

Oponentský posudek.

Dizertační práce

Etické problémy spojené s péčí o novorozence na hranici viability

Autor: MUDr Blanka Zlatohlávková

K oponentuře byla předložena dizertační práce, která byla vypracována MUDr Blankou Zlatohlávkovou v rámci Doktorského studijního programu v biomedicině na UK v Praze a AV ČR v oboru Bioetika. Práce má název: Etické problémy spojené s péčí o novorozence na hranici viability.

Formální data dizertace:

Práce má netradiční strukturu, na rozdíl od ostatních temat biomedicinských se problém etiky nemůže zpracovávat podle obvyklých postupů.

Samotný text včetně obsahu a souhrnu česky a anglicky má 138 stran, v textu je zakomponováno 6 tabulek, 3 grafy (zřejmě omylem jsou na str. 45 a 54 grafy označené stejným číslem 2), seznam zkratek není.

Text je doplněn citacemi ve dvojí podobě. Jednak klasicky na konci písemného textu je abecedně seřazeno 184 citací časopiseckých i jiných (např. televizní diskuse či Bible) které nejsou číslovány. Odkazy s číslem jsou uváděny přímo ve stránkách textu a „pod čarou i komentovány nebo jen prostě doslovně citované. Těchto odkazů je 368 a oponent je všechny nekonfrontoval, protože to technicky nebylo možné- neměl jsem všechny zdroje k dispozici. V citacích uvedla autorka také 2 vlastní publikace, jedna je v časopise s IF.

Text je rozdělen do 5 kapitol a závěru, jednotlivé kapitoly mají podkapitoly označené numericky.

V textu je minimum nevýznamných překlepů, např. str.53. 11 ř. zhora....pro dítě... správně má být *..dítě..*, str. 89 posl.řádek ...theri...má být.. *their..*, na str. 95 3.řádek zdolarodučů...má být... *rodičů*.

Celkově práce působí úhledným dojmem.

Popis disertační práce :

V *Úvodu* se autorka stručně zabývá charakteristikou neonatální intenzivní péče, klasifikací novorozenců, vysvětluje pojmy viability a gestačního věku a cituje základní přístupy k péči o extrémně nezralé děti.

Autorka se rozhodla zkoumat prvotní zásadní rozhodnutí lékaře, který poskytuje péči novorozenci narozenému na hranici viability, zda zahájit nebo nezahájit intenzivní a resuscitační péči. Chce obhajovat tezi: **Rozhodování o poskytnutí intenzivní péče na hranicích viability se děje v nejistotě, zda taková léčba je v nejlepším zájmu novorozence, protože z principiálních důvodů nelze předpovědět, zda dítě vůbec přežije a zda přežije bez závažného postižení.**

Ve 3. kapitole se zabývá široce pojmem viability plodu a novorozence. Vysvětluje biologické limity viability, zejména schopnost efektivní výměny plynů závisící na zralosti plic. Dále se zabývá vývojem CNS u plodu, tzv. kortikálním zrození ve vztahu k vnímání podnětů jako je bolest či utrpení. Předkládá průřez pohledů na aktivní poskytování péče v různých zemích s různým společenským či kulturním prostředím. Nejčastěji se rozsah viability pohybuje mezi

22. až 26. týdnem gestace. V závěru této části se dotýká problematiky rodiny do které se dítě na hranici viability rodí.

4. kapitola tvoří jádro disertace, autorka jí nazvala **Rozhodování v nejistotě**. Na téměř 80 stránkách shrnuje a hlavně komentuje dostupné literární prameny. Nejprve vysvětluje proč je obtížně postupovat v tomto rozhodování podle principu medicíny založené na důkazech. Jedním z klíčových problémů jsou nepřesnosti s určením gestačního stáří, ke kterému se vztahuje řada prací uvádějících mortalitu či morbiditu. Významným faktorem v rozhodování o zahájení intenzivní péče je znalost o vnímání bolesti v období 22.-26.týdne gestace. Dotýká se také vztahu: gestační věk v.s. váha předčasně narozeného. Významnou částí této kapitoly je diskuse a autorčin komentář a téma: *Postižení horší než smrt*. Dále se zabývá také rizikem poškození matky v souvislosti porodem a péči o dítě na hranici viability.

Rozhodování o zahájení či nezahájení má u dětí narozených na hranici viability velmi silný etický náboj. Zlatohlávková na str. 72 vyjadřuje přesvědčení, že vývoj moderní neonatologie stojí na snaze prospět pacientovi, nikoliv především neškodit. Uvědomuje si, že rozhodování v nejlepším zájmu dítěte je problém nikoliv jen lékaře ale také rodičů i dalších. Je přesvědčena, že v zájmu hraničně viabilního novorozence je dostat šanci, tedy zahájit IP, narodí li se živě a reaguje li příznivě na podporu přechodu z nitroděložního života do našeho prostředí. Rodičovská autorita a její právo na informovaný souhlas je rovněž široce diskutována. Zde je největší problém v tom, že informovaný souhlas v případě osudu ještě nenarozeného dítěte je více než problematický. Shrnutí na str. 105 disertace je velmi výstižné, bioetické principy nepomohou k nalezení eticky správného řešení. V závěru této kapitoly se rozepisuje o strategických možnostech rozhodování při etické nejistotě.

V páté kapitole je 9 „kasuistik“, většina je vlastních pozorování. Demonstrují pestrost a složitost problematiky.

V **Závěru** autorka shrnuje své i publikované názory. Pro oponenta je stěžejní věta: Doložila jsem „individualizovanou prognostickou strategii“ nezastíráním nejistoty jako jedinou umožňující rozhodovat o každém extrémně nezralém novorozenci jako o jedinečné bytosti byť s rizikem, že bychom se rozhodli jinak, kdybychom předem znali výsledek.

Je škoda, že autorka cituje pouze jednu vlastní publikaci v časopise s IF, i když je mi známo, že na toto téma publikovala více (viz PubMed).

Dodaný **autoreferát** postrádá citace a stránky nejsou číslovány. Obsahově odpovídá disertaci.

Požadované vyjádření oponenta:

a. Aktuálnost řešeného tématu: Nové poznatky a medicínské technologie v péči o novorozence s nízkou porodní váhou přinesly významný pokrok ve snižování novorozenecké mortality. Při stoupajícím počtu podílu dětí narozených předčasně ale přinesly také nové problémy morbidity a tak vyvstávají otázky nad stávajícím dilematem- snažit se o záchranu života za každých okolností nebo vymežit hranice kdy je ještě racionální zahájit celý komplex intenzivní a resuscitační péče či v něm pokračovat. Nejchoulostivěji se tento problém jeví v péči o děti na hranici viability. Do rozhodovacího procesu vstupuje řada faktorů, které mají i etický rozměr. Předložena disertace vychází tedy z aktuální potřeby rozšířit náhled na tento aspekt péče, který potřebuje vědecké zpracování. MUDr. Blanka Zlatohlávková je zkušený neonatolog, zabývá se péčí o nezralé děti léta a podle mne je vhodným typem osobnosti, který má předpoklady tuto problematiku zpracovávat. Podle dostupných pramenů je také jediným neonatologem u nás, který se touto problematikou zabývá.

b. Použité metody a postupy. Disertace je neobvykle rozsáhlá. Problém je řešen jinými metodami než běžná vědecká práce. Většina textu je vlastně konfrontace publikovaných úvah a názorů s vlastními poznatky dizertanta. V několika bodech se autorka opírá o vlastní publikaci, kde uvádí výsledky 5 let follow up přeživších extrémně nezralých novorozenců z JIP Gyn.por.kliniky VFN v Praze. Klasické metody biomedicínského výzkumu nelze použít, příčinu v práci na několika místech zdůvodňuje. Je těžké z tohoto pohledu posuzovat, zda autorka předložila nové vědecké poznatky, nicméně v závěru předkládá postup „*individualizované prognostické strategie*“ přístupu k rozhodování o způsobu péče o novorozence na hranici viability. Tento postup je na mnoha místech disertace dostatečně doložen.

c. Za hlavní význam práce považuji to, že tento text by mohl být po úpravách považován za základní pro přípravu „*etického kodexu*“ přístupu k péči o novorozence na hranici viability.

d. Připomínky a otázky oponenta.

- Dr Zlatohlávková věnuje velký prostor úvahám o různých faktorech rozhodování o přístupu k péči o novorozence na hranici viability. S tím je nutno souhlasit. Oponent patří mezi pediatri, kteří před desetiletími zaváděli moderní postupy péče o děti s nízkou porodní hmotností. Domnívám se, že za ta léta se mnoho změnilo, jsou vynikající výsledky i rozpaky. Jedno ale se nemění. V těch zlomcích vteřin a minutách rozhodování má stále rozhodující slovo ten, kdo péči poskytuje nebo odmítá. To je lékař, neonatolog nebo pediatr, podle místa nebo kategorie zdravotnického zařízení. Ten okamžitě rozhoduje a on (a jeho tým) definitivně koná. Jednou napsal prof.MUDr Josef Koutecký DrSc větu:“ Jsme takoví lékaři jací jsme lidé „. Bylo to pojednání o etice práce lékaře. Mám pocit, že tento aspekt péče, profil lékaře poskytující péči a jeho příprava na to rozhodování není v disertaci příliš rozebráno. A při tom sama autorka (mohl jsem její odborný růst sledovat a sleduji stále) se mohla k tomu vyjádřit.

- V textu se na několik místech pojednává o faktoru bolesti a utrpení z hlediska rozhodování a péči. Nesouhlasím s tím, že máme málo poznatků o vývoji nocicepce, vedení, biochemii bolesti na úrovni mozku a míchy. Je dost publikací, které dokládají, že plod na úrovni viability (22.- 24. GT) je dostatečně vybavený pro vnímání bolesti a dává to najevo (na úrovni fyziologicko-metabolických reakcí i celkové reaktivity). Co ale dost nevíme je impakt, který zanechává bolestivý „*prožitek*“, na další život. Utrpení je pojem charakterizující nejvyšší funkce CNS. Lze to směřovat ?

**g. Oponent po prostudování předložené disertační práce MUDr Blanky Zlatohlávkové :
Etické problémy spojené s péčí o novorozence na hranici viability dospěl k závěrům:**

I. Doporučuji práci k obhajobě podle § 47 VS zákona 111/98 Sb

II. MUDr Blanka Zlatohlávková prokázala tvůrčí schopnost

III. Práce splňuje požadavky kladené na disertaci v oboru Bioetika

Praha 4.9.2011

doc.MUDr Jozef Hoza, CSc
Klinika dětského a dorostového lékařství
1.LF UK a VFN Praha

