

**Odborné vyjádření z oboru biomedicínské statistiky k ústavnímu znaleckému posudku vypracovanému Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze ze dne 20. 3. 2017, k vyjádřením zpracovatelky posudku Mgr. Markéty Školoudové a personálu Nemocnice Neratovice a k identifikovaným situacím z porodu žalobkyně [REDAKCE] v Nemocnici Neratovice**

**1. Zadání expertního úkolu**

Toto odborné vyjádření bylo vypracováno na základě žádosti advokátky Zuzany Candiglioti jako právní zástupkyně žalobkyň [REDAKCE] a [REDAKCE] pro soudní řízení na ochranu osobnosti vedeném na prvním stupni před Okresním soudem v Mělníku pod sp. zn. 6 C 20/2015 z hlediska biomedicínské statistiky, konkrétně bylo vyžádáno vyjádření k ústavnímu znaleckému posudku vypracovanému Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze ze dne 20. 3. 2017, k vyjádřením zpracovatelky posudku Mgr. Markéty Školoudové a svědeckým výpovědím personálu Nemocnice Neratovice a k identifikovaným situacím z porodu žalobkyně [REDAKCE] v Nemocnici Neratovice.

**1. Poskytnuté podklady**

- I. Protokol o jednání před soudem prvního stupně – Okresním soudem v Mělníku, ze dne 25. listopadu 2015;
- II. Protokol o jednání před soudem prvního stupně – Okresním soudem v Mělníku, ze dne 18. ledna 2016;
- III. Protokol o provedení důkazů před dožádaným soudem – Okresním soudem v Ostravě, ze dne 22. února 2016;
- IV. Protokol o jednání před soudem prvního stupně – Okresním soudem v Mělníku, ze dne 8. března 2016;
- V. Ústavní znalecký posudek vypracovaný Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze ze dne 20. března 2017;
- VI. Protokol o jednání před soudem prvního stupně – Okresním soudem v Mělníku, ze dne 30. května 2017;
- VII. Rozsudek Okresního soudu v Mělníku ze dne 30. května 2017.
- VIII. Dokument Vedení a průběh porodu, podepsaný paní [REDAKCE] a paní Jarošovou 20. 2. 2012

**2. Použité zdroje**

V posudku bylo vycházeno zásadně z aktuálních vědeckých prací a systematických shrnutí, případně z doporučení odborných společností porodníků a gynekologů z USA, UK a ČR. Vždy jsou uvedeny plné názvy publikací, jméno prvního autora a odborný časopis, ve kterém byl článek

publikován, případně odkaz na zdroj. Veškeré použité zdroje jsou uvedeny v následujícím seznamu nebo v patičce dokumentu pod příslušným číslem. Odkazy do tohoto seznamu jsou uvedeny hranatou závorkou, odkazy do patičky dokumentu malým číslem v textu.

1. Doporučené postupy v perinatologii. Měchurová A. et al. *Supplementum České gynekologie* 2013, 78, 3-62
2. Antibiotics for rupture of membranes when a pregnant women is at or near term but not in labour. Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Oct 29;10:CD001807  
fulltext: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001807.pub2/full>
3. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Devane D1, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Smith V. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;(2):CD005122.
4. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Gupta JK1, Hofmeyr GJ, Shehmar M. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 May 16;5:CD002006
5. Episiotomy for vaginal birth. Carroli G, Mignini L. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21;(1):CD000081.
6. Rodička a novorozenec 2012, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)
7. Hnilicová J., Charvátová J., Jak se liší kvalita péče v jednotlivých českých porodnicích? Poster na společné konferenci ČGPS a SGPS v Bratislavě v květnu 2015.
8. Informace za rok 2012 poskytnuté neratovickou nemocnicí organizací APERIO, která se mimo jiné dlouhodobě zabývá udržováním internetového Průvodce porodnicemi
9. Doporučení NICE k porodní péči o zdravou matku a dítě:  
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>
10. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on mother and baby outcomes McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Jul 11;7:CD004074.
11. Committee Opinion No. 664: Refusal of Medically Recommended Treatment During Pregnancy. ACOG Committee on Ethics. *Obstet Gynecol.* 2016 Jun;127(6):e175-82.
12. Making evidence based medicine work for individual patients. McCartney M, Treadwell J, Maskrey N, Lehman R. *BMJ* 2016 May 16;353:i2452.
13. Vyjádření WHO: Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth, September 2014,  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/)
14. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review, Bohren MA et al, PLoS Med. 2015 Jun 30;12(6):e1001847; discussion e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847

Další zdroje jsou uvedeny v poznámkách pod čarou pod příslušným označením.

### 3. Témata k vyjádření

Vzhledem ke své odbornosti statistika v medicínském výzkumu se vyjadřují k identifikovaným situacím z výše uvedených podkladů, ke kterým existují spolehlivé publikované závěry a doporučení k péči z hlediska medicíny založené na důkazech. Jde o následující identifikované situace:

- A. Intravenózní podání antibiotik jako profylaxe infekce z indikace nejasně dlouhého odtoku plodové vody, bez přítomnosti známek infekce (horečka, vaginální výtok, zánětlivé markery v krvi) na straně matky

- B. Úvodní záznam kardiokardiofem (CTG) při příjmu na oddělení
- C. Poloha rodičky v druhé době porodní
- D. Provedení nástřihu hráze z indikace „bradykardie plodu“
- E. Přerušování pupečníku v době kratší než 1 minuta po porodu dítěte
- F. Nerespektování rozhodnutí rodičky při poskytování péče
- G. Další výroky týkající se péče v neratovické nemocnici
- H. Znalecký posudek a výroky zpracovatelky Mgr Markéty Školoudové
- I. Vyjádření k dokumentu Vedení a průběh porodu

#### 4. Vyjádření

##### A. Intravenózní podání antibiotik jako profylaxe infekce z indikace nejasně dlouhého odtoku plodové vody

K tématu podání antibiotik při odtoku plodové vody před začátkem porodu (PROM = prelabour rupture of membranes) jako prevence (profylaxe) infekce na straně matky nebo novorozence se vyjadřuje Cochrane<sup>1</sup> review<sup>2</sup> [2]. Ani starší verze review (2002) založená na dvou studiích (838 žen) ani aktualizovaná verze (2014) na čtyřech existujících studiích (2639 žen) nenalezla v případě podání antibiotik z důvodu PROM rozdíl ve výskytu infekce na straně dítěte. Starší review naznačovala, že podání ATB může snížit výskyt zánětu dělohy u matky, v aktualizované však již rozdíl v četnosti mateřských infekcí není statisticky významný. Závěr review konstatuje: *This updated review demonstrates no convincing evidence of benefit for mothers or neonates from the routine use of antibiotics for PROM at or near term. We are unable to adequately assess the risk of short- and long-term harms from the use of antibiotics due to the unavailability of data. Given the unmeasured potential adverse effects of antibiotic use, the potential for the development of resistant organisms, and the low risk of maternal infection in the control group, the routine use of antibiotics for PROM at or near term in the absence of confirmed maternal infection should be avoided.* V překladu: „Toto aktualizované review dokládá, že pro rutinní podání antibiotik při PROM v termínu porodu neexistují žádné spolehlivě prokazatelné výhody. Pro posouzení krátkodobé a/nebo dlouhodobé škodlivosti podání antibiotik neposkytovaly studie dost dat. Pokud ale uvážíme společně možné vedlejší účinky podání antibiotik, riziko vzniku a rozvoje bakteriální rezistence na antibiotika a nízký výskyt maternálních infekcí v kontrolní skupině, vyslovujeme závěr, že rutinnímu použití antibiotik z důvodů odtoku plodové vody a bez přítomnosti potvrzené probíhající infekce by se poskytovatel péče měl vyhnout.“

Tento fakt byl reflektován i v Doporučených postupech v perinatologii [1], cituji (strana 15): „Aplikace antibiotik po 18 hodinách po odtoku plodové vody nemá jasný benefit, rozhodnutí o jejich aplikaci je na ošetřujícím lékaři“. Zmiňovaná hranice 12 h (nyní 18 h) není žádnou specifickou hranicí, před kterou infekce nehrozí a po ní hrozí, jak tvrdí p. Csicsaiová (‐Pokud jsem uvedla, že infekce hrozí při odtoku plodové vody před 12 hodinami, tak nyní se tato doba posunula na 18 hodin.‑, protokol IV). Jde o arbitrární limit, při kterém se ve studiích v experimentální skupině ATB

- 1 Cochrane Colaboration (založena 1993) je nezávislá mezinárodní organizace výzkumníků v biomedicině, která analyzuje, zpracovává a vydává systematické přehledy (systemic reviews, metaanalyses) výzkumů v širokém poli biomedicínských oborů. Přehledy jsou pravidelně aktualizovány o nové poznatky a na jejich základě jsou formulována doporučení pro praxi, a to jak směrem k odborníkům, tak směrem k uživatelům péče i organizátorům péče.
- 2 V textu používám termín *review* i v českém jazyce. Jde o metodicky rigorózně zpracovaný souhrn existujících vědeckých studií. Z vědeckého hlediska jde o nejlepší možnou úroveň vědeckého poznání.



podávala, ale nebyly zjištěny rozdíly ve výskytu infekcí na straně matky a dítěte oproti skupině bez podání ATB.

Pro srovnání uvádím v překladu doporučené postupy pro management předporodního odtoku plodové vody publikované britskou NICE (National Institute for Health and Care Excellence) [9]<sup>3</sup>.

1.11.1 Pokud je jisté, že plodová voda odtekla, neprovádějte vyšetření zrcadly

1.11.2 Pokud není jisté, zda plodová voda odtekla, nabídněte ženě vyšetření zrcadly, abyste zjistili, zda jsou obaly porušené. Vyhněte se vyšetření prsty, pokud nejsou přítomny kontrakce

1.11.3 Informujete ženu, které odtekla plodová voda v termínu, že:

- riziko vážné infekce u novorozence je 1 % místo 0.5 % u ženy s nedotčenými obaly
- 60 % žen s odtokem plodové vody před porodem začne родit během 24 hodin
- indukce porodu je vhodná po přibližně 24 hodinách

1.11.4 Dokud nebyla zahájena indukce nebo pokud se žena rozhodla pro vyčkávací postup po 24 h od odtoku plodové vody

- nenabízejte výtěr z vaginy ani měření CRP matky
- aby se zachytila možná rozvíjející se infekce, poradte ženě, aby si zaznamenávala teplotu každé 4 hodiny, když je vzhůru, a oznámila jakoukoli změnu barvy nebo pachu výtoku z vaginy
- informujte ženu, že koupel ani sprchování není spojeno se zvýšením rizika infekce, ale pohlavní styk s ním souviset může

1.11.5 Kontrolujte pohyby a srdeční tep plodu při prvním setkání a každých 24 h dokud nezačne porod a poradte ženě, aby hlásila každé snížení pohybů plodu

1.11.6 Pokud porod nezačal do 24 od odtoku plodové vody, poradte ženě, aby rodila v zařízení, které má přístup ke službám neonatologa a aby zůstala v nemocnici alespoň 12 po porodu

Britská doporučení směřují také k prevenci infekce (jak zmiňuje p. Csicsaiová), nikoli ovšem podáním ATB s nejasnými benefity, ale omezením možných zdrojů infekce (vaginální vyšetření apod). Současně také uvádí důležitou informaci o četnosti výskytu infekce (1 % ze všech žen, které zahájily porod odtokem plodové vody). Tato informace zřejmě nebyla p. [redacted] podána, ani jí nebyla nabídnuta rovnocenná varianta péče (sledování bez podání ATB).

## **B. Úvodní záznam kardiokardigrafem (CTG) při příjmu na oddělení**

V rámci Doporučených postupů v perinatologii [1] neexistuje žádné konkrétní doporučení k provedení kardiokardigrafického záznamu při přijetí do péče. Doporučení [1] se zabývá pouze vyhodnocováním záznamu.

Cochrane Collaboration publikovala v roce 2012 výzkum [3], který vyhodnocuje výsledky porodů nízkorizikových žen, u kterých byl na úvod natočen CTG záznam a u kterých proběhlo sledování srdeční aktivity plodu intermitentně (sérií jednorázových poslechů). Celkem zahrnoval 4 studie na více než 13000 ženách. Ukázal, že užití kontinuálního CTG záznamu při přijetí do péče nepřináší pro ženu ani pro její dítě žádné výhody; v obou skupinách byly výsledky u dětí podobné, stejně tak i průběhy porodů (např. užití oxytocinu); ve skupině s užitím CTG záznamu byl však vyšší podíl následného kontinuálního monitorování během porodu a podíl porodů zakončených císařským řezem.

Pokud byla paní [redacted], jak se zdá ze skutečností zmíněných v protokolech, takovou nízkorizikovou rodičkou, bylo jí požadované intermitentní sledování namísto kontinuálního při příjmu na oddělení podle aktuálního vědeckého poznání postačujícím způsobem posouzení stavu plodu.

3 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations#prelabour-rupture-of-membranes-at-term>

### C. Poloha rodičky v druhé době porodní

Poloze rodičky v druhé době porodní, tedy ve vypuzovací fázi porodu, se věnuje Cochrane review [4]. Review shrnuje závěry z 22 studií (7280 žen), které porovnávaly výsledky při porodu ve vertikální pozici (stoj, klek, dřep, vysoký sed na stoličce, míči nebo vaku) s pozicí vleže (na zádech, na zádech s nohama ve třmenech, což je poloha, do které dle popisu byla paní [redacted] personálem opakovaně umisťována).

Poslední aktualizace je roku 2012, závěry oproti aktualizacím z roku 1999 a 2004 se však zásadně nezměnily. Vertikální polohy mají oproti poloze vleže následující:

- (a) statisticky významně nižší podíl asistovaných vaginálních porodů (VEX, kleště, vzhledem k argumentaci dr. Jarošové stavem dítěte k tomuto můžeme zařadit i provedení nástřihu za účelem urychlení porodu dítěte)
- (b) statisticky významně nižší podíl epiziotomií (nástřihů hráze)
- (c) statisticky významně nižší výskyt abnormálního srdečního rytmu u plodu
- (d) statisticky významně vyšší krevní ztráty nad 500ml
- (e) statisticky významně vyšší míra spontánního natržení II. stupně

Autoři studie uzavírají, že do případných výsledků dalších metodologicky silných studií je třeba zajistit ženám možnost zvolit si polohu v druhé době porodní podle svých potřeb.

Z hlediska průběhu porodu paní [redacted] se tedy nucení do polohy vleže jeví jako spíše kontraproduktivní krok, který na sebe mohl navázat další pozorované situace a intervence (abnormální srdeční rytmus plodu (c), rozhodnutí o nástřihu hráze (a, b)). Protože bylo navíc v roce 2012 ve vědecké komunitě již známo, že poloha vleže na zádech zvyšuje výskyt abnormálního srdečního rytmu plodu, zdá se nepochopitelné, proč byla personálem tato poloha při podezření na horší rytmus vůbec doporučena, a navíc do ní byla žalobkyně přes její odpor fyzicky umisťována.

Lze též podotknout, že vertikálních poloh v druhé době porodní lze docílit i se zavedenou infuzí (případ paní [redacted]), dokonce i s epidurální analgezií<sup>4</sup>.

### D. Provedení nástřihu hráze (epiziotomie) z indikace „bradykardie plodu“

K nástřihu hráze došlo v situaci paní [redacted] výslovně proti jejímu jak předem napsanému přání (porodní plán), tak proti nesouhlasu vyslovenému během druhé doby porodní. Dr. Jarošová k tomu uvádí toto (protokol II, strana 5):

*Nástřizení hráze má za důsledek rychlejší porod. Zde vycházím z doporučení ČGPS. Mám-li se vyjádřit, zda tento zákrok zachraňuje děti, uvádím, že nevím, zdali byly prováděny takové studie, které by takový závěr přímo vyslovily. Na našem oddělení však vycházíme z doporučení a i já jsem tím vázána.*

Doporučení ČGPS [1] se nástřihem hráze během porodu kromě dvou situací vůbec nezabývají. Jednou situací je porod dvojčat (str. 25), druhou je dystokie ramének (hlava plodu porozena, tělo zaseknuté v porodních cestách, str. 58). Ani jedna z těchto situací u porodu p. [redacted] nenastala.

Cochrane review [5] (aktualizace 1999 a 2009) se zabývá rozdíly mezi rutinním užíváním epiziotomie a omezeným užíváním epiziotomie. Jedním z vedlejších sledovaných faktorů byl i stav dítěte; nebyly nalezeny rozdíly v Apgar skóre ani v přijímání na novorozeneckou JIP, ať už byla epiziotomie prováděna rutinně nebo zdrženlivě.

4 Upright or recumbent positions in late labour for women using an epidural for pain relief in labour  
Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Jan 31;1:CD008070  
[https://www.youtube.com/watch?v=j\\_qU6QL3NQ0](https://www.youtube.com/watch?v=j_qU6QL3NQ0)

Míra provádění epiziotomií v roce 2012 byla v ČR 46 % [6] ze všech vaginálních porodů. Neratovická nemocnice sama vykazala za rok 2012 41.1 % nástřihů u vaginálních porodů [8]. V rámci zemí s vyspělou zdravotní péčí u porodu jde o velmi vysoký údaj, který nemá žádné vědecky ospravedlnitelné odůvodnění.

Můžeme jej totiž srovnat se zeměmi, které mají stejně dobré perinatální výsledky jako ČR, například se Švédskem<sup>5</sup>. Celková míra epiziotomií u vaginálních porodů ve Švédsku byla v roce 2012 6 %, u prvorodiček 11 %. U zdravotnických zařízení s podobným počtem porodů ročně jako má gynekologicko-porodnické oddělení v Neratovicích (800 – 900 za rok, [8]) to bylo 5-9%, u prvorodiček 6-17%. Podobné údaje získáme i z Dánska a dalších zemí<sup>6</sup>.

Ačkoliv nelze z výsledků svědků posoudit, jaká byla skutečná potřeba okamžité záchrany života a zdraví dítěte paní [REDACTED], je z uvedených dat zřejmé, že používání epiziotomie v ČR i v neratovické nemocnici **pěti až sedminásobně překračuje** míru obvyklou v zemích se stejnými nebo lepšími perinatálními výsledky, a tedy je na místě zpochybnit tvrzení dr. Csicsaiové, že nástřih je prováděn pouze v případě hrozící hypoxie. Zdá se téměř nemožné, že by byli novorozenci při porodu v ČR ohroženi hypoxií s nutností řešit ji vaginální operací (mezi které nástřih hráze spadá) 5x častěji než v jiných zemích s vyspělou péčí v mateřství. Alternativně pokud tomu tak je, vypovídá to pouze o tom, že postupy, jak hypoxii při porodu předcházet, například změnami poloh v druhé době porodní, jsou v ČR zastaralé a neodpovídají současnému vědeckému poznání a úsilí o co nejlepší a bezpečnou péči o matku a rodící se dítě.

Obvyklost výkonu nástřihu hráze v českém prostředí, jeho všeobecná přijatelnost a přesvědčení o jeho odůvodnitelnosti/nezbytnosti mezi českými zdravotníky, banalizace jeho důsledků a běžnost nerespektování přání ženy nebyt nástřižená, spolu s faktem, že data prokazují jeho zřejmou medicínskou nadbytečnost ve více než 80 % provedených případů, by měla být vzata v potaz při posuzování jeho údajné nezbytnosti v případě porodu p. [REDACTED].

#### **E. Přerušení pupečníku v době kratší než 1 minuta po porodu dítěte**

Přestože Cochrane review [10] týkající se přerušení pupečníku vyšla až v roce 2013, studie v ní shrnuté jsou vědecké veřejnosti známy od 80. let 20. století, od roku 2000 je pak téma studováno velmi intenzivně. Obecné závěry, velmi srozumitelně shrnuté v doporučeních RCOG<sup>7</sup> z roku 2015 zní, že kromě intenzivní resuscitace na specializovaném místě není medicínsky ospravedlnitelný důvod k tomu, aby bylo dítě (donošené i nedonošené) odděleno od placenty dříve než po 1 minutě po porodu; ještě lépe pak po dotepání pupečníku, což u většiny novorozenců nastane po cca 2 minutách po porodu. Z hlediska placentárního přenosu krve nic nebrání tomu, aby dítě bylo po celou dobu dotepání pupečníku umístěno na matčině hrudi či břiše. Dlouhodobou výhodou pro novorozence je vyšší přirozená zásoba železa a menší riziko anémie (švédská studie z roku 2011<sup>8</sup>), což má i příznivý vliv na psychomotorický vývoj dítěte<sup>9</sup>.

Odmítnutí dotepání pupečníku dítěte paní [REDACTED], jež nepotřebovalo resuscitaci a mohlo tak mít prospěch z vyšší přirozené zásoby železa, tak nebylo souladu s poznatky vědy, které v roce 2011 již byly známy.

5 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-16>

6 The European Perinatal Health Report 2010 blíže viz <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

7 RCOG: Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion, Scientific Impact Paper No. 14, February 2015

8 Andersson at al.: Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ. 2011 Nov 15;343

9 Andersson at al.: Effect of delayed vs early umbilical cord clamping on iron status and neurodevelopment at age 12 months: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2014 Jun;168(6):547-54.

## F. Nerespektování rozhodnutí rodičky při poskytování péče

Tématu nerespektování potřeb a přání rodící ženy včetně porodnického násilí se v posledních dvaceti letech věnuje řada podrobných prací vědecké komunity. Na základě těchto prací vydalo v roce 2015 WHO prohlášení [13], ve kterém zdůrazňuje, že všechny státy – včetně těch rozvinutých – by měly pracovat na identifikaci a eliminaci všech projevů nerespektu a zneužívání při poskytování péče v mateřství. V podrobné práci identifikující jednotlivé aspekty, jakým se nerespekt vůči rodící ženě projevuje, se případu [redacted] týká dle jejího vyjádření následující body [14] Table 3:

- použití síly (physical abuse, use of force) při udržování rodičky v pozici na zádech;
- slovní napadání (verbal abuse): negativní, odsuzující a obviňující komentáře, mluvení ve třetí osobě;
- nedostatky v provedení informovaného souhlasu;
- nástřih hráze bez souhlasu;
- špatné vztahy mezi rodičkou a personálem (ve studii zdůrazněno, že se týká všech geografických oblastí a stupňů rozvinutosti země):
  - o nedostatečná komunikace;
  - o nedostatečná podpora, přehlížení potřeb, mechanistická praxe bez podpory emocionální složky porodu;
  - nerespekt k porodní poloze zvolené rodičkou;
- organizační aspekty: nedostatečné soukromí (přítomnost osob, jejichž role nebyla jasná/nepředstavili se);
- ztráta autonomie: detence ve zdravotnickém zařízení.

Jednání zdravotnického personálu, které paní [redacted] popisuje, tedy splňuje dle WHO v uvedených bodech prvky nerespektu a porodnického násilí; nejsou a nemohou být součástí standardní péče poskytované podle nejlepších vědeckých poznatků a dle WHO by měly být z poskytování péče systematicky eliminovány.

## G. Další výroky týkající se péče v neratovické nemocnici

1. V protokolu II uvádí dr. Jarošová, že: „*zcela bez zákroků u nás rodí 50 % žen*“. Vzhledem k tomu, že v roce 2012 porodilo v Neratovicích 40 % žen císařským řezem a 41 % žen, které porodily vaginálně, bylo nastřiženo, činilo v roce 2012 celkové procento žen s porodnickou intervencí nejméně 65 % (pokud by se zahrnuły i další intervence, jako indukce a augmentace porodu, podání infuzí a léků intravenózně atd., bylo by toto číslo ještě vyšší). Tvzení dr. Jarošové se tedy nezakládá na pravdě, podíl žen, které v Neratovicích porodily zcela bez zákroků, mohl být nejvýše jedna třetina ze všech porodů.

2. Lékař-pediatr Peter Košík v protokolu II uvádí: „Z hlediska přestřižení pupečníku není rozhodné, jaký byl stav monitoru. Hodnotím dítě vždy ihned po jeho narození. Na pupeční šňůře resuscitace prováděna není, ledaže by plod byl, dítě bylo polomrtvé. Ačkoli dítě může mít v prvních sekundách mít špatné adaptační problémy, přesto může mít dobré apgar skóre. Víím, že existují články o rizicích brzkého odstřižení pupeční šňůry, odkrvení, i pozdního, žloutenka, hustota krve. V podstatě však odstřižení pupeční šňůry není rizikovým faktorem.“

Vzhledem ke skutečnostem uvedeným v odstavci E. je naopak vědeckou obcí již uznáváno, že předčasné odstřižení pupeční šňůry může novorozenci zbytečně komplikovat první měsíce života. Existence možné vitaminové suplementace není důvodem, proč by k tomu mělo svévolně a proti přání rodičů a v opozici k informacím, které rodiče obdrželi při první návštěvě porodnice, docházet.



3. dr. Jarošová, protokol II: „Hráz bez souhlasu rodičky nastříhneme, hrozí-li tíseň plodu.“

Kromě toho, že tento výrok je zcela v rozporu se současnou i v roce 2012 platnou právní úpravou ohledně informovaného souhlasu, nezakládá se uvedená praxe ani na žádném vědeckém podkladě či vědeckých doporučeních. Jak již bylo rozebráno v oddíle D., četnost provádění nástřihů hráze nijak nekoreluje s neonatálními výsledky. V doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti [1] také nenalezneme žádný dokument, který by takovou praxi jakýmkoli způsobem doporučoval či ošetřoval.

4. dr. Jarošová, ibid.: „Rodička může rodit v jakékoliv poloze, pokud však hrozí operační zásah, tzn. použití kleští, vakuumextraktoru, případně císařského řezu. .... pokud jsme paní chystali na možné ukončení... operační ukončení vaginální cestou. Je třeba aby rodička byla v poloze polosedě, nohy byly umístěny v úchytech.“

Podrobné vyjádření k vlivu polohy v druhé době porodní na zdraví plodu se nalézá v oddílu C. Vypíchněme znovu: poloha vleže nebo v polosedě, s nohama v úchytech, je sama výrazným rizikovým faktorem pro operativní zásah do porodu, protože statisticky významně zvyšuje riziko alterovaných ozev (což je marker vnímané tísně plodu) až o 50%. Místo dobré praxe se tak jedná spíše o sebenaplňující proroctví. Je otázkou pro znalce z oboru porodnictví, zda přibližně desetivteřinová prodleva pro změnu polohy rodičky (např. ze stoje/kleče do lehu) je pro operativní zásah natolik zásadní, aby ospravedlňovala takovou pro dítě rizikovou polohu, kterou si navíc rodička nepřála a aktivně se jí bránila.

#### **H. Ústavní znalecký posudek a výroky znalkyně Mgr. Markéty Škaloudové**

V následujícím odstavci jsou rozebrána jednotlivá tvrzení uvedená v Ústavním znaleckém posudku a uvedená znalkyní Mgr. Markétou Škaloudovou při soudním jednání ze dne 30. května 2017, která vzhledem k existujícímu vědeckému výzkumu, publikacím a doporučením považujeme za nepřesná, zavádějící nebo nepravdivá.

**a) Není pravda tvrzení znalkyně, že „poloha vleže nevede k poškození plodu“**, viz podrobný rozbor současných vědeckých znalostí v oddílu C. Poloha vleže vědecky prokazatelně vede k vyššímu riziku patologického srdečního rytmu, a tím k ohrožení hypoxií způsobené právě uvedenou polohou.

**b) Podání klystýru (klyzmatu) pro snažší průběh porod.u bylo shledáno jako škodlivá praktika již v Cochrane review v roce 1999, a opakovaně potvrzeno v revizích z roku 2007 a 2013. Závěry studií jednoznačně konstatují, že „Scientific research evidence does not support the routine use of enemas during the first stage of labour“, tedy že vědecký výzkum nepodporuje podání klystýru v první době porodní. Nebyly nalezeny rozdíly v délce trvání druhé doby porodní (tedy tvrzení, že stolice v konečníku komplikuje cestu plodu). Stejně tak není zvýšen výskyt infekce u novorozence, ani matky v případě nepodání klyzmatu. **Výroky znalkyně tedy neodpovídají aktuálnímu vědeckému poznání** (navíc známému již téměř 20 let).**

**c) Záznam CTG není jediným způsobem, jak zjišťovat stav plodu. Existuje řada jiných technik, například intermitentní naslouchání „doplerem“, které dle aktuálního poznání (viz oddíl C) vede ke stejným zdravotním výsledkům jako použití kontinuálního záznamu. **Tvrzení znalkyně, že „záznam CTG je tak jediným zdrojem informací o dítěti“ je v tomto zavádějící až nepravdivé.** To, že je na tento způsob sledování personál zvyklý, neznamená, že není možné stav dítěte stejně úspěšně sledovat jinak, bez bolestivého a omezujícího zatížení rodičí ženy. Personál musí být na takovou situaci připraven (ve stejném smyslu se vyjadřují i doporučení americké společnosti porodníků a gynekologů ACOG ve vyjádření<sup>10</sup> z roku 2017, ve kterém reagují na vlnu výtek a soudních sporů ne nepodobných posuzovanému případu). Tvrzení, že „CTG záznam nepředstavuje žádné riziko pro matku ani plod“ též nelze hodnotit jako zcela pravdivé. Používání**

<sup>10</sup> Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth, Number 687, February 2017, <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Approaches-to-Limit-Intervention-During-Labor-and-Birth>



kontinuálního CTG oproti intermitentnímu poslouchání prokazatelně vede k vyššímu podílu císařských řezů a operativních porodů, aniž by tím současně byl zlepšen zdravotní stav narozených dětí<sup>11</sup>. Vzhledem k tomuto a k široce známé skutečnosti, že CTG má vysokou falešnou pozitivitu (tedy je špatně vyhodnoceno jako suspektní, ačkoli je rodící se dítě zcela v pořádku, viz odkaz 11 a též článek<sup>12</sup> autorky tohoto odborného vyjádření ve spolupráci s gynekologicko-porodnickou klinikou VFN a 1. LF z roku 2006) je třeba konstatovat, že **kontinuální CTG může představovat riziko pro matku i dítě** (nesprávně indikovaný operativní zákrok zahrnující možná rizika poškození matky i plodu) a z hlediska zdravotnické etiky je nesprávné obavy paní [redacted] bagatelizovat, natož ji nepřímě obvinít z nezájmu o zdraví jejího rodícího se dítěte (viz tvrzení z posudku „žalobkyně zapomíná na právo novorozence na co nejlepší a nejdostupnější péči, což by pro ni, jako matku, mělo být prvořadým zájmem“ a v rozsudku „Ve znaleckém ústavu k takto kontroverzní situaci nikdy nedošlo, protože matky jsou si vědomy situace a mají zájem na tom, aby se jim narodilo zdravé dítě, tudíž proti monitorům nebrojí.“).

**d)** Obhajoba epiziotomie drobnými rozměry postavy paní [redacted] nemá oporu ve vědecké literatuře. Drobná postava matky je sice jedním z rizikových faktorů například dystokie ramének, k ničemu takovému ale u porodu paní [redacted] nedošlo. Ochrana struktur konečníku pomocí epiziotomie také nebyla vědecky prokázána, jak plyne řady studií shrnutých v Cochrane review, pojednaných v oddíle D: četnost ruptur III. a IV. stupně, stejně jako závažných projevů inkontinence moči a stolice, na provedení epiziotomie nezávisí. Tvrzení znalkyně je v tomto kontextu zjevně neinformované a neodpovídající dlouhodobě vědecky známému poznání. Znalce sice svá tvr

**e)** Podání antibiotik bylo zdravotníky při porodu, v posudku i v prohlášeních znalkyně odůvodňováno hrozcí infekcí na straně dítěte i rodičky. Jak již bylo konstatováno v oddílu A, nebylo paní [redacted] toto riziko nikde vyčísleno (dle studií je pohybuje při delším odtoku plodové vody okolo 1 % a nebývají zaznamenány žádné závažné důsledky pro zdraví dítěte i matky). Stejně současné vědecké poznání konstatuje, že výhody podání ATB z této indikace jsou nejasné. I ČGPS nově doporučuje s podáním ATB intravenózně počkat a více tento krok uvážit. Paní [redacted] nebylo ani doporučeno a nabídnuto žádné alternativní řešení situace (např. kontrola CRP dítěte a případné podání ATB dítěti).

**f)** Znalce uvádí: „Personál s rodičkou komunikuje, asistentka jí vysvětluje kdy tlačit, kdy tlačit nemá,“ a dále: „S rodičkou je třeba komunikovat, dávat jí různé pokyny, kdy i plně fyziologický porod vede lékař.“

Podle Cochrane review<sup>13</sup> Pushing methods for the second stage of labour neexistuje dost jasná evidence, která by ukazovala, zda řízené tlačení je nějakým způsobem lepší než spontánní tlačení vedené ženou samotnou. Měla by si o tom tedy rozhodovat žena sama. (*Therefore, for the type of pushing, with or without epidural, there is no conclusive evidence to support or refute any specific style as part of routine clinical practice, and in the absence of strong evidence supporting a specific method or timing of pushing, the woman's preference and comfort and clinical context should guide decisions.*) Závěry tedy konstatují, že preference způsobu, kdy "personál dává rodičce pokyny", nemá oporu ve vědecké evidenci. V tomtéž smyslu se vyjadřují i nejnovější doporučení ACOG<sup>10</sup> (odkaz na minulé straně, oddíl Second Stage of Labor: Pushing Technique). Tento instruktivní způsob asistování rodičce u porodu tedy neodpovídá současným vědeckým poznatkům.

11 Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Alfrevic Z1, Devane D, Gyte GM. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;(3):CD006066.

12 Hájek Z, Srp B, Pavlíková M, Zvárová J, Liska K, El-Haddad R, Pasková A, Parížek A. Intrapartální fetální monitoring, senzitivita a specifita metod [Intrapart fetal monitoring, sensitivity and specificity of methods]. Ceska Gynekol. 2006 Jul;71(4):263-7.

13 [http://www.cochrane.org/CD009124/PREG\\_pushing-methods-second-stage-labour](http://www.cochrane.org/CD009124/PREG_pushing-methods-second-stage-labour)

g) Výroky, které nepřímo implikují neochotu paní [redacted] porodit zdravé dítě odmítáním některých úkonů nabídnutých zdravotnickým personálem [redacted] a hranicí medicínské etiky, stejně jako hodnocení paní [redacted] zdravotnickým personálem a soudní znalkyní („nespolupracující rodička“ je pohled im [redacted] že rodička je u porodu určena k plnění představ personálu místo naopak, stejně tak prohlášení porodu za „nefyziologický“, pokud rodička „nespolupracuje“, protokol IV). K tématu odmítnutí doporučeného úkonu rodící ženou se obsírně vyjadřuje například ACOG ve svém usnesení č. 664 [11]. Vyjměme alespoň následující výroky:

- těhotenství a porod nejsou výjimkou omezující schopnost ženy rozhodovat a její rozhodnutí by měla být respektována;
- užití nátlaku je **nejen eticky nepřijatelné** (ať už jde o nátlak slovní, fyzický nebo manipulativní – sem lze zařadit jak fyzické držení rodičky v poloze vleže, tak výroky typu „přece nechcete, aby miminko umřelo“, poznámka posuzující), **ale také medicínsky nedoporučitelné, vzhledem k tomu, že naše schopnost předvídat budoucí výsledek ani medicínské poznání není absolutní**;
- pokud žena odmítá některou navrženou intervenci, musí zdravotník kriticky uvážit, jaká je spolehlivost evidence, která k doporučení vedla, jaká jsou skutečná absolutní rizika a závažnost očekávatelného výsledku (viz například poměrně malé a dobře řešitelné riziko infekce v případě podání antibiotik, které by mělo kriticky uvažujícího zdravotníka dovést k navržení alternativního plánu péče v souladu s představami rodící ženy, poznámka posuzující).

Dodejme na závěr, že podstatou Evidence Based Medicine (EBM, medicína založená na důkazech) je spojení individuální zkušenosti zdravotníka, nejlepšího vědeckého poznání a přání, představ a potřeb pacienta [12]. V takto poskytované péči – která by měla být cílem všech zdravotníků – není místo pro prosazování jediného „správného“ řešení situace, ale hledání způsobu péče, se kterým bude v souladu jak zdravotník, tak především klient, v tomto případě paní [redacted] a její dcera. V posuzovaném případě nebyly zásady EBM naplněny.

### I. Vyjádření k dokumentu Vedení a průběh porodu

Dokument Vedení a průběh porodu má být záznamem o proběhlém rozhovoru mezi klientkou a zdravotním personálem (tzv. informovaný souhlas) ohledně péče poskytované v neratovické nemocnici. Dle zákona spočívá informovaný souhlas v poskytnutí informací o benefitech a rizicích jednotlivých navrhovaných úkonů v průběhu péče, o možných alternativách a jejich benefitech a rizicích. V následujícím identifikuji místa, kde chybí podstatné informace pro možnost kvalifikovaného rozhodování.

- a) Příprava na porodním sále před porodem: Informace spočívá ve výčtu benefitů zavedení pružné kanyly. Chybí informace o možných rizicích zavedení kanyly. Chybí informace o způsobech podání léků, pokud rodička kanylu mít zavedenu preventivně nechce.
- b) Tlumení bolesti: obsahuje poměrně podrobný výčet nabízených možností. Chybí podrobnější informace o navrhovaných „tlumících lécích v podobě tablet, kapek či injekcí“, vhodná by byla alespoň poznámka, že výhody a nevýhody jednotlivých léků podá personál v případě zájmu rodičky.
- c) Kontrola průběhu porodu: Chybí informace o navrhované četnosti a délce vyšetření a o možném omezení volného pohybu během vyšetření. Chybí informace o alternativních možnostech sledování průběhu porodu, jeho výhodách a nevýhodách.
- d) Preindukce a indukce porodu: Bod je poměrně podrobný, informuje o podrobnějším rozhovoru s lékařem. Chybí podrobnější informace o výhodách a nevýhodách, ale postačí, budou li naplní onoho rozhovoru. Je zajímavé, že zde je zdůrazněna potřeba souhlasu, zatímco v jiných bodech nikoli, přestože se nutnost souhlasu a možnost výběru postupu týká každého z nich.

e) Nástřih hráze: dokument informuje pouze o třech indikacích pro nástřih hráze: hrozící ruptura 3. či 4. stupně, porod nezralého plodu a operativní v porod (vakuumextrakce či kleště). **Z těchto indikací nebyla v případě porodu paní [redacted] naplněna ani jedna, byla tedy oprávněna očekávat, že nástřih hráz při jejím [redacted] asu nebude proveden.** Dokument neinformuje o očekávané četnosti nástřihů hráze v zařízení pro obecnou představu, o jak častý výkon jde. Není zde informace o možném odmítnutí výkonu ani například v případě první indikace (ruptura).

f) Operativní ukončení porodu: z hlediska informování by bylo vhodné uvést zhruba četnost jednotlivých zákroků v daném zařízení. Podrobnější informace o možných komplikacích u císařského řezu jsou přiloženy zvlášť.

g) Dokument v závěru první strany **zdůrazňuje, že personál je připraven respektovat vůli ženy, pokud tato navržený zákrok odmítá. To se ovšem během porodu paní [redacted] nestalo.**

h) Oddíl zabývající se komplikacemi jednotlivých zákroků:

- u tlumení bolesti chybí účinky a nežádoucí účinky jednotlivých používaných látek (u opiátů např. závratě, nevolnost, ovlivnění dechové aktivity u novorozence, možné obtíže s iniciací kojení) a u epidurální analgesie

Dokument **nikde neinformuje:**

- jak probíhá případná augmentace porodu, jaké jsou indikace a jaké jsou její výhody a komplikace (jde o poměrně častý zákrok a je vhodné informovat předem, včetně číselně vyjádřených benefitů, rizik a alternativ). U paní [redacted] probíhala augmentace oxytocinem, ústně podané informace vyhodnotila jako nedostatečné

- jaká se strategie podávání antibiotik v průběhu porodu (jde o poměrně častý zákrok a je vhodné o něm informovat předem, včetně číselně vyjádřených benefitů, rizik a alternativ). Jaké jsou indikace, jaká jsou rizika při nepodání i nežádoucí účinky při podání. Paní [redacted] byla ATB podána, ústně podané informace vyhodnotila jako nedostatečné.

- o nabídce klyzmatu a amniotomie na počátku či během porodu (jde o poměrně často používaný zákrok a je vhodné o něm informovat předem, včetně číselně vyjádřených benefitů, rizik a alternativ)

- informace o pohybu a polohách v II. době porodní, jejich benefitech a rizicích

- jak probíhá III. a IV. doba porodní, kromě výčtu krvácivých komplikací. Neinformuje o tom, jak a kdy probíhá přerušování pupečníku, co je aktivní a pasivní průběh III. doby porodní, jak probíhá porod placenty.

- neinformuje o tom, jak probíhá péče o matku a dítě ihned po porodu: bonding a podpora rané vazby, vyšetření a ošetření dítěte, podávání léků a vitaminů dítěti a alternativy, pravděpodobnost možné resuscitace a jak probíhá. Je možné, že toto je součástí jiného dokumentu. Pokud ne, pak jde o zásadní opomenutí v informování rodičky a omezení její možnosti informovaně rozhodovat o péči o své dítě.

**Závěr:** Předložený dokument Vedení a průběh porodu má charakter spíše popisného technického provedení řešení některých situací, které u porodu mohou nastat. Neinformuje o četnosti těchto situací. Jen povšechně informuje o benefitech a rizicích a pouze u metod tlášení bolesti informuje o různých alternativách. U těch však zcela chybí informace o mechanismech účinku a nežádoucích účincích s výjimkou bolestivosti a otoku na místě vpichu. Dokument zcela vynechává popis úkonů ve III. a IV. době porodní, informuje pouze o řešení krvácivých komplikací. Svým technicistním zaměřením, absencí četnosti situací a zhodnocení rizik stejně jako vynecháním některých podstatných praktik oddělení tak nedává rodičce dostatečný poklad k informované volbě, a tím i k naplnění povinnosti získání informovaného souhlasu.

*Zdravotníka  
opravila 9.10. [signature]*

## 5. Prohlášení

Prohlašuji, že nejsem zapsána v evidenci soudních znalců, ovšem v oboru statistika v medicínském výzkumu není zapsán žádný znalec. Prohlašuji, že toto odborné vyjádření jsem zpracovala na základě své odbornosti v uvedeném oboru a při použití spolehlivých publikovaných závěrů a doporučení k péči z hlediska medicíny založené na důkazech. Prohlašuji, že jsem si vědoma následků vědomě nepravdivého znaleckého posudku, odborného vyjádření nebo svědecké výpovědi, zejména skutkové podstaty trestného činu křivé výpovědi a nepravdivého znaleckého posudku dle § 346 trestního zákoníku.

V Praze 8. října 2017

**Mgr. Markéta Pavlíková, MSc.**

biostatistička

Modřínová 1421/53

182 00 Praha 8

tel. 603 795 125

mail: pavlikova@biostatisticka.cz

