



Když maminka zpívá v inkubátoru

Světle modré pološero, v několika inkubátorech pod kontrolou monitorů a stálým dohledem sestřiček spí nebo se malinko vrtí miminka. Je slyšet dýchání přístrojů. Zpod hebké přikrývky, která vypadá jako lidské dlaně, občas vykoukne nožička, která není silnější než prst dospělého člověka. Všechno je tu takové jemné a tajemné. Nezasvěcenému se tu chce mluvit šeptem a chodit po špičkách. Nad vším tady bdí laskavý pan primář MUDr. Lumír Kantor, Ph.D (52), se kterým si jdu povídat do jeho pracovny.

**Čím dál častěji se setkávám se ženami, které mají obavu z těhotenství a z porodu, bojí se mít dítě.
Čím myslíte, že to je?**

Kdybych to měl vzít zeširoka, tak je to asi touhle dobou, která nahrává určité povrchnosti. Typickým fenoménem doby je „užít si to“. To je prostě něco, co s porodem dohromady nejde, kdyby se to vzalo z pohledu určité zodpovědnosti nebo povinnosti v dobrém smyslu. Občas je možné slyšet, jak nějaká žena tvrdí, že si svůj porod užila, na druhou stranu, co si budeme namlouvat, porod se těžko dá nějakým způsobem užívat. To si myslím, i když jsem to nezažil a nikdy nezažiju. A ten druhý důvod, myslím si, je velmi negativní působení internetu. Tam opravdu vzniká to, co jsem si nazval, nebo jsem to možná i někde slyšel, jakási porodofobie.

Takhle jsem to taky myslela, s tím se setkávám – s obavami, co se všechno může stát během těhotenství, při porodu, co všechno může ohrozit miminko po něm...

Já vím, ale já jsem to chtěl vzít trochu zeširoka... Kdybychom vzali na váhy to, co se píše na internetu negativního a co pozitivního, tak je to velmi nevyvážené. V naší olomoucké porodnici máme dva tisíce dvě stě porodů ročně a stížností je opravdu minimum, na prstech jedné ruky by se takové razantní stížnosti daly spočítat. Ale těch pár případů, které si stěžují, si určitě někdo najde na internetu. Pozitivní zkušenosti ze dvou tisíc sto devadesáti pěti porodů se tam asi neobjeví. Když vznikalo takové to vědecké porodnictví, jak se tomu začalo říkat, tak to bylo ve Francii v období po Velké francouzské revoluci. V té době tam byla

Dáváme dětem lepší start do života



provedena první větší demografická studie a zjistilo se, že prvních narozenin se nedožilo pětasedmdesát procent dětí. Pětasedmdesát procent dětí zemřelo. To byly v podstatě samé negativní zkušenosti, jedna vedle druhé. Ne to, že porod bolí, nebo že trvá dlouho, nebo že se někdo na někoho špatně podívá. Jistě, je správné a nutné zohledňovat potřeby rodiček, ale je třeba si uvědomit, že lékaři nejsou na opačné straně barikády, ale jsou na stejné straně. Síla medií je velká, a když se někde pěkně popíše, jak lékaři selhali, tak to zase má negativní dopad.

To je bohužel asi pravda, a netýká se to jen porodů nebo práce lékařů obecně. Ale pojďme k něčemu optimističtějšímu. Když jsem se chystala na setkání s vámi, tak jsem se někde dočetla, že ošetrovatelská péče o novorozence prošla za posledních deset let velkými změnami. Co je v tomto ohledu nového?

No, pěkně se to mění. Já myslím, že většina lidí ani nemá tušení, co všechno se v našem oboru stalo, protože to nesledují, přirozeně, tak jako já nesleduji spoustu jiných oborů. Když teď budu mluvit třeba o nezralých dětech, nemocných dětech, tak devadesátá léta patřila snižování úmrtnosti. Klesala úmrtnost, která byla předtím neúměrná v porovnání s ostatními vyspělými státy. Díky práci perinatologů nebo neonatologů se podařilo dosáhnout nízkých čísel, která se drží doteď. Úmrtnost novorozenců je už několik let pod jeden a půl promile!

Platí stále, že patříme ke světové špičce, pokud jde o nízkou novorozeneckou úmrtnost?

Ano, v tomto ohledu patříme ke špičce pořád. Potom, od roku 2000 asi do roku 2010, se upřela pozornost na další vývoj nezralých dětí. My sledujeme všechny tyto děti ve dvou letech. Na to je i metodika podle Evropské asociace perinatální medicíny, takže si můžeme troufnout srovnávat výsledky s ostatními vyspělými státy. Během těch deseti let je to jednoznačně pozitivní vývoj. Třeba před třemi lety jsme měli v Olomouckém kraji jedno jediné dítě postižené těžkou mozkovou obrnou. To je prostě neuvěřitelné číslo. Neznamená to, že je to každý rok, ale rozhodně to není třeba čtyřicet nebo padesát procent, a to i v těch nejmenších váhových kategoriích. Zhruba bych řekl, že pod tisíc gramů porodní hmotnosti, kdy jsou miminka opravdu malinká a křehká, tak tam bychom mohli počítat tak patnáct dvacet procent těžce postižených dětí. To je velmi dobrý výsledek. A pak přišla další etapa, zhruba od roku 2010 dosud. Už nejsou ty frustrace, které bývaly v devadesátých letech, které jsem třeba já osobně zažíval, kdy někdy za noc umřely dvě nebo tři děti. Nebylo to běžné, samozřejmě, ale to byly chvíle, kdy člověk vlastně nevěděl,

Dáváme dětem lepší start do života



proč studoval medicínu a proč tu práci dělá, když jen bezmocně přihlíží. Teď je to taková jemnější práce. Naším pacientem, klientem, svěřencem, nebo jak to nazvat, už není jenom to dítě, ale celá rodina. A to je velmi pozitivní věc těchto let.

Takže zapojení rodičů je to nejdůležitější, co se odehrává v péči o předčasně narozené děti v posledních asi čtyřech letech?

Ano, řekl bych v posledních čtyřech, možná pěti letech. Uvolnily se nám ruce od těch zásadních věcí, jako je úmrtnost a morbidita. Hodně v tom udělaly patientské organizace, jako je třeba Nedoklubko. Jiné naopak napáchaly docela paseku. Každopádně se nám otvírá nový prostor, a to mě baví, protože takhle jsem si to vždycky představoval.

Čili posun od ryze medicínských, technologických postupů k něčemu, řekla bych, jemnějšímu?

Ano, začíná se to tak rýsovat. Tady na oddělení třeba dětem pouštíme hlas maminky. A já jsem si s radostí uvědomil, že nacházíme styčné body s psychology, muzikoterapeuty, logopedy... Všude se dají najít nějaké průsečíky. Teď naše sestry navštěvují kurzy muzikoterapie. Mimo jiné se tam učí i autoterapeutické postupy, mohou toho pak využít i pro své uvolnění a odpočinek.

Člověk nějak intuitivně vnímá, že takové věci jako dotek, hlas maminky, že to je tak pro miminko správně. Dá se ten efekt ale nějak změřit?

Většina metod, které se zavádějí u nás v Olomouci nebo v republice, přichází odjinud. Hodně se mluví o developmental care – vývojové péči, a ta je postavena na tom, že se ví, že děje, které se odehrávají v mozku i nezralého dítěte, jsou fantastické a převratné, nejdynamičtější v celém životě člověka. Otevírají se některé technologické možnosti, třeba funkční magnetická rezonance, kdy je vidět, které části mozku se zapojují a které naopak ne, jak funguje bílá hmota mozková, jak šedá hmota mozková. Jistěže jsou to veliká tajemství. Když jsem byl mladší a když jsem se díval na ty děti, které jsme měli na intenzivní péči, tak jsem si vždycky říkal, co se jim asi honí hlavou. Leží, koukají do stropu, mají otevřené oči ... tam něco musí být, v té hlavičce se něco musí odehrávat. Jsou to barvy, zvuky? Ukazuje se, že se tam opravdu dějí věci mimořádné, i když pořád ještě nevíme. Ale začíná se o tom mluvit, a to je dobře.

Dáváme dětem lepší start do života



Co třeba právě muzikoterapie, kterou aplikujete na vašem oddělení. Jsou na tohle téma nějaké studie?

Jsou, píše o tom mimo jiné i jedna autorka ve Spojených státech. Ta se zabývala konkrétně muzikoterapií v neonatologii a u nezralých dětí. My tady v Olomouci při aplikaci muzikoterapie sledujeme reakce životních funkcí nezralých dětí. Čili sledujeme například variabilitu srdeční frekvence. Ta dobře odráží reakce vegetativního systému

Jak si mám konkrétně představit aplikaci muzikoterapie u předčasně narozených dětí? Co jim pouštíte?

My to teprve vlastně zkoumáme. Já jsem se nikde v literatuře nesetkal s tím, že by se jim pouštěl hlas maminky, ale neděláme si přirozeně na tak obyčejnou věc žádné nároky. Měli jsme určité období, kdy jsme se snažili vymyslet, jaká hudba by byla pro tyhle děti nejvhodnější. Vycházeli jsme i z vědeckých poznatků, ale to všechno se vztahovalo k větším dětem nebo k dospělým. Ale co my víme, co se odehrává v hlavičce velikosti třeba tenisového míčku? Nevíme nic. Nejdřív jsme tedy rodičům říkali, že by mohli přinést to, co poslouchali doma. Ovšem to byla někdy i velmi hloupá hudba, abych nikoho neurazil. Já jim do inkubátoru ale nebudu přece pouštět Kabáty! Čili nemůžeme vždycky počítat s tím, že by s námi rodiče v těchto věcech souzněli. Potom jsme zase hledali muziku, která se doporučuje. Třeba určitá sonáta od Mozarta. Ta je prý pro tyto děti nejlepší. Ale zase, proč já bych to měl tomu dítěti pouštět, když každé je jiné? Naše sestřičky na JIPce to poznají, když se o děti starají, že každé z nich má jiné a své specifické reakce. Nejsou to housky na krámě... Pouštět jednu muziku všem? Tak mě napadlo, že je známo, že nejsilnějším muzikoterapeutickým prostředkem je hlas. A mamčin hlas nutně musí být dítěti nejbližší. Ten dítě vnímá od dvacátého týdne těhotenství. Tlukot srdce je velmi výrazným stimulem pro dítě, a potom mamčin hlas, který rezonuje tělem a plodovou vodou. A přes břišní stěnu je tam také něco slyšet, takže miminko zná i hlas tatínka a sourozenců. Proto my zhruba od osmadvacátého týdne aplikujeme dvakrát denně muzikoterapeutickou nahrávku, tedy hlas maminky. Je to ale výběrová záležitost. Ne podle známostí, jak by si mohl někdo myslet, ale podle klinického stavu a tolerance. Třeba v pětadvacátém týdnu je dítě rádo, že vůbec dýchá, a když zatlačí, aby se vykakalo, tak u toho málem umře. Musí to být stabilizované dítě. A pouštíme to do té doby, než maminka přijde doopravdy a než na něj začne mluvit

Dáváme dětem lepší start do života



sama. Do té doby to těm miminkům pouštíme dvakrát denně dvacet až třicet minut. Nahrávku poslouchají v MP3 formátu přes reproduktory v inkubátoru a snažíme se, aby hlasitost nepřesáhla únosnou mez sedmdesáti decibel. Sestřičky říkají, že ty děti třeba první dva dny jsou překvapené, dezorientované, snaží se přijít na to, co to je, začnou se rozhlížet a hledat, ale potom už si na hlas zvyknou a dělá jim dobře. Je prostě vidět i na přístrojích, že to má dobrý vliv. Teď mi vrtají hlavou dvě věci. A to jednak délka nahrávky, a pak, jak často nahrávky střídat. Taky aby maminkám nedošla fantazie. Ono je to těžké, takhle si sednout, a třeba půl hodiny mluvit do mikrofonu k novorozenci. Ideální je, když maminky zpívají. Vždyť je to jedno, jestli se manžel směje. Efekt písničky je daleko důležitější. Jsem přesvědčený, že třeba vliv ukolébavky je v naší kultuře velmi opomíjený a nedocenený. To je oboustranná škoda. Pro rodiče i děti.

Jste v tomto ohledu ojedinělé pracoviště?

Já nevím. Občas jsem viděl obrázky v časopisech, kde miminka měla naražená sluchátka, ale to my neděláme. Není to příliš hygienické a asi ani příjemné pro to dítě. Taky nemůžeme sledovat eventuální zesílení zvuku a ohrožení. Takže jsme možná průkopníci. Myslím, že v Českých Budějovicích to kdysi s hudbou zkoušeli, ale to zas byly tehdy úplně jiné technické možnosti. Ale možná se mýlím a používají to i jinde...

Podle čeho se vlastně stanovuje hranice životaschopnosti novorozence, která je v různých zemích různá? Kdo o tom rozhoduje?

Záleží na tom, jak se domluví odborné společnosti v té které zemi a jak to podpoří třeba ministerstva zdravotnictví. Dvaadvacet týdnů je to v Japonsku, šestadvacet třeba v konzervativním Švýcarsku, ovšem ten čtyřiaadvacátý nebo pětadvacátý týden je většinou všude. U nás to bylo změněno naposledy v roce devadesát pět na ten čtyřiaadvacátý týden. Před několika lety zasedala etická komise Ministerstva zdravotnictví a tuto hranici schválila. Dvacet čtyři plus nula, nultý den po čtyřiaadvaceti týdnech bychom měli začít zachraňovat. Ale teď třeba nedávno jsme zachraňovali dítě dvacet tři plus pět, protože u něj nebyl úplně jasný termín porodu. Přesně na dny to víme jen v případě umělého oplodnění. Důležité je, aby se s maminkami mluvilo. Aby se jim, nebo oběma rodičům, vysvětlilo, jaké jsou šance. Je důležité, abychom tomu věnovali třeba hodiny času. Špatný postup je, když lékař přijde a řekne, může to být tak nebo tak a vy, maminko, se během patnácti minut rozmyslete. Rozhodněte o životě svého dítěte, máte na to

Dáváme dětem lepší start do života



patnáct minut? Život má takové chvílky, kdy se člověk musí rozhodnout dokonce během pár sekund. Ale právě v téhle situaci, když tam můžu být a můžu mamince pomoci, tak to určitě není fér nechat ji samotnou. Když se dítě narodí bez známek života a mělo by se resuscitovat v tak nízkém věku, měli bychom umět rodičům dopředu vysvětlit, jaké nebezpečí mu hrozí. Resuscitace v takové šedé zóně vede téměř na sto procent k závažnému celoživotnímu postižení. Mluvím o dětské mozkové obrně nebo o těžké psychomotorické retardaci.

Komunikace s rodiči je tedy zásadní věc. Připravují se lékaři a sestřičky odborně i v tomto směru?

Spíše ojediněle. Určitě o tom hovoříme víc než dřív. Ale když se stane něco mimořádného, narodí se třeba těžce deformované dítě, pak v takové situaci sestřička nebo lékař kolikrát neví, co té mamince říct. A někdy je lepší neříkat nic, než dělat nějaké pokusy o uklidňování nebo bagatelizování. Je to velmi těžké, schopnost empaticky komunikovat je myslím do velké míry dána, ale potom jsou pravidla, která mohou pomáhat.

To je asi hodně těžké a emocionálně náročné. Stará se někdo o vás, o lékaře a sestřičky?

Dobrá otázka. Nestará. Supervizi psychologa nebo duchovního bychom potřebovali všichni. Ale zatím to k nám nedorazilo... Od lékaře se očekává, že umí všechno. Lékař může být zároveň pedagog, a nikdo se ho už neptá, jestli má základní pedagogické vzdělání. Zatímco všude jinde si každý musí udělat aspoň pedagogické minimum. Může být primář a starat se kompletně o mnohamilionový rozpočet oddělení, měl by být lidský, a umět vhodným způsobem hovořit s rodiči, dál by měl umět perfektně napsat specifikaci přístroje podle současných absurdních pravidel o výběrových řízeních. Potom samozřejmě má vlastní rodinu, děti, musí sladit rodinu se zaměstnáním... Je to velký problém. My si za to ale do značné míry můžeme sami, v medicíně se to takhle nastavilo. Je to i otázka vedení lidí, což si jako primář uvědomuji. Snažím se nebýt direktivní, protože všech těch lidí si vážím, jednoho vedle druhého. Já jsem se naučil i chybami, přirozeně jako každý jiný. Když člověk začne nařizovat dospělým, tak lidi ztrácejí svůj tvůrčí potenciál a potom už jsou jenom vykonavatelé, a to je hrozná škoda.

Dáváme dětem lepší start do života



Snažíte se spíš nebrzdit to, co v těch lidech je.

Aspoň si to myslím. Na mém oddělení jsou vzdělaní lidé. Každý z nich je odpovědný za sebe a měl by vědět, co od života chce. Je to týmová práce. Musíme se spolehnout jeden na druhého, věřit si.... Oni by vám možná řekli opak, ale já to takhle mám promyšlené a takhle to chci. Nikoho nenutím.

Jste primářem nějakých sedmnáct let. V čem jste se za tu dobu změnil nebo posunul?

V různých věcech, a to v osobních i pracovních. Ale pořád stejně mě mrzí, že jsem tak málo s těmi dětmi tady v práci, u inkubátorů. Protože kvůli tomu jsem to začal dělat. Jednu dobu jsem si dopisoval s Vladimírem Pucholtem. On byl neonatolog v Torontu. Tenkrát, před patnácti lety, mi psal, že až zestárne, chtěl by jít na sever léčit Indiány. Já mám zase takovou ideu, že až začnu na oddělení překážet, mohl bych jít někam na „obvod“. To by mě bavilo taky, medicína je to hezká. Na druhé straně je ovšem paradoxní, že já jako primář novorozeneckého oddělení s atestacemi z pediatrie a z neonatologie bych asi v této chvíli nemohl praktického lékaře dělat, protože na to prý nemám patřičné vzdělání.... I když jsem na obvodě pracoval půl roku a mám za sebou téměř 25 let praxe na všemožných odděleních, včetně praxe soudního znalce, a podílím se na vývoji péče o dítě myslím nemalou měrou, tak bych nemohl údajně dělat ani primáře na pediatrii v některé nemocnici. Tak jsou nastavená pravidla. Nesmyslně si uzavíráme cesty, abychom se pak za pár let udiveně pozastavovali nad tím, že pediatrii stárnou....

Pohráváte si s myšlenkou, že byste třeba v budoucnu zkusil něco jiného?

Třeba...Ale teď mě tady ještě baví tolik věcí a je tolik práce před námi. V neonatologii se vracíme k podstatě, právě k té vývojové péči, o které jsem hovořil. A to mě baví ještě víc než jiná témata. Vývojová péče o novorozence je komplexní záležitost. Není možné vytáhnout jediné téma, třeba bonding nebo porody doma, a na tom postavit z hlouposti, nadutosti a neznalosti kritiku celé neonatologie. Je právem dítěte, aby se narodilo na úrovni doby. Jestliže bylo nějaké dítě umordováno při porodu doma a někdo z rádooby odborníků k porodu doma jde a nemá ani základní vybavení a potom dítě resuscituje na úrovni první poloviny minulého století, tak je právo toho dítěte na normální život, na normální porod totálně pošlapáno. Úmrtnost dětí je při porodu doma několikanásobně vyšší než v nemocnicích. Já sám jsem zažil

Dáváme dětem lepší start do života



situaci, kdy novorozenec po domácím porodu umřel, a paní tvrdila, že by rodila zase doma. V posledních letech se stalo několik případů, kdy děti po porodu doma zemřely. Nemluví se o nich. Proč?

...ale bylo to „přirozené“ a „alternativní“...

No, to tedy ano. Myslím, že skutečně přirozené bylo, když v dřívějších dobách maminka rodila doma po mnoha zkušenostech. Už jako malá holčička viděla a vnímala tu atmosféru, viděla narození sourozenců na vlastní oči, viděla je i umírat. Ale současná doba taková není, takové zkušenosti už nikdo tady u nás nemá. A o právech dítěte se mlčí, všimněte si toho...

Právě ve vašem oboru výrazně vyvstávají otázky etických hranic.

Odpovědi pořád hledáme. Teď už nikdo nezpochybňuje ten dvacátý čtvrtý týden, ale objevila se zase další etická témata. Velkým tématem zůstává morbidita, postižení dětí. Otázek je mnoho a odpovědi nemohou být jednoznačné.

V čem si vy sám pro sebe definujete úspěch?

Pro mě je zásadní životní úspěch to, že mám hezkou rodinu. To je vedle zdraví základní kámen mého štěstí. Škoda, že to nepřišlo už před mnoha lety. Mám rád svoje děti. Dva velké kluky, kteří studují tady v Olomouci, a malou holčičku, která teprve poznává svět. Mně děti a moje žena pomáhají všechno zvládnout. Když se dcera narodila, sledoval jsem na ní ty všechny reakce na život okolo. Jak mozek reaguje na všechno možné. A byl jsem znovu po těch letech udivený, jak krásně to navazuje, jak krásně se v tom dítěti všechno rozvíjí. Úspěchy v práci, to, že se člověku podařilo čehosi dosáhnout, není to nejpodstatnější. Jsem rád, že se neonatologie neztrácí v tlaku okolí a v rychlosti života kolem, že v České republice dokážeme zachytit všechny nové vlivy a aplikovat je i za horší ekonomické situace. Devadesátá léta se podařila nejen kvůli entuziasmu lidí, ale taky proto, že Ministerstvo zdravotnictví poskytlo obrovskou finanční injekci na stavby a na přístroje. Potom lidé v neonatologii dělali rádi, otevřelo se obrovské neorané pole. Teď žiji mimo jiné tím, že jsme za odbornou společnost požádali o velmi vysokou dotaci pro všech dvanáct neonatologických center. Na základě toho by se mohla provést přestavba i našeho oddělení a všechny poznatky z vývojové péče by se tam mohly aplikovat komplexně. Oddělení by

Dáváme dětem lepší start do života



DĚTI NA DLANI
nadační fond

se také víc otevřela rodičům, měli by tam svoje místo a my bychom mohli nabízet skutečně individualizovanou péči. To je moje vize, můj sen, bylo by to krásné. Ale třeba ty peníze vyjdou a dětem, rodičům i nám se otevřou další, nové možnosti. A pak už to bude na nás, abychom našim dětem vyšlapávali nové cestičky do života.

MUDr. Lumír Kantor, Ph.D (nar. 1962) je předseda České neonatologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a primář Novorozeneckého oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci, asistent Lékařské fakulty Univerzity Palackého, soudní znalec. Skaut.



Dáváme dětem lepší start do života