémů. Příchod dítěte do rodiny klade náročné úkoly, které jsou ale zvládnutelné. Ve chvílích, kdy se úkoly zdají být

nezvládnutelné, může rodič uvažovat nad tím, proč je nezvládá. Bývají to buď jsou to vysoké nároky na sebe jako rodiče nebo pochybnosti o sobě jako rodiči. U lidí, pro něž rodičovství nebylo samozřejmostí, jsou tyto pochybnosti ještě stupňovány vnímáním neúspěchů při snahách otěhotnět a donosit dítě jako neschopnosti. Potíže se zvládnutím nových úkolů, které člověk za normálních okolností připisuje nové neznámé situaci, tedy může takový rodič spojovat s příčinami poruch plodnosti (příroda věděla, proč mi rodičovství upírala) nebo s následky léčby, například psychologickým vyčerpáním.

Za otěhotnění po asistované reprodukci se dnes už lidé tolik nestydí, někteří tuto skutečnost před okolím netají. Mnozí to ale považují za svou ryze soukromou věc a i z důvodu ochrany dítěte před nevhodnými poznámkami tato fakta nikomu nesdělují. Naléhavou otázkou je, zda okolnosti početí sdělit dítěti takto narozenému. Zvláště vstup třetí osoby do léčby, tedy dárce gamet, je eticky, psychosociálně i právnicky složitou, v poslední době velmi diskutovanou záležitostí. V některých státech se zavádí tzv. „open identity“, tedy praxe, kdy se dítěti sděluje, že vzniklo z dárcovských gamet a je mu umožněno se s dárce i setkat. Mluví se o tom, že dítě má podle Úmluvy o právech dítěte právo znát své biologické rodiče. Jako další důvod pro „open identity“ odborníci uvádějí, že nesdělená důležitá informace může vyvolávat v rodičích pocity viny vůči dítěti a „rodinné tajemství“ tak může vážně narušovat vztah dítěte s rodiči. Zatím neexistuje dostatek studií, ze kterých by bylo možno usoudit, zda je lepší dárcovství anonymní nebo neanonymní. Zabývat se tématem vnímání rodičovství po použití dárcovských spermií, vajíček či obojího totiž není snadné. Rodiče si užili na cestě za dítětem institucí a zásahů zvenčí dost a teď už chtějí žít normálním rodinným životem, bez zásahu kohokoliv, včetně výzkumníků. Zabývat se výhodami a nevýhodami z pohledu dítěte je metodologicky nemožné.

Podle mého osobního názoru jsou v této problematice hlavními proměnnými osobnosti rodičů a jejich postoje. Považuji proto za potřebné, aby partneři kterým dárcovství pomůže stát se rodiči tyto otázky dopředu důkladně zvažovali, hledali odpovědi v literatuře, případně zkontrolovali své názory s odborníky a pak se rozhodli kterou strategií zvolí. Rozhodně není moudré podělit se s okolím o skutečnost, že bylo využito gamet dárce, a dítěti pak nic neříci. Snáz se přechází od strategie „neříci“ ke strategii „říci“ než opačně. V České republice je dárcovství ze zákona anonymní.

Rodičovství po neúspěšné léčbě

Jediný rozdíl v biologickém vztahu k dítěti oproti předchozí části může být ten, že dítě se rodičům narodilo. Nemusí však mít geny ani jednoho z rodičů, byly-li použity dárcovské gamety. U nás existují dva způsoby přijetí opuštěného dítěte do rodiny: osvojení a pěstounská péče. O prožívání a zvládnání adoptivního mateřství a otcovství je známo málo. Pochybnosti o svých rodičovských schopnostech mohou vznik-

nout ještě i předtím než je dítě přijato do rodiny. Předadopční vyšetření je velmi náročný proces, partneři podstupují psychologická vyšetření a konzultace, kde jsou donuceni o sobě jako rodičích dopředu uvažovat. Ruku na srdce – kdo o sobě může s čistým svědomím říci, že bude dobrý rodič?

Tříměsíční předadopční péče znamená dočasnou částečnou ztrátu soukromí a stálý strach, že někdo najednou řekne, že nejsem dobrý rodič a dítě mi odebere. Úleva nastává až po proběhlém soudním řízení. Příchod osvojeného dítěte vnímá většina rodičů příjemně. Pro někoho to ale je situace zátěžová, těžko zvládnutelná. Stejně jako rodině biologické i rodině adoptivní přináší nová situace náročné úkoly. Adoptivní rodič možná ještě snáz než biologický může uvažovat o tom, že potíže se zvládnutím úkolu mohou vyplývat z příčin nebo následků poruch plodnosti. Mezi následky patří kromě možných psychických následků dlouhodobé neúspěšné léčby také následek biologický, tedy nepřibuznost s dítětem. Zvláštní problémy, se kterými se musí vypořádat adoptivní rodiče, jsou nenaplnění biologického rodičovství, přijetí adoptivního dítěte, a především zvláštní výchovné úkoly, hlavně sdělení faktu adopce dítěti.

Vnější vlivy

Člověk, který marně touží po dítěti, pochopitelně není izolován, žije uprostřed nějaké sociální skupiny (původní rodiny, přátel, spolupracovníků, sousedů, ...). Jak reaguje okolí na rodičovství původně bezdětných rodičů? Když se mluví o dětech nebo rodičovství někoho, jehož cesta za dítětem nebyla snadná, tak se tato skutečnost zdůrazňuje. Dítě je někdy považováno za nějakým způsobem jiné a chyby ve výchovném působení rodičů jsou zdůvodňovány nikoliv například jejich nezkušeností, ale faktem, že dítě nepřišlo samo a rodiče to poznamenalo. Samostatným a obsáhlým tématem je pohled okolí na adopci nebo pěstounskou péči, zájemce o informace odkazují na příslušnou odbornou literaturu. Zde bych k tomu jen chtěla dodat, že díky aktivitě médií se obraz adoptivních rodičů výrazně zlepšil a jejich rozhodnutí starat se o opuštěné dítě je oceňováno. Adoptivní děti nebo děti v pěstounské péči jsou někdy nabádány okolím, aby nezlobily a byly vděčné rodičům, ti že vlastně jejich život zachránili. Pokud je na přijaté dítě dělán nátlak, je potřeba aby adoptivní rodiče neváhali a s co největší vážností mu řekli, že ono zas je ten, kdo zachránil jejich život. Nebo to není pravda?

Rodičovství po úspěšné léčbě je možná náročnější než rodičovství bez překážek. Adoptivní rodičovství je jistě náročnější než biologické. Osobně si myslím, že velký, ne-li rozhodující vliv bude mít, že rodič po léčbě musí hledat odpovědi na otázky, které by ho za normálních okolností ani nenapadly... Odborné studie dokazují, že tito rodiče jsou na plnění náročnějších úkolů dobře vybaveni, protože cesta za dítětem prohloubila jejich partnerské vztahy a dala jim možnost vnitřně dozrát. To jsou jistě velmi důležité předpoklady pro dobré rodičovství a důvody proč si věřit.

Další informace najdete.

Konečná, H.: Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla. Praha, Academia 2003.

Koryntová, D.: Psychosomatické aspekty sterility. In Čepický, P. (red.): Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu ČGPGS ČLS JEP, 11.–13. 11. 1999, Karlovy Vary. Praha, Levret 1999.

Matějček, Z.: Rodičovství biologické a psychologické. In Sborník ze 3. konference o NRP, Olomouc 1984. Vydalo MPSV ČSR ve Statistickém a evidenčním vydavatelství tiskopisů.

Matějček, Z., a kol.: Osvojení a pěstounská péče. Praha, Portál 2002.

Schooler, J. E.: Adopcia, vztah založený na slube. Bratislava, vydal Návrat domov 1999.

Thorn, P. (2006). Outcomes for families using donated gametes in the current context of greater openness. In: What is new? Where are we going? ESHRE Special Interest Group on Psychology. ESHRE meeting Prague.

www.materska-nadeje.cz

www.neploinnost.cz

www.stopneploinnosti.cz

Kontakt na autorku:

PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD.

KKO ZSF JU

B. Němcové 54

378 78 České Budějovice

Nadace Mateřská naděje

Ke Džbánu 385/17, Praha

e-mail: materskanadeje@volny.cz

SLAĎOVÁNÍ RODINNÉHO A PROFESNÍHO ŽIVOTA

Michaela Marksová-Tominová, bývalá ředitelka odboru rodinné politiky na MPSV, nyní na rodičovské dovolené

Přestože se v loňském roce narodilo poprvé od krize v 90. letech více dětí, než zemřelo lidí, hrozba demografického propadu stále trvá. V současné době totiž začaly rodit populačně silné ročníky, Husákovy děti – a až přestanou, bude tu problém znovu. Ostatně řeší ho celá Evropa. Na recept, který by lidem umožnil mít tolik dětí, kolik si přejí dle výzkumů veřejného mínění, se snaží přijít řada vědců a demografů. Není to jednoduché, situace a kultura je v každé evropské zemi jiná, a také proročinná opatření jsou různá. Nicméně jeden společný jmenovatel se objevuje: více dětí se rodí v těch zemích, kde mají rodiče – tedy především matky – možnost sladit pracovní a rodinný život a nemusí striktně volit mezi kariérou a dítětem.

Že si vážnost situace začali konečně uvědomovat i naši politici a političky bylo vidět před minulými parlamentními volbami – nebylo velké politické strany, která by neslibovala udělat něco pro rodiny s dětmi, případně nezdůrazňovala, co v období minulém udělala. Zrekapitulujme si zásadní změny z období 2002–2006:

- Rodičovský příspěvek se nejprve zvýšil z 2.500,- na 3635,-; těsně před volbami byl schválen návrh poslance Severy (KDU-ČSL) na zvýšení rodičovského příspěvku, tak aby jeho výše odpovídala 40 % průměrné mzdy; od 1. ledna 2007 tedy jeho výše činí 7.582,- Kč měsíčně.
- Od 1. ledna 2004 bylo zrušeno omezení výše příjvídělku na rodičovské dovolené, takže matka či otec si teď mohou přivydělat, kolik chtějí, a zároveň mohou pobírat rodičovský příspěvek (pokud splní podmínku řádné celodenní péče o dítě, tedy že dítě pobývá v nějakém zařízení maximálně 5x za měsíc).
- Od 1. října 2005 bylo umožněno pobírání rodičovského příspěvku i při současném poskytování příspěvku na péči o osobu blízkou, čímž se výrazně zlepšily podmínky pro péči o postižené děti v rodinném prostředí.
- Dítě starší 3 let může od 1. února 2006 navštěvovat mateřskou školu nebo obdobné zařízení až 4 hodiny denně a zároveň je zachován nárok na rodičovský příspěvek.
- Od 1. 4. 2006 se zdvojnásobilo porodné na výši 17 500 Kč.
- Pro děti nastupující do 1. třídy z rodin, které pobírají přídavek na děti, byla zavedena nová dávka „příspěvek na školní pomůcky“ (tzv. „pastelkovné“) ve výši 1 000,- Kč. Nárok na tuto jednorázovou dávku vzniká k 1. červnu dítěti nastupujícímu do

první třídy, pokud bylo přihlášeno k zápisu k povinné školní docházce a má nárok na přídavek na dítě za měsíc květen.

- Byly zavedeny také výrazné nové daňové úlevy, které spočívají především v zavedení společného zdanění manželů s dětmi, ve změně odpočtu na nezaopatřené dítě a v zavedení daňového bonusu, který podstatně zlepší příjmovou situaci zejména v rodinách s nižšími příjmy.
- Byla vypracována novela zákona o nemocenském pojištění, která zavádí z hlediska rodičů s dětmi tři důležité změny (*tato novela měla nabýt účinnosti od 1. 7. 2007, ale protože se na ní politické strany neshodly, je zatím účinnost v nedohlednu*):
 - a) možnost rodičů – pojištěnců jednou se vystřídat při péči o nemocné dítě v průběhu 9 dnů s tím, že by každý z nich měl při péči nárok na dávku nemocenského – tzv. ošetřovné;
 - b) nárok otce dítěte (bez ohledu na to, zda je manželem matky dítěte) na mateřskou (tj. dávku odpovídající současné peněžitě pomoci v mateřství) v době nejdříve od 7. týdne po porodu dítěte (možnost pobírat mateřskou je doposud omezena pouze na situace, kdy se jedná o otce osamělého, ovdovělého nebo o otce, jehož partnerka se z důvodu zdravotního stavu o dítě starat nemůže);
 - c) nárok na ošetřovné pro zaměstnance, který nemůže vykonávat práci z důvodu péče o členku domácnosti v době po porodu, jestliže to její stav bezprostředně po porodu bude vyžadovat.

Co se týče současné vlády, ta se o problémech týkajících se rodin s dětmi zmiňuje hned na několika místech svého prohlášení:

Daně: „Vláda zavede jednotnou sazbu daně z příjmu u fyzických i právnických osob ve výši 17 až 19 %, zvýhodní rodiny s dětmi a nízkopříjmové skupiny obyvatel.“

Rodičovská a mateřská dovolená: „Vláda navrhne zavedení vícerychlostní flexibilní rodičovské a mateřské dovolené s degresivní platbou v průběhu let a s omezením do tří let věku dítěte, včetně podpory rozvoje služeb pro rodiny a péče o děti do tří let.“

Důchody: „Změny v důchodovém systému budou postaveny na zachování mezigenerační solidarity, zvýšení individuální odpovědnosti a podpory rodin s dětmi.“

Na konkrétní podobu toho, co je napsáno ve vládním prohlášení, si ještě budeme muset počkat. Nicméně už teď je zřejmé, že tato vláda chce změnit něco z toho, co udělala vláda předchozí: porodné opět snížit (zřejmě ale na vyšší částku, než bylo to úplně původní), „pastelkovně“ zcela zrušit. Rodičovská dovolená by měla mít tři „rychlosti“ a vyše rodičovského příspěvku by měla být odstupňovaná podle její délky – tedy nejvyšší příspěvek budou mít ti rodiče, kteří se rozhodnout ji čerpat jen první rok.

Otázkou zůstává, která z výše uvedených opatření jsou skutečně účinná pro zlepšení sladování rodinného a profesního života. Domnívám se, že např. zkrácení rodičovské dovolené takovým opatřením je – ovšem musí ho následovat možnost pracovat na zkrácené úvazky, a v neposlední řadě posílení služeb pro rodiny – zejména existence dostupných zařízení péče o děti včetně těch do tří let věku. Taková zařízení ale zřizují převážně obce, nikoli stát, a tak zůstává otázkou, zda obce budou schopny na zkrácenou rodičovskou pružně zareagovat. Já osobně jsem každopádně optimistka: věci se začínají hýbat a já věřím, že podmínky pro rodiče malých dětí a proto, aby mohli vést profesní i rodinný život, budou čím dál lepší. Pokud ne, tak brzo vymřeme.

Další informace najdete: www.rovneprilezitosti.cz, www.mpsv.cz

Kontakt na autorku:

Michaela Marksová-Tominová,
e-mail: markstomin@seznam.cz

OHLASY NÁVŠTĚVNÍKŮ PORTÁLU www.neplodnost.cz

Tomáš Mařík, zástupce sponzora

Návštěvnost internetového portálu www.neplodnost.cz se v posledním půlroce stabilně usadila nad průměrem 2000 návštěv/den a občas dokonce převýšila 2500 návštěv/den. Významně k tomu přispívají rubriky „Diskusní fórum“ a „Poradna“. Zatímco první z nich je otevřena všem uživatelům a jediné omezení pro aktivní přispívání přináší nutnost registrace, druhá je omezena pouze na kontakt tazatele (skoro vždy tazatelky) a odborníka na léčbu neplodnosti. Omezení si vyžádala zcela bezbřehá diskuse přesahující někdy (naštěstí jen velmi zřídka) mantinely obecné slušnosti a korektnosti. V „Poradně“ odborník na reprodukční medicínu odpovídá pouze tazateli, který se tak může se svým konkrétním problémem na něj obrátit a ten mu adresně na jeho dotaz odpoví. Jeho odpovědi, rady a doporučení nesporně mnohým tazatelkám i tazatelům při léčbě neplodnosti pomáhají. Svědčí o tom nejen zvyšující se zájem o tuto službu ale i četná poděkování od tazatelek (ženský rod opravdu výrazně v tomto směru převládá) jak odborníkovi za trpělivost při formulování odpovědí tak i provozovateli stránek za jejich spravování a aktualizaci. Několikaleté provozování internetových stránek, a zvláště uvedených dvou rubrik, nám umožňuje vyjádřit se k tomu, které problémy neplodné páry nejvíce trápí, které okruhy otázek, jak odborníkům tak dalším diskutujícím na internetových stránkách, kladou, jak svůj zápas za vlastní dítě prožívají, co je trápí a jaké uspokojení jim případný úspěch přináší. Diskusní fórum evidentně mnohé pacientky v léčebném procesu spřátelilo, domlouvají si schůzky, radí si navzájem a hlavně se neskutečně psychicky podporují. Je typické, že k zadanému tématu se bezprostředně váže jen omezený počet prvních příspěvků než diskuse sklouzne k věcem zcela obecným a často s velkým odklonem od původního tématu – tedy trápení s neschopností otěhotnět. Velmi často řeší ženy problémy mužské neplodnosti a je zřejmé, že jsou ochotny pro zlepšení „domácího“ spermioqramu učinit mnohé. To ostatně konzultují i s odborníkem a jejich návrhy svědčí o obecně velké víře v různé alternativní způsoby léčby neplodnosti. Chatování na téma cesty za dítětem přináší speciální slovníček, v němž se obráží jejich citový vztah k zárodečným buňkám, na jejichž zdraví a vitalitě úspěch jejich snažení závisí, ke vzniklému embryu jako zárodku nového života. Naopak nešetří kritikou a zklamáním, pokud přichází menstruační krvácení ukazující na neúspěch. Soudě podle diskuse i dotazů musí být čekání na výsledek od embryotransferu k prvnímu těhotenskému testu skutečným očištěm a mnohé ženy se v tomto období nemohou na nic jiného soustředit a případnou vinu za neúspěch následně svalují na maličkosti v tomto období (např. drobnou fyzickou námahu při domácích pracích či v zaměstnání, delší jízdu autem, domácí neshody apod.).

Duševní rozpoložení diskutujících se do vyjádření promítá již v názvech diskusních témat („v pokojících“ ve slovníčku některých žen):

Snažilky z Moravy

Čekatelky na IVF, spojte se

Ono se jim říká „NEPANIKARTE“...

Těhulinky a maminky

Snažení-pohroma pro intimní život

Něžnost a citovost se promítá zvláště do názvů zárodečných buněk a embryí, v jejichž kvalitě ženy správně tuší základ budoucího úspěchu jejich snažení:

Folikuly, vajíčka

- ...já mám snad **vajíčka** rovnou ve skořápce či co.....no jak pořádná slepička ne?
- Hlavně aby mých 7 statečných **folíků** bylo OK ...
- ...**vajoušek** bylo 22 takže je úroda až moc velká...
- **Vaječníci** byli nějak ospalí,takže jsme je museli probouzet většími dávkami...
- ...**vája** se oplodnila všechna, ale jedno embryjko se přestalo vyvíjet a do jednoho se dostali 2 spermijky...
- ...přeju Ti, aby **folikulík** dorostl a povedlo se Vám to...
- Teď jsem vystimulovala jen jedno **vájo** k prasknutí...

Spermie

- ...on má nedostatečné množství těch **malých potvůrek** a některé z nich nemají ocásky, tak to mají těžký...
- ... pomalí **spermoši** už dnes nejsou problém ...
- ...manžel má 300 mil. pohyblivých **spermoňů** v ml...
- ...ty **spermoše** máme max. 8 mil., pohyb 30 %-50 %, část vykazuje degenerativní znaky...

Embrya

- Doufám že **embrýsci** už jsou pořádně zakousnuti!!!!!!!
- ...**embrouši** začali hatchovat sami...
- ...při transferu ty **embryjka** zavedli moc daleko, tak jestli ti je třeba taky nedali někam až do rožku...
- ...ať to dopadne co nejlíp a **embroušci** se zdárně vyvíjejí!!!
- ...držím pěstičky, ať se pěkně **mimisci** zavrtají...
- ...ať se tvým **bobískům** u tebe moc líbí...

Zmíněná vysoká návštěvnost internetových stránek o neplodnosti nás přímo vyzvala ji využít a zjistit anonymní názory návštěvnic na mnoho aspektů léčby neplodnosti u nás. Potěšily nás anketní otázky a odpovědi svědčící o vysoké úrovni povědomí o tomto problému v naší laické veřejnosti, důrazu na kvalitu a efektivitu zvoleného léčebného postupu, tolerantní přístup k tak citlivé a intimní záležitosti jakou jsou manipulace s gametami či např.dárcovství v asistované reprodukci a v neposlední řadě touha po jakýchkoliv peripetiích dojít k vytouženému cíli – porodu vlastního dítěte. Dnes to již při léčbě neplodnosti není ani výjimka: podle kvalifikovaného odhadu z konce minulého roku se již v ČR narodilo celkem asi 23 000 IVF dětí a v součas-

nosti již procento IVF dětí v populaci všech narozených jedinců u nás přesahuje 3 %. Jako ilustraci výše zmíněného uvádím některé zajímavé anketní otázky a odpovědi:

Při léčbě neplodnosti je pro mne kromě konečného úspěchu snažení nejdůležitější:

slušné a vlídné jednání a prostředí IVF centra a jeho personálu	106	56,7 %
maximum informací	38	20,3 %
finanční záležitosti	30	16,0 %
pochopení a porozumění nejbližšího okruhu rodiny a přátel	13	7,0 %
Celkem hlasů	187	

Při neplodnosti mého manžela/partnera:

mohu u něj počítat s pochopením při užití spermií dárce při IVF	91	59,5 %
darování spermií bych sama nechtěla	45	29,4 %
darování spermií nepřichází do úvahy kvůli manželovi/partnerovi	11	7,2 %
bych kvůli touze po dítěti řešila situaci s jiným partnerem i za cenu rozvodu/rozchodu	6	3,9 %
Celkem hlasů	153	

Pro léčbu neplodnosti u svého partnera:

od začátku nacházím pochopení, podporu a spolupráci	176	85,9 %
jsem si spolupráci musela vybojovat	23	11,2 %
zatím narážím na nepochopení	6	2,9 %
na spolupráci a podporu partnera nemohu ani pomyslet	0	0,0 %
Celkem hlasů	205	

Hlavním důvodem pro ukončení léčby neplodnosti pro nás bylo:

narození vlastního dítěte	90	46,2 %
finanční důvody	42	21,5 %
smíření se s bezdětností	20	10,3 %
náš věk	14	7,2 %
adopce dítěte	12	6,2 %
lékařské důvody ze strany ženy	8	4,1 %
jiné rodinné důvody	8	4,1 %
lékařské důvody ze strany muže	1	0,5 %
Celkem hlasů	195	

Kontakt na autora:

RNDr. Tomáš Mařík
Organon, s.r.o., IBC – Pobřežní 620/3
186 00 Praha 8
e-mail: marikt@organon.cz

Reprodukční zdraví 2007

Editor – Hana Konečná

Vydavatel: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Obálka a grafická úprava:

Magdalena Říčná

Tisková příprava: Metoda spol. s r.o.

Tisk: Tiskárna Vlastimil Johanus, B. Smetany 25

České Budějovice, 370 01

I. vydání, 2007

Náklad: 2000 ks

ISBN 978-80-7040-966-4