

### 3

## ONEMOCNĚNÍ NOVOROZENCŮ

Porod novorozence, jak již bylo řečeno, představuje nesmírně závažný okamžik stresového charakteru, kladoucí vysoké nároky na adaptační schopnost dítěte a vyžadující dokonalou koordinaci kardiorespiračního a centrálního nervového systému (dále jen CNS). Přestože naprosto nezanedbatelnou, determinující, a tudíž významnou roli pro dítě v jeho dalším postnatálním životě hraje nitroděložní situace, zejména pak prvé tři měsíce gravidity, v nichž je embryo vysoce citlivé k toxickému a teratogennímu účinku celé plejády vlivů (pozor například na běžně užívané salicyláty a tetracyklinová antibiotika), je vlastní mechanismus porodu mimořádně závažným a často i rizikovým procesem. Má vliv nejen na okamžitý stav po porodu, nýbrž i na další vývoj, především v prvních hodinách života. Ačkoliv riziko postižení novorozence v důsledku abnormálních poloh v děloze je dnes díky operačním technikám minimální, stále existují situace bezprostředně ohrožující jeho život (mj. výhřez pupečníku, jeho komprese a strangulace a podobně). Zvláštní opatření a postupy vyžadují pak porody novorozenců nízkých porodních vah a zejména pak pokud probíhají v předčasných gestačních obdobích (kolem 30. týdne gravidity).

Aniž bychom hodlali zacházet do podrobností, je nutné zdůraznit, že existence porozeného dítěte závisí bezprostředně na dokonalé funkci plic. Ta spočívá především v přítomnosti tak zvaného *antiatelektatického faktoru* (čili faktoru povrchového napětí – surfaktantu), látky fosfolipidové povahy, zabraňující kolapsu – atelaktázi – plic po narození. Jelikož se počíná vytvářet po 30. týdnu gravidity, je zřejmé, že novorozenci porození před tímto termínem vyžadují mimořádnou péči a terapeutické postupy, jež patří do rukou specialistů na neonatologických pracovištích typu jednotek intenzivní péče.

Převážná část (90 %) porodů probíhá za fyziologických okolností, zpravidla mezi 38. až 42. týdnem gravidity. Fyziologický novorozenec nevyžaduje, kromě toalety dýchacích cest, zajišťující jejich průchodnost, speciální terapii. První vyšetření pediatrem po porodu umožňuje a také vyžaduje posouzení stupně adaptace na zevní podmínky a odhalení přítomnosti zjevných vrozených vývojových vad.

### 3.1 Asfyktický syndrom

Orientační hodnocení základních životních funkcí se provádí v 1., 5. a 10. minutě po narození stanovením tak zvaného *skóre podle Apgarové*. Při něm se posuzuje a boduje stav ventilace, cirkulace (tepové frekvence), stav prokrvení kůže a sliznic a neurologického stavu. Jde o velmi jednoduché schéma, podle něhož hodnotíme životaschopnost novorozence. Jeho nízké výsledné hodnoty svědčí o poruchách ovlivňujících oxygenaci (nízké parciální tlaky kyslíku v krvi a současně vysoký tlak oxidu uhličitého) plodu čili *asfykticém syndromu*. S ohledem na poslání těchto textů odkazujeme na podrobnější, respektive speciální literaturu.

### 3.2 Rozštěpové vady

Vyhledávání vrozených vývojových vad se při klinickém vyšetření zaměřuje na *vady rozštěpové* (rtu, patra, čelisti, stěny břišní), *výhřezy nervového systému* (meningo-myelokély), *eventrace* v oblasti stěny břišní, ale též i ortopedické vady – *výskyt kloubních a kostních deformit* a *vady končetin* (nadpočetné prsty nebo jejich srůst a podobně).

Již při prvním vyšetření lze diagnostikovat některé *vrozené vady srdeční* nebo alespoň vyslovit podezření na jejich přítomnost a zorganizovat podrobné vyšetření a speciální vyšetřovací postupy. Stejně tak lze zjistit i některé *chromozomální aberace* (*Downův syndrom, Edwardsův syndrom, kraniofaciální dysformismus*). Mezi povinná vyšetření pak patří skrínig *metabolických* nebo *endokrinologických vad* (*fenylketonurie, hypotyreózy, katarakty* a podobně).

### 3.3 Poranění novorozenců

Ačkoliv každý porod je veden co nejšetrnějším způsobem, eventuálně operační cestou, nejsou úrazy novorozenců výjimkou. Jde především o krevní výrony v oblasti hlavičky, o poranění kostí (zlomeniny klíčku či dlouhých kostí), obrny periferního nervového systému a v případě nejzávažnějším i o nitrolební krvácení, častěji se vyskytující u předčasně narozených a u asfyktických novorozenců. Také v tomto případě odkazujeme na speciální učebnice a neonatologickou literaturu. Nicméně nutno upozornit, že některé patologické procesy, vyskytující se v nejčasnějších životních obdobích, mohou závažným způsobem ovlivnit další vývoj a být příčinou trvalých změn, jež patří již do sféry zájmu speciální pedagogiky. Je proto nutné při jejich výskytu podrobněji pátrat v anamnéze postiženého jedince, a to i na perinatologické, zejména klinicky významné, i když v současné době perfektně diagnostikované a včas léčené.

### 3.4 Žloutenky novorozenců

Závažným diagnostickým úkolem je rozlišit žloutenky (iktery), které by mohly poškodit CNS, přestupem žlučového barviva (bilirubinu) do mozkové tkáně. Jejich nejčastější příčinou jsou *hemolytické procesy*, vznikající jednak v důsledku přirozeného rozpadu erytrocytů kvůli jejich nízké rezistenci k atmosférickému kyslíku (viz zmínka o fetálním hemoglobinu), ale zejména pak následkem inkompatibility, to jest nesouladu mezi krevními skupinami v systému ABO (má-li matka krevní skupinu 0 a dítě po biologickém otci A, B nebo AB) nebo v Rh systému (matka je Rh negativní a její potomek Rh pozitivní). Rovněž i tyto procesy patří do specializované neonatologické problematiky. Je však třeba o jejich existenci vědět. Nikoliv bezvýznamné jsou žloutenky *obstrukční*, způsobené zpomaleným nebo přerušeným odtokem žluči do duodena. Jde taktéž o patologické procesy velmi speciální. Jsou sice vzácnější co do frekvence výskytu, avšak jejich léčba je podstatně složitější než zmiňovaných hemolytických (či jinak řečeno nekonjugovaných) žloutenek. Zpravidla vyžadují chirurgické řešení a nezřídka jsou indikací k transplantaci jater.

#### Kontrolní otázky:

1. Nejčastější vývojové vady novorozence.
2. Asfyktický syndrom novorozence.
3. Příčiny a charakteristika novorozeneckých žloutenek.
4. Úrazy novorozenců.
5. Následky hypoxických stavů v časném věkovém období.