

4.2. Ochrana a podpora zdraví těhotných a kojících žen

Kamila Jančková

Tato kapitola se věnuje ochraně a podpoře zdraví žen během těhotenství, porodu a poporodního období. Každá tato fáze by měla být pro ženu pozitivní zkušeností a cílem veřejného zdraví je, aby ženy a jejich děti dosáhly plného potenciálu zdraví a pohody. Přestože v posledních dvou desetiletích bylo dosaženo významného pokroku, v roce 2017 zemřelo na celém světě během těhotenství a po porodu a po něm přibližně 300 000 žen. Toto číslo je nepřijatelně vysoké. Nejčastějšími přímými příčinami poranění a úmrtí matek jsou nadměrná ztráta krve, infekce, vysoký krevní tlak, nebezpečný potrat a ztížený porod, ale i nepřímé příčiny, jako je anémie, malárie a srdeční onemocnění. Většinu úmrtí matek lze předejít včasným ošetřením kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem.

Každé těhotenství a porod jsou jedinečné. Zásadní je zajištění přístupu všech žen k respektující a kvalitní porodní péči. Zdraví matek je pro komunitu důležité z několika důvodů. Údaje o zdraví matek, kojenců a dětí jsou považovány za důležité ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva a účinnosti podpory zdraví v dané komunitě. Je známo, že nechtěná těhotenství, pozdní nebo žádná prenatální péče, špatná výživa matek a dětí, užívání drog matkami, nízká míra očkování, chudoba, omezené vzdělání a nedostatečná pediatriká péče v kombinaci s nedostatečným přístupem ke zdravotnickým službám v dané komunitě jsou předpokladem vysoké míry mateřské, kojenecké a dětské nemocnosti a úmrtnosti. K 94 % všech úmrtí matek dochází v zemích s nízkými a nižšími středními příjmy. Kvalifikovaná péče před porodem, během něj i po něm může zachránit životy žen i novorozenců. Vysoký počet úmrtí matek v některých oblastech světa odráží nerovnosti v přístupu ke kvalitním zdravotnickým službám a zdůrazňuje rozdíly mezi bohatými a chudými. Riziko mateřské úmrtnosti je nejvyšší u dospívajících dívek mladších 15 let a komplikace v těhotenství a při porodu jsou vyšší u dospívajících dívek ve věku 10–19 let (ve srovnání s ženami ve věku 20–24 let). Se zvyšujícím se věkem rodičovství a nárůstem počtu nemanželských soužití a změnami společenských norem souvisejících s rozením dětí mimo manželství, se procento porodů neprovdaných žen zvýšilo. Historicky se porody dětí mimo manželství spojovaly s porodností mladistvých vzhledem k tomu, že polovina všech žen, které měly nemanželské dítě, byla mladší 20 let. Rozložení porodů z nesezdaných partnerství se však změnilo a více dětí se rodí starším nevdaným ženám. Počet porodů neprovdaných dospívajících klesl, a naopak se zvýšil počet porodů u svobodných žen ve věku 20 a 30 let.

4.2.1. Ochrana a podpora zdraví v těhotenství

Preventivní postupy v těhotenství je vhodné zahájit již prekoncepčně. Některá chronická onemocnění vyžadují prekoncepčně změnu medikace, nutná je kompenzace diabetu 1. typu u žen plánujících těhotenství. Žena plánující otěhotnění by se měla vyhybat škodlivinám ze zevního prostředí, včetně návykových látek – alkoholu, drogám a kouření. Kouření je spojeno s četnými poruchami vývoje plodu, zejména nitroděložní růstovou retardací.⁷ Růstová retardace plodu v důsledku těchto faktorů je navíc u těchto dětí spojována s rozvojem obezity později v životě. Vědci odhadují, že kouření během těhotenství je spojeno s 5–8 % předčasných porodů a 5–7 % předčasných úmrtí. Kouření během těhotenství je také spojeno s 23–34 % úmrtí kojenců v souvislosti se syndromem náhlého úmrtí kojenců. Konzumace alkoholu je podkladem alkoholické fetopatie a vzniku tzv. fetálního alkoholového syndromu.⁸ Žádné množství alkoholu v těhotenství není možné označit za bezpečné.

Užívání drog v těhotenství má také řadu škodlivých účinků na zdraví ženy, vývoj plodu a dítěte, včetně zhoršeného růstu plodu, zvýšeného rizika předčasného porodu, vrozených vad, abstinčních příznaků a problémů s učením nebo chováním dítěte.

Stěžejní je také posouzení celkového stavu těhotné ženy, včetně posouzení nutričního stavu. Jak obezita, tak podvýživa jsou v těhotenství rizikové pro matku i dítě. Obezita kromě dalších rizik zvyšuje riziko gestačního diabetu, těhotenské hypertenze a preeklampsie.⁹ Podvýživa pak matku ohrožuje zejména nutričními deficity, anémií, osteoporózou a v rozvojových zemích zvyšuje mortalitu.

V těhotenství je žádoucí screening onemocnění, která by mohla ohrožovat zdraví matky nebo dítěte – zejména onemocnění štítné žlázy, anémie, diabetes apod. (viz níže).

Prenatální péče

Prenatální péči v České republice zajišťuje atestovaný specialista v oboru gynekologie a porodnictví. Na rozdíl od jiných zemí je v ČR (podle statistické ročenky MZ ČR) návštěvnost v poradnách 97 %. Více než 90 % žen absolvuje v prenatální poradně 10 návštěv. Současná prenatální péče je v České republice rozdělena do třístupňové péče o těhotné ženy: základní, intermediární a intenzivní prenatální. Tato síť zdravotní péče zajišťuje těhotným ženám v současnosti optimum jak z hlediska zdravotního, tak ekonomického a sociálního. Nejvyšší porodnickou péči ve státě dnes zajišťují regionální perinatologická centra, která především řeší předčasné porody od začátku 24. týdne do konce 32. týdne těhotenství. Dále sledují případy se závažnými chorobami matky nebo plodu, zejména kardiopatie, preeklampsie, diabetes mellitus, závažné růstové retardace plodu, prenatálně diagnostikované vrozené vývojové vady plodu a jiné stavy ohrožující život a zdraví matky nebo plodu. Prenatální péče má být efektivní, ale nesmí být nadbytečná a musí být akceptovatelná těhotnou ženou. Správně vedená péče lékařem a porodní asistentkou vede ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidit. Většina těhotenství probíhá fyziologicky. U jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se vyskytují rizikové faktory, které mohou ovlivnit průběh těhotenství.

Součástí screeningu v těhotenství je orální glukózový toleranční test (OGTT) k diagnostice gestačního diabetu a porušené glukózové tolerance. Jedná o podání roztoku glukózy ústy. Následně se ze vzorků krve a moči zjišťuje, jak se organismus s touto glukózovou zátěží vyrovnává, jak rychle dokáže toto množství cukru zpracovat. U těhotných žen doporučení testu vydává gynekolog.

Výživa těhotné ženy

Výživa v těhotenství dle principů tzv. nutričního programování¹⁰ zásadním způsobem ovlivňuje budoucí zdraví dítěte. Na výživu pro správný vývoj plodu a zdraví ženy je potřeba myslet ještě v období plánování těhotenství. Dobré zásobení organismu ženy některými složkami výživy je klíčové pro samotné otěhotnění a pro časný vývoj embrya. Vhodná výživa dokáže předejít některým vrozeným vývojovým vadám nebo spontánnímu potratu a přispět ke správnému vývoji plodu a dobrému nutričnímu stavu matky. Nastávající matka by si měla udržovat optimální tělesnou hmotnost. Klíčový je dostatečný příjem kyseliny listové již 3 měsíce před otěhotněním a v první třetině těhotenství, který snižuje riziko defektu neurální trubice (rozštěp páteře). Kyselina listová je rovněž nezbytná pro tvorbu červených krvinek. Z dalších vitaminů je v těhotenství zvýšená potřeba vitaminu B₂, B₆ a B₁₂. Naopak u vitaminu A je potřeba hlídat jeho nadbytečný příjem, neboť konzumace nad 3000 µg na den je toxická a může působit teratogenně (referenční hodnota příjmu je 700 µg na den). Těhotná žena by se tedy měla vyhnout potravinám s vysokým obsahem vitaminu A, jako jsou např. tresčí játra, která ve 100 g obsahují až 4000 µg vitaminu A.

Z minerálních látek je v těhotenství důležité zejména železo, které je nezbytné k tvorbě hemoglobinu a transportu kyslíku ke tkáním a zejména v druhém a třetím trimestru je potřeba dbát na jeho dostatečný příjem (16 mg denně). Dostatečný přísun železa prokazatelně zlepšuje poporodní rekonvalescenci a hojení.

Jód je nezbytný pro správný vývoj nervové soustavy plodu. Zejména při onemocnění štítné žlázy je nutná dobrá kompenzace onemocnění a zajištění dostatečného přívodu jódu a správné hladiny hormonů štítné žlázy. Doporučená denní dávka jódu pro těhotné je zvýšena ze 150 µg na 200 µg na den. Česká endokrinologická společnost doporučuje plošnou suplementaci 100 µg jódu denně všem těhotným a kojícím ženám.

Nedostatek hořčíku se může v těhotenství projevit mírnými svalovými křečemi a stahování dělohy. Zvýšená je i potřeba zinku.

V těhotenství je mírně zvýšená i potřeba energie – v prvním trimestru nepatrně (o 290 kJ na den), v druhém o 1,1 MJ a ve třetím o 2,1 MJ na den. Zvýšená je i potřeba bílkovin (ve třetím trimestru až o 28 g) s důrazem na plnohodnotné bílkoviny s obsahem všech esenciálních aminokyselin. V příjmu tuků se klade důraz zejména na příjem dokosahexaenové kyseliny (DHA), který by měl být oproti běžnému příjmu zvýšený o 100–200 mg. DHA je nezbytná k vývoji nervové soustavy a oční sítnice. Hlavním zdrojem DHA jsou mořské ryby, jejich konzumace těhotnými ženami je doporučena dvakrát týdně. Kvůli možné kumulaci metyl-rtuti ve velkých rybách žijících predátorským způsobem, jako jsou žralok, mečoun, štika, candát, bolen apod., se doporučuje konzumace spíše menších a nepravých druhů – treska, losos, sardinky, kapr, ančovičky, pstruh aj. Ve výběru nápojů by si těhotná žena měla dát pozor na Tonic, který obsahuje chinin. Kávu a další zdroje kofeinu konzumovat střídavě. Dle EFSA příjem kofeinu ze všech zdrojů až do 200 mg za den konzumovaného během celého dne (což odpovídá zhruba dvěma šálkům kávy) nevyvolává obavy o bezpečnost plodu. Z důvodu prevence nákazy listeriózou se doporučuje těhotným ženám úzkostlivěji dodržovat hygienu přípravy pokrmů, vždy pečlivě umýt ovoce a zeleninu, nekonzumovat rizikové potraviny bez náležité tepelné úpravy, pečlivě oddělovat tepelně upravené a syrové potraviny, vyhýbat se rizikovým potravinám, jako je nepasterizované mléko, syrové maso, měkké zrající sýry, sýry s plísní na povrchu (Hermelín, Brie, Camembert) s plísní uvnitř (Roquefort, Niva, Gorgonzola), s mazem na povrchu (Romadur) a lahůdkářským produktům (hermelínový salát aj.).

Optimální přírůstek hmotnosti během těhotenství se pohybuje od 8 do 15 kg a závisí i na výchozím BMI ženy. Optimálně v prvním trimestru dochází k přírůstku cca 2 kg, později 0,3–0,5 kg za týden.

Tabulka 1: Podíl jednotlivých složek na nárůstu hmotnosti v těhotenství

	Průměrný nárůst hmotnosti (v g)
Placenta	650
Plodová voda	800
Plod	3200
Děloha	1000
Prsy	500
Objem krve	1500
Tuk	3300
Celkem	10950

Tabulka 2: Průměrný přírůstek hmotnosti během těhotenství

	BMI před těhotenstvím (kg/m ²)	Doporučený přírůstek (kg)
Podváha	Pod 19,5	12,5–18
Optimální hmotnost	19,5–24,9	11,5–16
Nadváha	25–29,9	7,5–11,5

Obezita	Nad 30	7,5
---------	--------	-----

Předpokladem dostatečného příjmu všech klíčových nutrientů je pestrá a plnohodnotná strava dle výživových doporučení (viz Pyramida výživy v kapitole 3.4. Výživová doporučení). Nastávajícím matky mají k dispozici různé doplňky stravy určené přímo pro těhotné, včetně multivitaminových a multiminerálních přípravků. Je vhodné jejich výběr zkonzultovat s nutričním terapeutem. Doporučené denní dávky jednotlivých živin v těhotenství uvádějí tabulky v kapitole 3.4. Výživová doporučení.

4.2.2. Ochrana a podpora zdraví kojících žen

Kojení má nenahraditelný význam jak pro matku, tak pro dítě. Naopak nekojení s sebou přináší řadu rizik na obou stranách. Z tohoto důvodu můžeme podporu kojení označit za zájem veřejného zdraví, který si zaslouží pozornost každého zdravotníka. Jakkoliv je kojení přirozené, nestačí se pro něj pouze rozhodnout. Ženy potřebují správné informace, podporu a praktickou pomoc. Významnou roli hraje také marketing a snadná dostupnost náhrad mateřského mléka. V roce 2015 bylo v ČR kojeno jen 37 % dětí ve věku 6 měsíců. Přitom z průzkumu agentury STEM z roku 2019 vyplývá, že 98 % nastávajících matek kojit chce a 70 % jich plánuje kojit dlouhodobě. Proto je potřeba se podpoře kojení věnovat systematicky.

To, zda bude žena kojit, je ovlivněno již v předporodní, porodní a zejména časně poporodní péči. Na kroky v této oblasti se zaměřuje iniciativa Baby Friendly Hospital Initiative zaštitěná WHO a UNICEF. Jejím hlavním nástrojem je 10 bodů pro úspěšné kojení, jejichž dodržování prokazatelně zvyšuje úspěšnosti kojení (viz kapitola 4.2.1. Kojení).

Stejně jako v těhotenství je při kojení nežádoucí konzumace alkoholu, kouření nebo užívání omamných látek. Chemické látky obsažené v cigaretovém kouři přechází do mateřského mléka a mohou měnit jeho složení i chuť. Pokud matka v období kojení začne kouřit (nebo častěji – vrátí se ke kouření), zvyšuje se pravděpodobnost předčasného odstavení dítěte. Je to způsobeno jednak změnou chuti mléka, ale také působením nikotinu na snížení hladiny prolaktinu a tím snížení produkce mateřského mléka. V mateřském mléce je dokonce větší koncentrace nikotinu, než v krvi matky a může u dítěte způsobit nechutenství, zvracení, bolesti břicha, zátěž ledvin a jater, špatný spánek nebo pomalý přírůstek na hmotnosti. Kouření také snižuje obsah jódu, tuků a bílkovin v mateřském mléce.

Většina léků je s kojením slučitelná, je třeba hledat cesty formou úpravy nebo změny medikace jako prevence zbytečně časného ukončení kojení.

Výživa ženy v období kojení

Mateřské mléko se tvoří v závislosti na potřebách dítěte dle frekvence, délky, techniky a intenzity sání dítěte. Jeho množství tedy ovlivnit stravou matky. Složení mateřského mléka je do určité míry stálé, nicméně obsah některých složek je výživou ovlivněn. Výživa kojící matky jen málo ovlivňuje množství bílkovin a sacharidů, vápníku, železa, zinku, mědi a kyseliny listové v mateřském mléce. Pokud je však příjem stravou tak nízký, že množství těchto živin vylučovaných do mateřského mléka převyšuje její příjem stravou, můžou být tyto živiny v těle matky v nedostatku. Výživa kojící matky přímo ovlivňuje složení mateřského mléka ve smyslu obsahu vitamínu A, vitamínu D, mastných kyselin (například EPA, DHA, trans mastné kyseliny, ale i jiné), cholinu, selenu, jódu a některých vitaminů rozpustných ve vodě (Vitaminy C, B1, B2, B3, B6, B12). Z vitaminů rozpustných v tucích obsahuje mateřské mléko dostatek vitamínu A a E (záleží však na příjmu tuků ve stravě kojící matky). Vitaminy D a K jsou v mateřském mléce v hraničním množství, je vhodné je u dítěte suplementovat.¹¹ Opatrnost zasluhují doporučení týkající se omezení jídelníčku z důvodu snížení výskytu kojeneckých kolik. Reakce kojenců na nadýmavé potraviny ve stravě matky jsou velice individuální a

pašální doporučení matkám vyhýbat se konkrétním nadýmavým potravinám by mohlo vést k nutričním deficitům.

Doporučené denní dávky jednotlivých živin během kojení uvádí tabulky v kapitole 3.4. Výživová doporučení. Potřeba energie je v období 0–6 měsíců po porodu zvýšena o 2,1 MJ/den a potřeba bílkovin je také mírně zvýšená, a to o 19 g/den prvních 6 měsíců kojení a později o 13 g/den. Z tuků je opět důležitý příjem DHA – o 100–200 mg více oproti běžnému příjmu. U kojících je kladen větší důraz na příjem vody k pokrytí zvýšeného výdeje mateřským mlékem. Doporučená denní dávka jódu pro kojící ženy je zvýšena stejně jako u těhotných ze 150 µg na 200 µg na den. Mírně zvýšená je i potřeba selenu u kojících žen – ze 70 na 85 µg. Zvýšená je i potřeba zinku. Z vitaminů je zvýšená zejména potřeba vitamínu A, vitamínu B₂, B₆, kyseliny listové a vitamínu B₁₂.

Výhody kojení pro zdraví matky jsou popsány v kapitole 4.2. Ochrana a podpora zdraví dětí a adolescentů.

Literatura

Pokorná, J., Březková, V., Pruša T. (2008). *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. 132 s.

Fait, T., Vrablík M., Česka R. a kol. (2002). *Preventivní medicína*. 770 s.

McKenzie, J., Pinger, R., Kotecki, J. (2011). *An introduction to community health*. Jones & Bartlett Publishers.

HRONEK, M. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha, 2004.

Xianli Wu, Robert T Jackson, Saira A Khan, Jaspreet Ahuja, and Pamela R Pehrsson (2018) *Impact of maternal nutrition on breast-milk composition: a systematic review*

B Vitamins in Breast Milk: Relative Importance of Maternal Status and Intake, and Effects on Infant Status and Function Lindsay H. Allen