



Jaký je Váš názor?

Dětská kardiologie a kardiochirurgie dosáhly v České republice mimořádných výsledků. Chirurgická mortalita (30denní) se v posledních letech pohybuje kolem 1 %, dlouhodobé přežívání dříve smrtelných vrozených srdečních vad (VSV), jako jsou např. transpozice velkých tepen (TGA), Fallotova tetralogie (TOF) nebo dvojvýtoková pravá komora, je vyšší než 90 % při dobré kvalitě života. Zavedením plošného echokardiografického screeningu VSV v těhotenství, spolu se školením gynekologů z celé ČR v této problematice, se nyní daří diagnostikovat většinu kritických VSV již prenatálně. V 80. letech, kdy jsme s prenatální kardiologií začínali, volila většina rodin s fetálně diagnostikovanou závažnější srdeční vadou ukončení těhotenství, a my jsme s rozhodnutím většinou souhlasili. Ale co nyní? Cítíme, že u TGA či TOF bez přidružených dalších závažných vad by těhotenství nemělo být ukončováno. A hypoplastické levé srdce (HLH)? Ještě nedávno šlo o 100% smrtící vadu bez možnosti chirurgické úpravy. Nyní ve špičkových centrech, mezi které se počítáme, lze u většiny HLH sérií minimálně tří operací dosáhnout trvalé paliace v podobě totálního kavopulmonálního spojení (TCPC) se zhruba 50% kumulativní mortalitou a snad u většiny přeživších i se slušnou kvalitou života. Nejsme si však jisti, na jak dlouho a u jak velké části nemocných. Pro některé z nás je 50% šance na přežití nepochybným argumentem pro pokračování těhotenství a okamžitou intenzivní postnatální léčbu. Druzí vidí 50% mortalitu s nejistou dlouhodobou prognózou z hlediska přežívání i kvality života, trápení dětí opakovanými operacemi, katetrizacemi, hospitalizacemi, vyšší rozvodovost v rodinách s takto nemocnými dětmi, výrazné omezení profesních možností matky s ekonomickými důsledky pro rodinu a velké finanční náklady pro zdravotní pojištění. Navíc, tam kde se rodina rozhod-

la pro ukončení těhotenství, přichází většinou matka během následujícího roku znovu těhotná na vyšetření, které s nejvyšší pravděpodobností ukáže zdravý plod. Naopak po porodu těžce postiženého dítěte je následující těhotenství spíše výjimkou.

Zákon o umělém přerušení těhotenství (66/1986 Sb.) nám v rozhodování nepomůže. Hovoří, že těhotenství lze „přerušit“ (príma slovo; jako tenkrát, kdy byl z MIGu raketou „přerušen“ let korejského dopravního letadla nad SSSR), když je „ohrožen ... zdravý vývoj plodu“. Prováděcí vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSSR (75/1986 Sb.) to upřesňuje: „... když je prokázáno těžké poškození plodu ...“, a na jiném místě se uvádějí „vývojové vady diagnostikované u plodu metodami prenatální diagnostiky ...“. Podle zákona by tedy bylo možné ukončit těhotenství u každé fetálně diagnostikované vady, nehledě na její prognózu ...

Samozřejmě, rozhodnutí o ukončení těhotenství s HLH je plně na postižené rodině. My, kteří vadu diagnostikujeme, jsme povinni jen objektivně informovat o podstatě vady a její prognóze. Postoj individuálního lékaře, to v co sám věří, je však i při objektivním informování rodiny cítit a může rozhodování významně ovlivnit. Co si o tom myslíte Vy?

Jak máme postupovat? Jaký je Váš názor? Mailujte, prosím, na adresu: jan.skovranek@lfmotol.cuni.cz

Jan Škovránek,
Dětské kardiocentrum,
Fakultní nemocnice Motol, Praha