

Aktuálny pohľad na liečbu astmatu u detí najnižších vekových skupín

MUDr. Katarína Beránková

Oddelení respiračných nemocí, Pediatrická klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

V pediatrické praxi patrí prúdúškové astma k najčastejším chronickým onemocnením, ktoré detský lekář řeší. Vzhľadom k heterogenitě astmatických obtíží i průběhu onemocnění v různých obdobích dětského věku není rozhodování o léčebné strategii jednoduché. Ještě donedávna nebyly k dispozici doporučené postupy specificky zaměřené na léčbu tohoto onemocnění v dětském věku, takže léčba u dětí byla zpravidla jakousi modifikací existujících doporučení pro léčbu dospělých astmatiků individuálně přizpůsobovanou konkrétnímu pacientovi. Teprve dva roky po publikování dokumentu iniciativy Practall v roce 2007 vydala Globální iniciativa pro astma souhrnná doporučení pro léčbu astmatu u dětí do 5 let věku. Článek přehledně shrnuje tato doporučení opírající se o výsledky mezinárodních randomizovaných studií.

Klíčová slova: astma, Asthma predictive index, inhalační kortikosteroidy, antagonisté leukotrienových receptorů.

Current approach to antiasthmatic therapy in very small children

Bronchial asthma belongs to the most common chronic diseases that every paediatrician sees almost daily. As the symptomatology and long-term course of this disease in different periods of childhood is very variable, the decisions about therapeutic strategies are quite complicated. Until recently we did not have specific guidelines for the treatment of paediatric asthma, so the therapy was usually guided by the guidelines for adult asthmatics and was individually adjusted for particular patient. Two years after the Practall initiative document was published (2007) the Global initiative for asthma issued the guidelines for the treatment of asthma in children of five years of age and younger. This article summarizes current guidelines based on the results of the international randomized studies.

Key words: asthma, Asthma predictive index, inhaled corticosteroids, leukotriene modifiers.

Pediatr. prax, 2011, 12 (5): 199–202

Úvod

Prúdúškové astma se v dětském věku řadí k nejčastejším chronickým onemocněním vůbec a lékaři v pediatrické praxi se s ním potýkají téměř denně. Nicméně, jak s oblibou říká profesor Fernando Martinez z amerického Tucsonu: *Astma je jako láska. Všichni vědí, jak vypadá, ale nikdo ho neumí definovat.* Toto rčení platí v dětském věku dvojnásob, a to nejenom pro omezení spektra proveditelných vyšetření v nejnižších věkových skupinách (zejména obtížné hodnocení plicních funkcí u malých pacientů, které je dáno jejich nespoluprací), ale také pro velkou klinickou variabilitu nemoci samotné. Mluvíme proto často o tzv. obstrukčních bronchitidách („wheezing“) nebo o příznacích připomínajících astma („asthma-like symptoms“), zatímco termín prúdúškové astma si ponecháváme pro ty, kteří při spirometrickém vyšetření „nafoukají“ křivku s patrnou obstrukcí v periferních dýchacích cestách, což jsou převážně děti starší čtyř nebo i více let. V současné době se však čím dál více prosazuje tento termín i v nejnižších věkových skupinách s ohledem na různorodou etiopatogenezi astmatických obtíží. Dětské astma má tak mnohem více heterogenní charakter i časový průběh než astma dospělých pacientů a tuto skutečnost musí mít každý lékař na paměti při rozhodování o vhodné léčebné strategii.

Příčiny astmatu v dětském věku

V jednotlivých obdobích dětského věku se etiologie astmatických obtíží mění. V nejnižších věkových skupinách dětí (kojenci a batolata) s dýchacími cestami o malém průřezu se velmi často uplatňují respirační viry způsobující bronchitidu s hypersekrecí hlenu a otokem sliznice prúdúškové stěny vedoucí k prúdúškové obstrukci. U těchto zánětů prúdúšek často bývá přítomna zvýšená teplota, další klinické projevy bývají totožné s prúdúškovou obstrukcí jiné etiologie – kašel, expirační dušnost, poslechové na plicích spastické fenomény. Prognóza těchto obstrukcí je velmi dobrá a i při recidivujících virových zánětech prúdúšek tyto zpravidla vymizí před zahájením školní docházky (1, 2). Na druhou stranu zejména bronchitidy způsobené lidským rhinovirem mohou vést k závažnějšímu poškození prúdúškové sliznice s její sníženou odolností vůči dalším vlivům, kterými jsou také inhalační alergeny, a tak i virová infekce může přispívat k pozdějšímu rozvoji perzistujícího astmatu (3). Obstrukce dýchacích cest u dětí s atopickou predispozicí mohou také začínat již v raném věku, obecně však platí, že čím později v dětském věku se obstrukční zánět prúdúšek objeví, tím je pravděpodobnost alergické etiologie větší, stejně tak i pravděpodobnost jeho progresu do perzistujícího astmatu. Astma indukované

fyzickou zátěží nebo jinými faktory (stres, cigaretový kouř, polékové astma) patří ve skupině dětských pacientů k těm méně častým a objevuje se spíše v pozdějším věku (školáci, adolescenti), kdy již klinický obraz i průběh více připomíná astma dospělých pacientů.

Vyšetření malého pacienta s prúdúškovou obstrukcí

Pečlivě provedená anamnéza je základním pilířem úspěšné diagnostiky a následné léčby. Rodiče častokrát nepřikládají svému vlastnímu alergickému onemocnění včetně prúdúškového astmatu takový význam, aby jej aktivně zmiňovali při dotazování na rodinnou anamnézu, proto je nutné se na toto onemocnění cíleně ptát. Také se na pohotovostních ambulancích setkáváme s dušnými dětmi v závažném stavu, u kterých rodiče tvrdí, že nikdy nic podobného nezažili. Až při cíleném dotazu na předchozí užívání bronchodilatační léčby (zpravidla p.o. klenbuterolu – Spiropent) se dozvídáme, že tuto jim v posledním roce obvodní pediatr předepsal již několikrát, a nebo dokonce již doma mají inhalační salbutamol (Ventolin) „pro případ akutních obtíží“. V tomto případě bývá velmi cenná informace o tom, zda a jak tato léčba u malého pacienta fungovala. Sociální anamnéza s cílenými dotazy na kouření cigaret v rodinném prostředí

a přítomnost domácích zvířat je nedílnou součástí pátrání po možných příčinách průduškové obstrukce. Při hodnocení klinického rizika rozvoje průduškového astmatu u dětí do tří let věku je velmi dobře nápomocný Prediktivní index astmatu (API – Asthma Predictive Index) publikovaný Castro-Rodriguezem v roce 2000 s několika následnými modifikacemi (4) (tabulka 1), vycházející z několikaleté prospektivní studie u téměř tisícovky dětí. Dětský pacient přicházející s průduškovou obstrukcí a splňující jedno velké a nebo dvě malá kritéria je ve významně vyšším riziku rozvoje perzistujícího průduškového astmatu v následných letech ve srovnání s dítětem s negativním API. Dokonce naopak negativní API znamená zpravidla velmi dobrou prognózu pro další průběh (5). K základním laboratorním vyšetřením patří CRP a krevní obraz s diferenciálním rozpočtem k posouzení zánětlivé aktivity a zastoupení eozinofilů. Další pomocná vyšetření (Astrup, rtg hrudníku, mikrobiologická vyšetření) indikujeme uvážlivě dle stavu pacienta a anamnézy, při podezření na alergickou etiologii obtíží doplníme základní imunologické vyšetření včetně celkové hladiny IgE a ECP, event. specifických IgE. Vyšetření plicních funkcí v časném dětském věku je obtížné. U velmi malých dětí (do 12 kg tělesné hmotnosti) lze provést celotělovou bodypletysmografii v babybodypletysmografu, vyšetření však běžně není dostupné a provádí se pouze na několika specializovaných pracovištích v ČR. Na druhé straně u dětí od tří let věku se lze alespoň pokusit provést spirometrické vyšetření, u šikovnějších pacientů lze již v tomto věku obdržet křivku spolehlivě odrážející stav dýchacích cest.

Terapie astmatu – akutní průdušková obstrukce

Dle současných doporučení (6) jsou první volbou pro léčbu akutní průduškové obstrukce krátkodobě působící inhalační bronchodilatační, a to buď beta-2-sympatomimetika (salbutamol), a nebo v kombinaci s anticholinergiky (ipratropiumbromid). Základní léčebné schéma je u všech dětí s bronchiální obstrukcí stejné bez ohledu na její etiologii. Při nedostatečném efektu této iniciační terapie a nebo při těžkém klinickém průběhu jsou lékem druhé volby kortikosteroidy podávané celkově per os a nebo intravenózně dle stavu pacienta. Celkově podávaná bronchodilatační (intravenózní aminophylin) by měla být vyhrazena pouze pro léčbu velmi těžkých stavů s nutností intenzivní oxygenoterapie a nebo nereagujících adekvátně na předchozí léčbu. Základní terapeutické schéma

postupu u akutní průduškové obstrukce je uvedeno v tabulce 2.

Lehčí formy průduškové obstrukce lze zvládnout ambulantně, u těžších forem je indikována léčba za hospitalizace. Iniciálně by hospitalizace měla být zvažována vždy, pokud po třech opakovaných inhalacích beta-2-agonistů nedojde ke zlepšení klinického stavu dítěte, přetrvává tachypnoe nebo známky dušnosti, je patrná cyanóza, dítě není schopno mluvit ani přijímat p.o., dále pokud je saturace O_2 pod 92 % a nebo jsou pochybnosti o dostatečné compliance rodiny při ambulantní léčbě.

Dlouhodobá udržovací terapie astmatu

Dlouhá léta vycházely terapeutické strategie pro průduškové astma u dětí z doporučených postupů pro dospělé pacienty. Teprve v roce 2009 vydala Globální iniciativa pro astma (GINA – Global Initiative for Asthma) doporučení týkající se časněho dětského věku, které zohledňuje velkou klinickou heterogenitu této nemoci zejména v předškolním věku. Souhrnný dokument doporučení pro diagnostiku a léčbu astmatu v raném dětství je k dispozici na webových stránkách GINA (<http://www.ginasthma.org/guidelines-global-strategy-for-the-diagnosis.html>). K dlouhodobé léčbě jsou indikovány děti, u kterých častost nebo závažnost exacerbací významně narušuje kvalitu života a jejich astma není pod kontrolou. Kritéria pro kontrolu astmatu jsou u dětí hodnocena podobně jako u dospělých, sledujeme tedy četnost denních a nočních symptomů, omezení v běžných aktivitách a potřebu užívání úlevové terapie. Při nedostatečně kontrolovaném astmatu pouze úlevovou terapií v dětském věku jsou lékem

Tabulka 1. Asthma predictive index (API)

Velká kritéria
Astma u jednoho z rodičů
Atopický ekzém v anamnéze
Alergická senzibilizace k inhalačnímu alergenu
Malá kritéria
Prokázaná potravinová alergie
Eozinofilie v krevním obraze (4 % a nebo více)
Pískoty mimo nachlazení
Pozn.: pozitivní API byl původně definován u dítěte s alespoň 4 průduškovými obstrukcemi v posledním roce a zároveň pozitivitou jednoho velkého a nebo dvou malých kritérií. V současnosti se v klinické praxi uplatňuje i u dětí, u kterých ještě nebylo dosaženo počtu čtyř obstrukčních epizod – tzv. modifikovaný API

první volby inhalační kortikosteroidy (IKS). Před zahájením léčby je ovšem nezbytné poučit rodiče malého pacienta o dalších opatřeních potřebných k dosažení úspěchu. Kromě omezení kontaktu s potenciálními alergeny jde zejména o zabránění kontaktu dítěte s cigaretovým kouřem, který významně přispívá k poškození průduškové sliznice dětského dýchacího ústrojí. Neměli bychom opomenout rodiče také poučit o základním mechanismu, jakým inhalační kortikosteroidy působí, a zdůraznit nutnost pravidelného podávání předepsané léčby po určenou dobu, dále je pak zacvičit v technice podávání inhalačních léků a při každé návštěvě ordinace tuto techniku zkontrolovat. Cílem léčby IKS je udržet pod kontrolou příznaky onemocnění, protože jak již několik prospektivních studií potvrdilo, tato léčba nemá preventivní efekt proti pozdějšímu rozvoji astmatu u dětí k němu predisponovaných. Při dobré spolupráci rodiny pacienta však terapie IKS významně snižuje počet exacerbací a s tím související četnost

Tabulka 2. Dítě s akutní obstrukcí průdušek (převzato a upraveno podle 5)

1. krok	Salbutamol inh. 2 vstříky 3x á 20 minut	
	↓	
	Stav se zlepší/upraví	
2. krok	ANO	NE
	pokračuje léčba SABA 2 vstříky á 4 hodiny	pokračuje léčba SABA 2 vstříky á 4 hodiny
	↓	↓
	pokud se stav posléze zhoršuje a nebo potřeba SABA trvá 24 hodin a déle	+ přidat systémové kortikosteroidy (ekv. prednisolonu v dávce 1–2 mg/kg/den p.o.)
	Stav se zlepší/upraví	
3. krok	ANO	NE
	pokračuje zavedená terapie až do odeznění symptomů (zpravidla minimálně po dobu 3–5 dnů)	další léčba za hospitalizace s monitoringem vitálních funkcí, oxygenoterapie, při pokračujícím nedostatečném efektu stávající léčby přidat aminophylin i.v.

hospitalizácií (7, 8, 9). Účinnosť tejto terapie by mala byť hodnotená po alespoň troch mesiacoch kontinuálnej liečby. Pri dosiahnutí kontroly nad astmatom sa pak môžeme pokúsiť snižovať terapiu IKS až na najnižšiu dávku, ktorá bude dostačujúca pre kontrolu nemoci. Pri nedosažení dostatočnej kontroly astmatu po tejto dobe je rovnako ako u dospelých pacientov na prvom mieste kontrola správnosti užívania terapie a compliance rodiny pri dodržiavaní doporučených opatrení. Po opätovnej edukácii rodičov pacienta lze navýšiť stávajúci dávkovaný IKS (pokud lze) a nebo přidat antagonistu leukotrienových receptorů (LTRAs – Leukotriene Receptors Antagonists), jehož jediným zástupcem pro použití v této věkové skupině je montelukast (Singulair), od roku 2011 dostupný v ČR i ve formě granulátu, takže může být podáván již ve velmi časném věku. Antileukotrieny mohou být také alternativou IKS jako lék první volby u dětí s negativním API, kde můžeme předpokládat, že dítě ze svých obtíží „vyroste“. Podávání perorální medikace jednou denně je navíc jednodušší, a proto může být přínosnější v rodinách s horší compliance při léčbě IKS, nicméně v dosud publikovaných studiích se monoterapie montelukastem v dětství nejvíce přínosnější ve srovnání s užíváním IKS (10, 11).

Tabulka 3. Terapie astmatu u dětí do 5 let věku (včetně) (převzato a upraveno podle 5)

Edukace rodičů a pacienta o astmatu Kontrola prostředí Při akutních obtížích podat rychle působícího beta2-agonistu (SABA)		
Astma pod kontrolou při občasnému používání SABA	Astma částečně pod kontrolou při občasnému užívání SABA	Astma pod nedostatečnou kontrolou při nízké dávce IKS
↓	↓	↓
Pokračuje dosavadní terapii	Zahájit léčbu nízkou dávkou IKS	Zdvojnásobit dávku IKS
	Alternativa: přidat k léčbě antagonistu leukotrienových receptorů (LTRA)	Alternativa: nízkodávkovaný IKS + LTRA

Dlouhodobě působící beta-2-mimetika (LABAs – Long-Acting Beta Agonists) se pro dětský věk v monoterapii nedoporučují, v kombinaci s IKS lze ordinovat v případech, že je terapie samotnými IKS nedostačující. Pro jejich užití v předškolním věku však v současné době nemáme k dispozici dostatek spolehlivých dat potvrzujících jejich bezpečnost a účinnost. Tabulka 3 uvádí přehled doporučení terapie perzistujícího astmatu u dětí do 5 let věku. Kombinovaná terapie IKS a LTRAs by v dětském věku při dodržení všech dalších preventivních opatření měla být postačující ke kontrole onemocnění. Pokud tomu tak není, je vždy nutno nejprve přehodnotit správnost diagnózy astmatu, a spíše než navýšovat terapii

pacienta podrobně vyšetřit a vyloučit jiné možné příčiny jeho obtíží (GER, chronická zánětlivá onemocnění dýchacích cest jako cystická fibróza nebo syndrom nepohyblivých řasinek, intersticiální plicní onemocnění atd.).

Závěr

Heterogenita průduškového astmatu v dětském věku činí jeho diagnostiku i léčbu velmi obtížnou. Opakované stavy těžké průduškové obstrukce můžeme vidět u dětí s negativním API a velmi dobrou prognózou v pozdějším věku, zatímco u nejednoho atopického pacienta pozorujeme vleklé pískoty dlouho po nachlazení mnohdy s jinak chudým klinickým nálezem, kte-

Materské mlieko je našou inšpiráciou. Jeho ochranná funkcia nás prirodzene inšpirovala k vytvoreniu dojčenskej mliečnej výživy Nutrdefense s unikátnou zmesou iba tých látok, ktoré sú prirodzene prítomné v materskom mlieku.

Prebiotická vláknina GOS

Podporuje rast črevnej mikroflóry^{1,2}

Iba prebiotická vláknina GOS je prirodzenou súčasťou materského mlieka.

Nenasýtené mastné kyseliny DHA a ARA

Prispievajú k zdravému rastu a vývoju dieťaťa

Organizmus si ich nedokáže vytvoriť sám, preto je nutné ich v dostatočnom množstve prijímať v strave.

Nukleotidy

Významne podporujú imunitný systém dieťaťa^{3,4,5}

Materské mlieko obsahuje významné množstvo nukleotidov. V priebehu dojčenia a s postupom veku dieťaťa ich množstvo klesá.

WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) odporúča plné dojčenie aspoň počas prvých 6 mesiacov veku dieťaťa, potom sa k dojčeniu odporúča začať s postupným zavádzaním nemliečnych príjmov. Dojčenie je pre dojčiatu najlepším spôsobom výživy. Potravina na osobitné výživové účely. Tento materiál je určený špeciálne pre odbornú verejnosť.

Odkazy na odbornú literatúru: 1. Ben XM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004; 117:927-31. 2. Fanaro S, Marten B, Bagna R, Vigi V, Fabris C, Peña-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH, Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Baggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 891-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR, Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 883-90. 5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña I, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mayans J and Solomon-Santibáñez GA. Immune response to nucleotide-supplemented infant formulae: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1) S64-7.

- ◆ PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS
- ◆ NENASÝTENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA
- ◆ NUKLEOTIDY



0800 606 005

www.nutrdefense.sk



Teraz
ešte bližšie
materskému
mlieku

ré nicméně pozvolna progredujú v rozvoj perzistujúceho bronchiálneho zánětu s remodelací průduškových stěny. Volba konkrétní léčebné strategie u jednotlivého pacienta není vždy jednoduchá, pacienti častokrát nezapadají do přesně definovaných „škatulek“, i dítě astmatických rodičů může trpět virovými bronchitidami a naopak pacient se zcela negativní rodinnou i osobní alergickou anamnézou může rozvinout perzistující astma. Při rozhodování o léčbě je proto nezbytné vždy respektovat klinický průběh a stav konkrétního pacienta. U dívky s pozitivním API lze vyčkat se zahájením udržovací terapie, pokud přichází s první atakou lehké průduškové obstrukce, na druhou stranu je dlouhodobá preventivní terapie určitě na místě u chlapce s negativním API, který je již potřeť hospitalizován pro těžkou dušnost se spastickými fenomény na průduškách. Dlouhodobé léčebné strategie by se měly rámcově řídit doporučenými postupy vypracovanými předními světovými odborníky v této problematice, terapie však jistě může být individuálně modifikována, pokud to pacientovi přináší prospěch. Při nedostatečné terapeutické odpovědi bychom vždy měli pomýšlet na to, že ačkoliv je průběh průduškového astmatu

v dětství velmi variabilní, ani typické symptomy nemusejí vždy znamenat, že se o astma skutečně jedná. V tom případě je na místě podrobnější vyšetření k vyloučení častokrát velmi závažných plicních onemocnění.

*Podpořeno granty IGA MZČR NT14444
a GAUK 340911 a výzkumným záměrem
MZOFNM2005.*

Literatura

1. Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACALL consensus report. *Allergy* 2008; 63: 5–34.
2. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J* 2008; 32: 1096–1110.
3. Jartti T, Kuusipalo H, Vuorinen T, et al. Allergic sensitization is associated with rhinovirus, but not other virus-, induced wheezing in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010; 21(7): 1008–1014.
4. Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Wright AL, et al. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 1403–1406.
5. Castro-Rodriguez JA. The Asthma Predictive Index: A very useful tool for predicting asthma in young children. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126(2): 212–216.
6. Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention in Children 5 Years and Younger. 2009. Available at www.ginasthma.org.

7. Ducharme FM, Lemire C, Nova FJ, et al. Randomised controlled trial of intermittent high-dose fluticasone versus placebo in young children with virus-induced asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175(Suppl 1): A958.

8. Bisgaard H, Hermansen MN, Lohland L, et al. Intermittent inhaled corticosteroids in infants with episodic wheezing. *N Engl J Med* 2006; 354: 1998–2005.

9. Murray CS, Woodcock A, Langley SJ, et al. Secondary prevention of asthma by the use of Inhaled Fluticasone propionate in Wheezy Infants (IFWIN): double-blind, randomised controlled study. *Lancet* 2006; 368: 754–762.

10. Wang L, Hollenbeak CS, Mauger DT, et al. Cost-effectiveness analysis of fluticasone versus montelukast in children with mild-to-moderate persistent asthma in the Pediatric Asthma Controller Trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2011; 127(1): 161–166.

11. Knuffman JE, Sorkness CA, Lemanske RF, et al. Phenotypic predictors of long-term response to inhaled corticosteroid and leukotriene modifier therapies in pediatric asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2009; 123(2): 411–416.

MUDr. Katarína Beránková

Oddělení respiračních nemocí,
Pediatrická klinika 2. LF UK
a Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84, 150 06 Praha
katarina.urbanova@fnmotol.cz



Tlačová správa

Prvé výsledky hodnotenia slovenských pôrodníc

Bratislava, 20. októbra 2011 – Rodičovský portál www.rodinka.sk pripravil v spolupráci s Health Policy Institute a mediálnou podporou časopisu *Mama a ja* unikátny projekt interaktívnej stránky www.sprievodcaporodnicami.sk, ktorá je v prevádzke od 10. 2. 2011 a ponúka prehľad slovenských pôrodníc. Sprievodca pôrodnícami sa aktualizuje v spolupráci so samotnými nemocnicami, pričom služby pôrodníc nezávisle hodnotia aj mamičky. Výsledkom hodnotenia pôrodníc mamičkami je cumlíková známka. Certifikáty s počtom získaných cumlíkov môžete už od novembra nájsť v zúčastnených pôrodniciach.

V nezávislom známkovaní získavali pôrodnice hodnotenie kvality svojich služieb, a to priamo od mamičiek, ktoré u nich rodili. Hodnotenie prebiehalo prostredníctvom www.sprievodcaporodnicami.sk od 16. 2. do 31. 8. 2011, hlasovalo 2 800 mamičiek. Najväčší počet „cumlíkov“ získali pôrodnica v Banskej Štiavnici, ktorá je dlhodobo známa svojím ľudským prístupom, Ružomberok a Bardejov. Z bratislavských sa najlepšie umiestnili Kramáre, práve vďaka práci novorodeneckého oddelenia a podpore dojčenia

V „cumlíkovej známke“ posudzovali mamičky napr.: spokojnosť s predpôrodnou prípravou, s dodržiavaním intimity a rešpektom k individuálnym potrebám tehotnej. Samostatne sa hodnotila spokojnosť s prácou personálu pri pôrode, na oddelení šestonedelia, na novo-

rodeneckom oddelení – čo sú síce tri nezávislé oddelenia, ale spolu určujú výslednú skúsenosť pacientky. Pri čítaní podrobného hodnotenia každej pôrodnice je miestami zarážajúce, aký veľký je často rozdiel v spokojnosti s prácou jedného oddelenia a nespokojnosťou s prácou druhého. Pri porovnaní podrobného hodnotenia pôrodníc je zjavné, že tehotné majú dôveru v odbornosť personálu v pôrodnici, kde by však ocenili zlepšenie je: dodržiavanie intimity, ochota načúvať individuálnym potrebám, rešpekt, umožnenie partnera pri pôrode a neprerušovaný kontakt s bábätkom po narodení.

Projekt hodnotenia pôrodníc je stále aktívny a čaká na hodnotenie ďalšími rodičkami v nasledujúcich rokoch. Najlepšie hodnoteným pôrodniciam raz ročne vystavíme certifikát.

Na stránke www.sprievodcaporodnicami.sk má každé gynekologicko-pôrodnické a novorodenecké oddelenie vypracovaný profil na základe nimi poskytnutých údajov, ktoré je pre oddelenia dobrovoľné – k dnešnému dňu odpovedalo 51 pôrodníc z 54, ktoré aktuálne v SR fungujú. Tento profil majú pôrodnice možnosť pravidelne aktualizovať, aby informácie o oddelení boli vždy aktuálne a presné. V týchto pôrodniciach prebehlo približne 93 % pôrodov na Slovensku. Od spustenia tohto projektu ukončila svoju činnosť pôrodnica v Levoči a v Bratislave sa otvorilo Sanatórium Koch.