

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Těhotenství ženy s roztroušenou sklerózou

bakalářská práce

Autor práce: Pavla Dubová
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka (PAK)
Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku roztroušené sklerózy (RS) v těhotenství, během porodu a v období šestinedělí. Jedná se o autoimunní neurologické onemocnění, které se vyznačuje vznikem mnohočetných zánětlivých ložisek v míše a bílé hmotě mozkové, které tak poškozují obal nervového vlákna. Dochází tak k definitivní ztrátě axonů, k poškození struktur a funkcí buněk, které jsou v centrálním nervovém systému. Díky vědeckému pokroku a novým diagnostickým kritériím je dnes možné s přesností stanovit jasnou diagnózu již po prodělané první atace a po prvním vyšetření na magnetické rezonanci, což umožňuje bezodkladně zahájit léčbu, která významně oddaluje invaliditu. RS je nemocí postihující mladé lidi, dvakrát častěji ženy ve fertlím období. Do popředí tak jednoznačně vstupuje otázka těhotenství s tímto onemocněním, jako téma velmi důležité, a to nejen pro ženy postižené RS a jejich možnou životní rolí matky, ale i pro společnost.

Teoretická část bakalářské práce seznamuje s onemocněním RS. V jednotlivých podkapitolách je představena epidemiologie, etiopatogeneze, formy nemoci, klinické projevy, diagnostika a léčba. Podrobněji se bakalářská práce zaměřuje na problematiku RS a těhotenství. V této části se jednotlivé podkapitoly věnují například plánování rodičovství, těhotenství při RS, způsobu vedení porodu, šestinedělí a kojení při tomto onemocnění. V závěru je teoretická část doplněna o kapitolu věnující se optimální ošetrovatelské péči porodní asistentky o ženy s RS během jejich těhotenství, porodu a v šestinedělí.

Cíle této práce byly stanoveny tři. Prvním cílem bylo zpracovat literární přehled o problematice těhotenství žen s RS. Druhý cíl sledoval, zda mělo těhotenství, porod a poporodní období vliv na zhoršení stavu RS. Třetím cílem bylo zjistit, zda měly ženy s RS informace o vlivu těhotenství, porodu a šestinedělí na jejich základní onemocnění.

Na teoretickou část práce navazuje praktická část s vlastním kvalitativním výzkumem. Na základě stanovených cílů byly využity položené výzkumné otázky a pomocí polostandardizovaného rozhovoru získány odpovědi od tří respondentek, které mají RS a již rodily. Odpovědi byly následně zpracovány do přehledných případových studií.

Z dostupných teoretických dat lze závěrem konstatovat, že pokud se žena s RS rozhodne mít děti, měla by své těhotenství plánovat v době stabilizace nemoci, tedy v době šesti- až dvanáctiměsíčním období bez ataky. Měla by být stále pod dohledem odborníků, konzultovat svoje rozhodnutí s ošetřujícím neurologem, případně na jeho doporučení s dalšími specialisty. Před plánovaným početím by žena měla vysadit léčbu, a to i v případě léků první volby, u kterých nebyla jejich teratogenita prokázána. Plánovat rodičovství by žena měla i s ohledem na její rodinné zázemí, kdy by rodina měla být nápomocna v péči o dítě. Odborné publikace neprokazují negativní vliv těhotenství na průběh RS, naopak dokazují, že těhotenství má příznivý účinek na průběh onemocnění. Porod by měl být veden co nejšetrněji. Kojení je pro většinu žen bezpečné, ale doporučuje se díky včasnému návratu k léčbě pouze po dobu tří, maximálně pěti měsíců. Rizikovým obdobím jsou tři měsíce po porodu. V tomto období je apelováno na spolupráci s neurologem.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že i když se u respondentek v průběhu těhotenství, porodu a v době šestinedělí objevily ataky jejich základního onemocnění, neměly dopad na zhoršení neurologického deficitu.

Pokud respondentky měly zájem získat informace týkající se této problematiky, obdržely je od svých ošetřujících neurologů. Informace se také snažily hledat na internetových stránkách, například na stránkách Unie ROSKA. Pouze jedna respondentka by přivítala mít tyto informace více ucelené, například v knižní podobě.

Překvapivým zjištěním v rozhovorech s respondentkami bylo opakované setkání se s nepochopením ze strany zdravotníků. Domnívám se, že pokud by zdravotničtí pracovníci měli alespoň základní aktuálně dostupné informace ohledně onemocnění roztroušenou sklerózou, nemuselo by k takovým nedorozuměním docházet. Hluboké znalosti této problematiky jsou jistě vlastní neurologům, ale i porodní asistentky by měly být základně orientovány v problematice roztroušené sklerózy, protože mohou ženu s tímto onemocněním provázet jejím těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím.

Klíčová slova: Kojení, léčba, porod, poporodní relapsy, relapsy, roztroušená skleróza, šestinedělí, těhotenství.

Abstract

This bachelor thesis is focused on problematic of multiple sclerosis during in pregnancy period, during the birth and followed during confinement. It is autoimmune neurologic illness, which defines itself with many inflammatory focus in spinal cord and white brain mass, which then damages the cover of nerve fiber. This results in loosing of axons, to damage of structure and function of cells, which are in central nerve system.

Thanks to scientific progress and new diagnostic criteria it is possible today to get very precise diagnosis already after first MRI, which enables the doctors to immediately start with cure which significantly postpones invalidity. Multiple sclerosis is illness which often affects young people, and women in fertility period even twice more often. Therefore there is the question, what about the pregnancy in combination with this illness, important not just for women affected by this illness and having the role of mother, but also for the whole society.

The theoretical part of the thesis introduces the multiple sclerosis. In several chapters is presented epidemiology, etiopathogenesis, the forms of illness, clinical symptoms, diagnosis and cure. The thesis in more detail with problematic of parenting and multiple sclerosis. In this part several chapters deals with for example planning of parenting, pregnancy with multiple sclerosis, the way of birth, confinement and breast feeding while being affected with MS.

In the end, the theoretical part is finalized with some information about how should birth assistant take care for pregnant women with MS during pregnancy, birth and confinement.

There are three aims of this bachelor thesis. First was to put together a literal review about problematic of pregnancy and women with MS. Second aim was to observe if the pregnancy, birth and post birth period had any effect on making the MS worse. The third aim was, to find out if pregnant women with MS were informed about the effect of pregnancy on their illness.

The theoretical part is followed by practical part with its qualitative research. Based on established targets were used few research questions and with help of half-

standardized interview the relevant answers from three respondents were acquired. He answers were then processed into case studies.

From accessible theoretic data it is possible to finally state, that if woman with MS decides to ave children, she should plan her pregnancy in the period when the illness is stabilized, that means in the period of six to twelve months without attack. She should be always under control of specialists, consult her decision with her neurologist, possibly based on his recommendation also with other specialists. Before planned birth, the MS affected women should discontinue the treatment in case of medicaments of first choice, where was not proved its teratogenicity. The woman should plan her parenthood with regard to her family support, when the family should help her with taking care for the child. Professional publications don't prove any negative effect of MS on pregnancy. Actually these publications prove that the pregnancy has good effect on multiple sclerosis. It is very important to cooperate with neurologist especially during critical three months after birth.

From results of many researches, we know that even though some attacks occurred during pregnancy, it didn't have any negative impact on deterioration of their neurologic deficit.

If respondents were interested to get information regarding this problematic they got them from their neurologists. They also tried to search for information on internet, for example on website of Union Roska. Just one respondent would be happy to get the information more integrated, maybe in book form.

Surprising finding during interviews with respondents was repeated misunderstanding from the side of medical personnel. I believe that if medical personnel would have at least basic information about MS, these misunderstandings shouldn't happen. Deep knowledge of this problematic are definitely well known by neurologists, but midwife should be oriented at least in basics of MS problematic, because they may help the woman to get through her pregnancy, birth and confinement period.

Key words: Breast-feeding, treatment childbirth, postpartum relapses, relapses, multiple sclerosis, puerperium, pregnancy.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2013

.....

Pavla Dubová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za cenné rady, připomínky a pozitivní přístup při vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala respondentkám, které otevřeně odpovídaly na mé otázky při rozhovorech. V neposlední řadě děkuji celé své rodině za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

Obsah

Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 Definice	13
1.2 Epidemiologie	13
1.3 Etiopatogeneze	14
1.4 Průběh, typy nemoci a prognóza RS	14
1.5 Klinické příznaky	15
1.6 Diagnostika RS.....	16
1.7 Léčba RS	17
1.7.1 Léčba akutní ataky	17
1.7.2 Léčba dlouhodobá.....	18
1.7.3 Symptomatická léčba.....	19
1.8 Roztroušená skleróza a těhotenství	20
1.9 Plánování rodičovství.....	21
1.10 Těhotenství při RS.....	22
1.11 Léčba v době gravidity.....	23
1.12 Teratogenní vliv léčby RS na plod.....	24
1.12.1 Protizánětlivé léky (kortikosteroidy)	24
1.12.2 Léky první volby.....	24
1.12.3 Intravenózní imunoglobulíny, cytostatika, monoklonální protilátky a natalizumab	25
1.13 Diagnostika v době těhotenství	26
1.14 RS a porod.....	26
1.15 Poporodní období a kojení	28

1.16	Optimální ošetrovatelská péče u žen s RS v graviditě, při porodu a v šestinedělí.....	29
2	Cíle práce a výzkumné otázky.....	33
2.1	Cíle práce	33
2.2	Výzkumné otázky.....	33
3	Metodika a výzkumný soubor	34
3.1	Metodika	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4	Výsledky.....	35
4.1	Případová studie 1	35
4.2	Případová studie 2	39
4.3	Případová studie 3	45
5	Diskuze.....	48
	Závěr	52
	Seznam literatury	54
	Seznam obrázků.....	58
	Seznam příloh	58

Seznam použitých zkratk

AFP	Alfa-fetoprotein
CD	Klinicky definitivní fáze RS
CIS	Klinicky izolovaný syndrom
CNS.....	Centrální nervový systém
CTG	Kardiotokogram
CZTIS	Česká teratologická informační služba
ČR	Česká republika
DMD	Disease Modifying Drugs
EDSS.....	Expanded Disability Status Scale
ENTIS	Evropské sítě teratologických informačních služeb
FDA	Food and drug administration
FN	Fakultní nemocnice
IFNB	Interferon beta
IUGR.....	Intrauterinní růstová retardace plodu
IVIG	Intravenózní imunoglobuliny
MRI.....	Magnetická rezonance
PPMS	Primary progressive multiple sclerosis
PRIMS	The pregnancy in multiple sclerosis
RPMS.....	Relapsing progressive multiple sclerosis
RRMS	Relapsing remitting multiple sclerosis
RS.....	Roztroušená skleróza
SPMS	Secondary progressive multiple sclerosis
SSRI.....	Selective serotonin re-uptake inhibitors (antidepresiva)
UPT	Umělé přerušení těhotenství
VEP	Visual evoked potential (zrakové evokované potenciály)

Úvod

„Nemoc je zlá, ale horší je hrůza vyvolaná pohledem na nemoc druhých.“

André Maurois

Roztroušená skleróza (RS) je označení pro autoimunitní onemocnění mladých osob s postižením centrálního nervového systému. Na světě žije zhruba 2,5 milionu lidí s RS, v ČR je to přibližně 18 000 nemocných. Onemocnění postihuje 2 - 3x častěji ženy než muže, a to v období mezi 20 - 40 rokem věku, v reprodukčním období ženy. Do popředí tak jednoznačně vstupuje problematika těhotenství v průběhu této choroby (Unie Roska: Česká multiple sclerosis společnost, 2013).

Je na každé ženě, jak se rozhodne. Důležité je, aby byla správně informovaná a společně s rodinou, jejíž pomoci bude moci v péči o dítě využít, dobře zvážila svůj nynější zdravotní stav a rizika s těhotenstvím, porodem a šestinedělím spojená.

Pocit vlastní nedostatečné informovanosti o RS byl inspirací při volbě tématu bakalářské práce poté, kdy byla blízké osobě ve třiceti letech diagnostikována RS, která značně ovlivnila její plánování těhotenství. Tak jako každá žena si přála mít rodinu a myšlenka nemít své vlastní dítě jí trápila více než samotný fakt, že je nemocná.

Z osobní zkušenosti porodní asistentky vím, že právě porodní asistentky, jako průvodkyně ženy obdobím těhotenství, porodu a šestinedělí, jsou častěji těhotnými ženami dotazovány na podrobnosti týkající se jejich základního onemocnění, v tomto případě vlivu těhotenství na roztroušenou sklerózu. A aby mohly správně odpovědět, odborně poradit, nasměrovat či doporučit, je nutné, aby se v této problematice velice dobře orientovaly. Ani já jsem neměla dostačující informace, které bych pak mohla předat své kamarádce. Proto jsem si jako první cíl své bakalářské práce stanovila zpracovat literární přehled o problematice těhotenství žen s RS.

Problematika tohoto onemocnění je rozsáhlá a velmi těžká, proto jsem do své bakalářské práce obsáhla pouze ty části, které považuji za nejpodstatnější vzhledem k jejich souvislosti s porodnickou problematikou.

V teoretické části se zabývám popisem RS, jejími formami, klinickými projevy, diagnostikou a léčbou. V druhé části se zaměřuji na RS a těhotenství, a to především na

plánování rodičovství, těhotenství při RS, léčbu a její teratogenitou na plod, porodem, poporodním obdobím a kojení při RS.

Prostřednictvím dalších cílů bakalářské práce jsem se snažila zjistit, zda mělo těhotenství, porod a poporodní období vliv na zhoršení stavu roztroušené sklerózy a zda tyto ženy měly dostatek informací k této problematice.

K výzkumu bakalářské práce bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Pro sběr dat byl zvolen polostandardizovaný rozhovor, odpovědi žen byly následně zpracovány do přehledných případových studií.

1 Současný stav

1.1 Definice

„Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění centrálního nervového systému (CNS), v jehož patogenezi se uplatňují autoimunitní mechanismy a při němž dochází jednak k poškození myelinu, jednak k poškození axonů. Ztráta axonů je odpovědná za trvalou invaliditu u RS (Havrdová, 2009, s. 8).“

Onemocnění bylo poprvé souhrnně popsáno roku 1868 J. M. Charcottem, který definoval triádu neurologických příznaků: nystagmus, intenční třes a skandovaná řeč (Vaněčková, Seidl, 2010).

1.2 Epidemiologie

Vlastní příčiny RS nejsou dosud objasněny. Na vzniku onemocnění se do určité míry podílejí faktory geografické. Odborníci zaznamenávají nejvyšší výskyt onemocnění v mírném pásmu severní polokoule, který se snižuje s klesající zeměpisnou šířkou. Určitou roli hraje i rasový faktor. U bílé rasy, především severoevropského původu, je nejvyšší míra onemocnění, méně u žluté a minimálně u černé rasy (Kaňovský, Herzig, 2007).

„Dále genetická dispozice, kde pravděpodobnost onemocnění je:

- *není-li v rodině nikdo s RS 1:1000*
- *má-li matka RS, dítě je děvče 1:50*
- *má-li otec RS, dítě je chlapec 1:100*
- *má-li jednovaječné dvojče RS 1:3*
- *má-li nejednovaječné dvojče RS – jako u ostatních sourozenců 1:20*
- *má-li pokrevní příbuzný RS 1:20 – 1:50 (Kaňovský, Herzig, 2007, s. 180).“*

Dále i řada vnějších faktorů, k nimž s největší pravděpodobností patří některé infekce, nedostatek vitamínu D, hormonální vlivy a dlouhodobý stres. Řada z nich je stále ještě zcela neznámých (Meluzínová et al., 2010).

1.3 Etiopatogeneze

„RS je autoimunitní onemocnění. Je chápána jako orgánové či antigen specifické onemocnění způsobené imunitně řízeným poškozením myelinu, jeho buněk v centrálním nervovém systému (CNS), oligodendrocytů a axonů. V důsledku ztráty myelinu a axonů dochází k atrofii mozku (Waberžinek, Krajčíková, 2006, s. 189).“

Profesorka Havrdová (2009) uvádí, že onemocnění je charakterizováno vznikem mnohočetných zánětlivých ložisek mozku a míchy. *„Histopatologicky se v těchto ložiscích objevují T lymfocyty, B lymfocyty i makrofágy, dále nacházíme destrukci myelinu, edém s poruchou hematoencefalické bariéry a přítomností prozánětlivých, vazodilatačních a toxických látek, plasmatické buňky s produkcí imunoglobulinů a různé počty zpřetrhaných axonů (Havrdová, 2009, s. 236).“*

1.4 Průběh, typy nemoci a prognóza RS

Průběh nemoci může být buď benigní, nebo maligní. Benigní průběh se vyskytuje asi u 5 - 10 % pacientů a spěje k minimální invaliditě i po dvaceti letech. Bohužel asi u 3 % pacientů je průběh maligní, který vede k těžké invaliditě až ke smrti během dvou let.

Z forem RS je nejčastější relabující forma RS (relapsing remitting multiple sclerosis, RRMS), která tvoří 85 % všech případů RS. Charakteristické u této formy je střídání atak a remisí¹. Na začátku onemocnění dochází zpravidla k úplné remisi příznaků, ale při delším trvání nemoci určitý stupeň postižení přetrvává (tzv. reziduum).

¹ Ataka je akutní vzplanutí choroby, remise je období mezi atakami.

Pokud nedojde k úplnému uzdravení z relapsů a na reziduum nasedne další neurologický deficit, stádium označujeme jako relabující progredující RS (relapsing progressive multiple sclerosis, RPMS).

Asi polovina pacientů během prvních deseti let trvání nemoci přejde do stadia sekundární chronické progresse (secondary progressive multiple sclerosis, SPMS), z toho asi 30 - 40 % během 6 - 10 let. Stádium je charakteristické pozvolným nárůstem neurologického deficitu, který je nevratný. 15 % případů představuje primárně progresivní forma RS (primary progressive multiple sclerosis, PPMS) vyskytující se na rozdíl od předchozí RRMS častěji u mužů, s charakteristickým pozvolným nárůstem neurologické symptomatiky (Kaňovský, Herzig, 2007).

V současné době se podle patofyziologie nahlíží na danou chorobu jako na dvoustupňový proces, kdy v první fázi se hovoří o izolovaném syndromu (CIS), v popředí je vlastní zánět, podle histopatologických studií i neurodegenerace. V této fázi je velice důležité zahájit léčbu. V pozdní fázi označované CD (klinicky definitivní fáze RS) se zánětlivá ložiska stávají difúzními, v popředí je neurodegenerace, pod kontrolou přestává být periferní imunitní regulace, která přestává odpovídat na protizánětlivé léky (Vaněčková, Seidl, 2010).

„Prognóza onemocnění je v základě daná typem průběhu nemoci a její aktivitou. Čím více atak proběhne v prvním roce choroby, tím dříve lze očekávat plnou invaliditu. Naopak u pacientů s jednou atakou v prvním roce je tento proces daleko pomalejší (Havrdová, 1998, s. 63).“

1.5 Klinické příznaky

Mezi nejčastější příznaky začátku onemocnění patří optická - retrobulbární neuritida, která se projevuje různou mírou poruchy zraku (zamlžené vidění, výpadky zorného pole, atd.). Mezi příznaky, které jsou v začátku onemocnění často podceňovány, patří ztráta citlivosti nebo její změny (parestezie, hypestezie, brnění). Závažným příznakem jsou poruchy hybnosti - obrny, které jsou centrálního charakteru a jsou provázeny zvýšením svalového tonusu - elasticitou. Různý stupeň spastických

paréz s predilekčním postižením dolních končetin je spojován s poruchou sfinkterů (imperativní mikce, inkontinence, retence). V souvislosti se sfinkterovými poruchami se vyskytují také sexuální poruchy, na kterých se však podílí i deprese, únava nebo vliv léků (Havrdová, 2011).

Závažné mozečkové příznaky jsou často v kombinaci s vertigem, dále poruchy autonomního nervstva (dysurické potíže, hypotermie, abnormální odpověď potních žláz, aj.), kognitivní a afektivní poruchy, deprese, únava, euforie a bolest. Vzácně můžeme mezi akutními projevy vidět i epileptický záchvat, intenzivní bolest hlavy nebo extrapyramidové poruchy (Kaňovský, Herzig, 2007).

Spouštěcími mechanismy atak RS jsou především virové infekce, dále porod a období po něm, především díky hormonálním změnám, které mají vliv na imunitní systém, psychický i fyzický stres, vzácně imunosuprese (Havrdová, 2001).

1.6 Diagnostika RS

V současné době neexistuje jediný specifický test, který by vyloučil, nebo jednoznačně potvrdil diagnózu RS.

Základem pro diagnostiku RS jsou od roku 2001 McDonaldova diagnostická kritéria, jejichž aplikace do diagnostiky je velmi důležitá pro prognózu a léčbu. Kombinují klinický nálezn (klinicky se míra postižení hodnotí například dle tzv. Kurtského škály - Expanded Disability Status Scale, EDSS), objektivní léze a pomocné vyšetřovací metody, jako jsou magnetická rezonance (MRI), zrakové evokované potenciály (VEP) a vyšetření mozkomíšního moku (Vaněčková, Seidl, 2010).

V roce 2010 došlo v Dublinu k aktualizaci těchto kritérií z důvodu urychlení diagnostiky a včasného zahájení léčby. *„Za největší průlom kritérií je nutno považovat průkaz diseminace v čase, kdy je možno použít jedno MRI, pokud jsou přítomny zároveň gadolinium vychytávající (gadolinium - látka přestupující přes hematoencefalickou bariéru, která dokáže čerstvé ložisko „rozsvítit“) i gadolinium nevychytávající léze (Meluzínová, 2011, E19).“*

Pokud oboje není přítomno, je nutná přítomnost další ataky nebo další sken v čase. „Nová je též možnost vzít v úvahu anamnestické obtíže pacienta, které nejsou doloženy objektivním vyšetřením, pokud u další ataky je objektivní nález přítomen (Meluzínová, 2011, E19).“

1.7 Léčba RS

Terapie RS je rozdělena na léčbu k potlačení patogenetických dějů nemoci (léčba imunomodulační a imunosupresivní) a léčbu symptomatickou.

Vzhledem k současným znalostem o časně a nevratné axonální lézi (heslem se stává „time is axon“) je obecně doporučováno včasné zahájení léčby a snaha o maximální intenzivní léčbu v úvodních stádiích nemoci (Kaňovský, Herzig, 2007).

1.7.1 Léčba akutní ataky

Cílem léčby akutní ataky je protizánětlivá léčba. Profesorka Havrdová (2009) uvádí, že akutní ataka představuje náhlé vzplanutí zánětu, proto by léčba měla být zahájena včas, a to vždy pokud příznaky pacientovi vadí.

Lékem první volby je i. v. podaný methylprednisolon – Solu Medrol v dávce od 3 do 5 g rozložený do několika denních dávek. Zpravidla se podává 1 g denně po dobu několika dnů a poté se přechází na p. o. udržovací dávku kortikoidy (methylprednisolon – Medrol, 4 – 16 mg event. Prednison, 5 – 20 mg) podle klinické odezvy. Dávkování je individuální a pacient by měl být preventivně zajištěn před vedlejšími účinky steroidů (antacida, vitamín D, kalcium, aj.). Podle Meluzínové (2010a) je hospitalizace nutná u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, léčeným diabetem, hypertenzí a u nemocných s psychiatrickým onemocněním v anamnéze. Profesorka Havrdová (2009) dále uvádí, že rychlé vysazení vysokých dávek methylprednisolonu má za následek tzv. rebound fenomén, znovuvzplanutí aktivity zánětu, proto je nutné pozvolné snižování dávek steroidů až do vysazení. Začíná se 40 – 100 mg Prednisonu, který se každý druhý až pátý den snižuje o 5 – 10 mg (Havrdová, 2009; Kaňovský, Herzig, 2007; Meluzínová, 2010a).

Pokud se objeví další ataka do několika měsíců nebo některá z dalších atak zanechá větší neurologický deficit, je nutná dlouhodobá terapie (Havrdová, 1998).

1.7.2 Léčba dlouhodobá

Cílem dlouhodobé terapie je snížit počet atak a zpomalit progresi nemoci (Havrdová, 2009). K lékům první volby patří **interferon beta**, který významně snižuje zánětlivou aktivitu nemoci, a **glatiramer acetát**, který mění reaktivitu imunitních buněk podílejících se na vzniku zánětlivých ložisek v mozku a míše. Léky se aplikují injekčně, 1x denně až 1x za týden. K jejich aplikaci jsou pacienti vyškoleni. K nejčastějším nežádoucím účinkům interferonu beta, zvláště v začátku nemoci patří flu-like syndrom, tzv. chřipkový syndrom (zimnice, bolesti ve svalech, subferbrilie, únava). Během prvních měsíců léčby vymizí, někdy je nutné u pacientů podávat malou dávku antirevmatika trvale při aplikaci (Kaňovský, Herzig, 2007).

Mezi další vedlejší účinky patří lokální reakce v místě vpichu, které jsou i nejčastějším nežádoucím účinkem u galtiramer acetátu (Havrdová, 2009).

Oba tyto léky patří do skupiny imunomodulačních léků, která je nazývána DMD (Disease Modifying Drugs).

V České republice (ČR) jsou pro DMD přesně stanovená kritéria k zahájení i ukončení terapie. Léčba je velice nákladná, často kombinovaná s perorální imunosupresí. Pokud nemocný s relabující formou RS na léčbu DMD neodpovídá, nebo u něho dojde k prudkému zhoršení nemoci, je v ČR k dispozici od roku 2007 lék natalizumab. Natalizumab je humánní monoklonální protilátka, která má zásadní úlohu v blokaci průniku aktivovaných lymfocytů přes hematoencefalickou bariéru do CNS. Podává se 1x měsíčně v intravenózní infúzi v dávce 300 mg. Léčba je dobře snášena. Preklinické studie dokonce prokázaly vyšší účinnost než DMD. I když se nežádoucí účinky toho léku vyskytly u malého procenta pacientů, je díky nim řazen mezi léky druhé volby a pouze v monoterapii. Mezi nejčastější nežádoucí reakce patří alergická reakce. U 6 % pacientů došlo během prvních šesti měsíců podávání ke vzniku neutralizačních protilátek, které vedou k trvalé ztrátě účinnosti natalizumabu (Meluzínová, 2010a, s. 310).

Mezi další léky druhé volby patří intravenózní imunoglobuliny (IVIG). Jejich účinek je dán přítomností molekul regulujících funkce imunitního systému. Podává se 0,15 – 0,4 g/kg IVIG 5 dnů po sobě jako úvodní dávka, dále se pokračuje každých 4 – 8 týdnů jednorázovým podáním stejné dávky. IVIG jsou velmi dobře snášeny, z nežádoucích účinků se mohou vyskytnout alergické reakce (Kaňovský, Herzig, 2007).

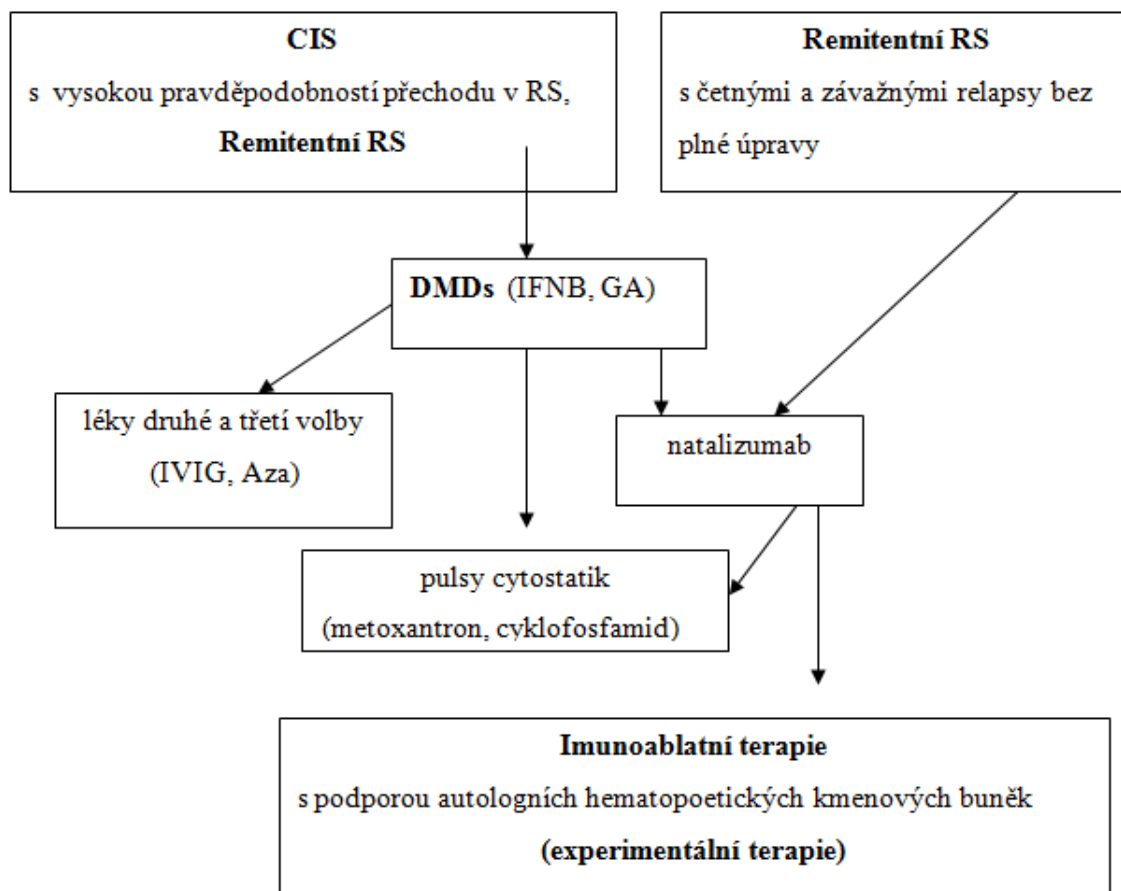
Třetí volbou léčby jsou cytostatika, která se podávají většinou v kombinované terapii. Prokázanou účinnost u léčby RS mají azathioprin (v dávce 50 – 150 mg/den), který je také považován za jeden z nejbezpečnějších, metotrexat (2,5 mg ob den) a cyklofosfamid (50 – 150 mg/den) (Havrdová, 1998, s. 72).

1.7.3 Symptomatická léčba

Léčba symptomatická se řídí klinickými projevy. Spasticita se tlumí centrálními myorelaxancii, sfinkterové obtíže podle urodynamického vyšetření anticholinergiky. Gabapentiny se například léčí parestezie, dysestezie, deprese pak preparáty typu SSRI, atd. Protože obecně zhoršujícím faktorem je prodělaná infekce, u pacientů s RS je snaha všechny infekty a infektická ložiska důkladně léčit, aby nedocházelo k nespecifické aktivaci imunitního systému (Amber, 2002; Kaňovský, Herzig, 2007).

„Do komplexního léčebného postupu patří rovněž léčebná rehabilitace, včetně speciálních metodik, rekondičních pobytů, psychoterapie, ergoterapie atd. (Waberžinek, Krajčíková, 2006, s. 201).“

Obrázek 1: Schéma léčby RS



Zdroj: BEDNAŘÍK, Josef, AMBLER Zdeněk a Evžen RŮŽIČKA, 2010. *Klinická neurologie: Část speciální I*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-389-9. s. 528.

1.8 Roztroušená skleróza a těhotenství

Pohled na mateřství žen s roztroušenou sklerózou se za posledních dvacet let zásadně změnil. V minulém století byl názor lékařské veřejnosti na možnost otěhotnění při RS jednoznačně negativní. Hanner, jeden z předních učitelů neurologie, ve své knize uvádí: „*Nemocným radíme, aby se těhotenství vyvarovaly...*“ (Hanner In: Zapletalová, 2012, s. 36) a bylo i období, kdy nemocné byly přesvědčovány v případě otěhotnění o nutnosti umělého přerušení těhotenství. Názor zřejmě pramenil z návaznosti na časté ataky po porodu a invaliditu matky. Teprve klinické studie, které se zabývaly vlivem

těhotenství na dlouhodobý i krátkodobý průběh a vývoj nemoci u matek s RS, škodlivost těhotenství vyvrátily. První průlom týkající se jiného pohledu na těhotenství žen s RS znamenala rozsáhlá studie PRIMIS (Pregnancy In Multiple Sclerosis) z roku 1998 (Zapletalová, 2012; Meluzínová, 2011).

Jednalo se multicentrickou studii (12 států) zahrnující 254 těhotných žen, z nich do analýzy bylo zařazeno 227 těhotných, které porodily živé děti. Cílem studie bylo sledovat dynamiku onemocnění v průběhu těhotenství až do druhého roku po porodu. Hodnotila se frekvence relapsů během každého trimestru a progresu postižení, které se porovnávaly s četností v roce před těhotenstvím. Studie přesvědčivě ukázala pokles relapsů během těhotenství, a to zejména ve třetím trimestru. V průběhu sledování nedošlo k žádné akceleraci progresu postižení (Vukusic a kol., 2004).

„Díky plánovanému těhotenství a moderním terapeutickým přístupem je možné chorobu stabilizovat i v období většího rizika, jakým je bezprostřední období po porodu a doba laktace (Meluzínová, 2011, E18).“

1.9 Plánování rodičovství

Plánovaná gravidita a pečlivé sledování ošetřujícím lékařem představuje pro pacientku menší zátěž než stres při případném zákazu mít vlastní dítě.

Plánování gravidity se pacientkám doporučuje v době stabilizace nemoci. Většinou se ženám doporučuje otěhotnět v době šesti- až dvanáctiměsíčním období bez ataky. Tento interval je dán tím, že u některých pacientek po dobu tří až šesti měsíců po prodělané atace není stav úplně stabilizován a je nutné podat léky, které by se nemohly podat v začátku gravidity (Havrdová, 2009; Horáková, 2007).

Pokud žena nemá sklon k tromboflebitidám, plánování jí pomáhá usnadňovat hormonální kontracepci, která v dnešní době obsahuje jen malé dávky gonadotropinů, jež mají příznivý antisklerotický a antiosteoporotický vliv, a není důvod se jí vyhýbat. Výjimku tvoří imobilizované pacientky, u kterých je riziko vzniku hluboké žilní trombózy vyšší. Naopak nechtěná gravidita a umělé přerušování těhotenství jsou pro ženu

daleko rizikovější, protože vedou ke změnám v imunitním systému (Havrdová, 1998; Hanzlíková, Binder, 2012).

Při plánování rodičovství je důležité též rodinné zázemí, které by žena měla mít po porodu co možná nejlepší, aby stres a námaha na ní měly co nejmenší dopad.

Není však nutné, aby pacientky byly bez terapie. V případě, že není stav ženy úplně stabilizovaný, doporučuje se podávání nízkých dávek kortikoidů, event. intravenózní imunoglobuliny. Léky, jako jsou interferon beta a glatiramer acetát, se během těhotenství nedoporučuje podávat (Havrdová, 1998; Hubičková-Heringová, Maňáková, 2010).

Léky, které by se měly vysadit před plánovanou graviditou, jsou cytostatika. Doporučují se vysadit minimálně 3 - 6 měsíců před těhotenstvím. Pokud by pacientka při podávání cytostatik otěhotněla, je nezbytná genetická konzultace s poučením o případném riziku poškození plodu. Odstup gravidity od podávání natalizumabu není zatím znám (Horáková, 2007; Havrdová, 2009).

1.10 Těhotenství při RS

Proč během těhotenství dochází ke snížení počtu atak, není zatím jednoznačně známo. Předpokládá se pozitivní vliv hormonů, především estrogenů a progesteronu, které se podílí na potlačení buněčné imunity. Celé těhotenství je důkazem adaptability imunitního systému. Imunitní systém toleruje vyvíjející se plod, vybavený znaky otce, molekul, které jsou antigenně odlišné (Horáková, 2007; Čech, Šedová, 2006).

„I sám plod přispívá k potlačení buněčné imunity. Vzniká tak řada plodových, placentárních i mateřských faktorů, z nich asi nejvýznamnější jsou imunoregulační proteiny, jako je těhotenský alfa-2-glykoprotein, alfa-fetoprotein (AFP), choriogonádotropin, které společně s prostaglandiny a celým komplexem činitelů vytváří kaskádu velmi složitých pochodů podílející se na blokaci protilátek a buněčné imunity. Dochází k přesunu mateřské imunity z buněčné na humorální (látkovou). Tento stav trvá do porodu (Zapletalová, 2012, s. 36).“

Studie zabývající se aktivitou choroby během těhotenství, ale i rok po porodu, proběhla v Praze ve FN Motol. Studie se účastnilo 52 žen. Výsledky studie byly porovnány s aktivitou onemocnění rok před graviditou. Závěrem této studie bylo, že těhotenství u žen s RS je bezpečné. Aktivita onemocnění se projevila postnatálně zvýšeným počtem atak, nevedlo to však ke zhoršení neurologického deficitu (Meluzínová, 2011).

Dle Havrdové (2007) ataky, které se objevují v těhotenství a po porodu, nepřinášejí větší zátěž pro organismus než ataky vyskytující se mimo graviditu. Naopak problém spatřuje v souvislosti se zátěží, které je vystaveno tělo nastávající maminky upírající se k očekávanému dítěti.

Prenatální péče by měla být soustředěná do rizikových poraden, které úzce spolupracují s RS centry. Neurologické sledování je nutné po celou dobu gravidity (Hanulíková, Binder, 2012).

1.11 Léčba v době gravidity

Riziko ataky během těhotenství je malé, avšak ne nulové. Období těhotenství, které je nejvíce problematické, je období prvního trimestru, tzv. organogeneze, a podáváním jakéhokoliv léku (kortikoidů, cytostatik) je rizikem pro vznik vrozených vývojových vad plodu. Pokud dojde během těhotenství ke zhoršení klinického stavu, je nutný klidový režim, podávání nízkých dávek kortikoidů (Prednison 10 – 15 mg) společně s vitamínovými preparáty, jako jsou kyselina listová a vitamín D. Další postup je zcela individuální a je nutné zvážit riziko reziduálního defektu u matky a riziko poškození plodu. Při těžké atace je lépe těhotenství ukončit a zahájit agresivní léčbu.

Pokud se ataka objeví ve druhém a třetím trimestru, podávají se nižší dávky kortikoidů (Solumedrolu 125 mg denně do celkové dávky 1 500 – 2 000 mg). Léčba již nepředstavuje takové riziko pro plod jako v prvním trimestru, je však nutné graviditu vést jako rizikovou. Při výskytu ataky v závěru těhotenství se doporučuje porod indukovat, zastavit laktaci a ihned zahájit terapii po porodu (Horáková, 2007).

1.12 Teratogenní vliv léčby RS na plod

Ke zjišťování potencionálního rizika užívání léků v graviditě jsou využívány nejčastěji údaje od výrobce, případně americké klasifikace úřadu pro potravinářské výrobky FDA (Food and Drug Administration). FDA dělí léčiva do pěti kategorií (například A - prokazatelně nejmenší vliv na plod, X - léky kontraindikované) podle míry rizika pro plod, na základě epidemiologických studií a výsledků laboratorního testování embryotoxicity. Mezi další zdroje patří Reprobox či Micromedex, lékové či teratologické databáze. Všechny tyto zdroje využívají tzv. teratologické informační systémy. V ČR je to Česká teratologická informační služba (CZTIS), která je členem Evropské sítě teratologických informačních služeb (ENTIS), zpracovávající dotazy odborných lékařů na rizika konkrétní expozice na plod (lék, hypertermie). Dotazy se tak stávají významným informačním zdrojem (Hubičková-Heringová, Maňáková, 2010).

1.12.1 Protizánětlivé léky (kortikosteroidy)

U myši a laboratorních zvířat vyvolávají kortikosteroidy obličejové rozštěpové vady. Výsledky epidemiologických studií nejsou konzistentní. Možnost zvýšeného rizika obličejových rozštěpů nelze zcela vyloučit, podobně jako intrauterinní růstovou retardaci plodu (IUGR) a předčasnou rupturu plodových obalů u lidského plodu. Absolutní riziko rozštěpů však nepřesahuje 1 % a týká se podávání vysokých dávek. Terapeutické dávky metylprednisolonu mohou zvyšovat sérovou haldinu AFP bez přítomnosti malformací (Hubičková-Heringová, Maňáková, 2010).

1.12.2 Léky první volby

Dle ENTIS nepředstavuje glatiramer acetát a Interferon beta (IFNB) v těhotenství významné riziko pro plod. Zkušenost s jejich užíváním v těhotenství je daleko vyšší než u léků nově testovaných. Podávání IFNB je zatíženo chřipkovými projevy s horečkou, které v kombinaci se základním onemocněním představují embryotoxické riziko. Zvýšení tělesné teploty o 2 °C trvajícím více jak 24 hodin (38,9 °C) je spojeno s vyšším

rizikem embryotoxicity. Důležité je, aby hypertermie jako vedlejší účinek terapie IFNB, byla v těhotenství dostatečně kontrolována například paracetamolem.

Výsledky ze sledování více jak stovky kasuistik ukazují, že podávání IFNB v těhotenství nevedlo k malformacím, ale na základě několika studií se uvádí, že může mít vliv na zvýšené riziko abortů, předčasného porodu a IUGR.

Druhým lékem první volby je glatiramer acetát, u kterého preklinické studie neodhalily riziko pro člověka. Embryotoxicita nebyla prokázána na zvířecích modelech ani v dávkách o dva řády vyšší než je dávka terapeutická (Hubičková-Heringová, Maňáková, 2010).

1.12.3 Intravenózní imunoglobulíny, cytostatika, monoklonální protilátky a natalizumab

„Intravenózní imunoglobulíny obsahují polyvalentní purifikované imunoglobuliny získané ze směsi zdravých dárců. Imunoglobuliny přecházejí přes placentu, nebyly však pozorovány žádné negativní účinky na těhotenství. Možnou kontraindikací a komplikací je alergická reakce.“ (Hubičková-Heringová, Maňáková, 2010, s. 394)

Cytostatika, byť podávaná v nižších dávkách než u protinádorové léčby, jsou považovány za prokazatelně či potenciálně teratogenní anebo jsou spojeny s rizikem IUGR.

Monoklonální protilátky jsou kontraindikovány. *„Něméně jejich užití v prvním trimestru nepředstavuje okamžité ukončení těhotenství, doporučuje se přísné sledování plodu sonograficky s ohledem na strukturální vady* (Hubičková-Heringová, Maňáková, 2010, s. 395).“

Natalizumab v experimentálním podávání na zvířatech (primáti), v dávce sedminásobně vyšší než je dávka lidská, nezpůsobil embryotoxicitu. Novorozená mláďata měla zvýšený počet neutrofilů, lymfocytů a jaderných erytrocytů (Hubičková-Heringová, Maňáková, 2010).

Němečtí lékaři z neurologického oddělení v Bochumu si dali za cíl sledovat ženy s RS, které užívaly natalizumab a náhodně otěhotněly. Jednalo se o 35 žen s RS a 23 žen užívající DMD jako kontrolní skupina. Z 29 žen užívajících během těhotenství

natalizumab porodilo 28 rodiček zdravé děti, jedno dítě se narodilo s hexadactylou. Pět těhotenství skončilo časným potratem a jedno dobrovolným přerušением těhotenství (UPT). Závěrem je poukazováno na to, že není nutné těhotenství ukončovat z důvodu expozice natalizumabu, ale je nutné pečlivé sledování. Ženy by měly být stále informovány o přerušení této léčby v průběhu plánovaného těhotenství, než budou další dlouhodobé výsledky (Hellwig et al., 2009).

1.13 Diagnostika v době těhotenství

Diskutovanou otázkou je vyšetření magnetickou rezonancí (MRI) v průběhu porodu. Data, která by prokazovala, nebo vylučovala negativní vliv na plod, nejsou jednoznačná. Obecně se lékaři snaží, pokud není závažná indikace, MRI vyhnout, a to hlavně v období prvního trimestru těhotenství.

Lumbální punkce se během těhotenství provádí jen za diagnostickým účelem nově vzniklé neurologické symptomatice. Při jejím provádění je nutné dodržet obecné kontraindikace. V prvním a druhém trimestru nečiní zásadnější problém, komplikací mohou být změněné anatomické poměry páteře na konci těhotenství (Horáková, 2007).

1.14 RS a porod

„Porod představuje pro pacientku vždy zátěž, proto by mělo být veškeré úsilí věnováno šetrnému vedení porodu bez zbytečného prodlužování. Porod císařským řezem není z neurologického hlediska preferován (Horáková, 2007, s. 327).“

Porod by neměl být protrahovaný. Císařský řez je z důvodu větší krevní ztráty a zátěže pro imunitní systém rodičky méně vhodným způsobem vedení porodu (Hanulíková, Binder, 2012).

Podle vlastních zkušeností Horákové (2007) a na základě současných poznatků mohou pacientky s RS родit fyziologickou cestou a nejsou zde zásadní námitky proti epidurální anestezii. Data z rozsáhlé studie PRIMS nesvědčí pro asociaci mezi epidurální anestezii a zvýšeným relapse rate (Horáková, 2007).

Vzhledem k omezenému vnímání viscerální bolesti v dolní polovině těla může nepozorovaně nastoupit děložní činnost. Dle Hájka (2004) bývá druhá doba porodní často ukončena extrační vaginální operací.

Způsobem vedení porodu a perinatálními výsledky se zabývala celá řada zahraničních autorů. V nejrozsáhlejší studii sledující 7 697 žen v Anglii v roce 2009 byl císařský řez proveden téměř polovině pacientek s RS (42,4 %). Ovšem i u běžné populace bylo procento císařských řezů vysoké (32,8 %) (Hanulíková, Binder, 2012).

Dahl et al. (2005) nashromáždili data z Norského povinného registru (Medical birth registry of Norway) o dopadu RS na porod a vlivu na vývoj plodu. Zaměřili se na průběh porodu, vedení porodu, četnost instrumentálních ukončení porodů, aj. Tato data pak porovnávali se skupinou zdravých žen.

Častěji byl porod indukován a ukončován instrumentálně (vakuumextraktorem, porodnickými kleštěmi) u žen s RS, kde byl i vyšší počet císařských řezů.

Studie zároveň poukázala na několik faktorů, které mohou komplikovat porod. Jedním z nich je neuromuskulární perineální slabost a elasticita tkáně, která přispívá k protrahovanému porodu končícím za použití vakuumextraktoru a forcepsu. Dalším faktorem je únava rodičky. Průběh porodu závisí na stupni postižení rodičky.

Po instrumentálním porodu je zvýšené riziko inkontinence moče, které je u žen s tímto neurologickým onemocněním vyšší, stejně tak i infekce močového ústrojí. Tato rizika mohla vést k ukončení porodu císařským řezem a byla důvodem vyššího výskytu operačního vedení porodu v porovnání se zdravými rodičkami. Důležitou roli zde hrál samotný postoj lékaře a pacientky k této problematice. Četnost akutních císařských řezů se nijak nelišila od četností u zdravých rodiček (Dahl et al., 2005).

U nás byla provedena retrospektivní studie, která proběhla na porodnicko-gynekologické klinice v Ostravě, a zahrnovala data od 1. 1. 1995 do 30. 12. 2004. Ve studii byla hodnocena data 43 pacientek s diagnózou RS. Ze 43 porodů bylo 35 porodů spontánních a 8 operačních. Průměrné trvání první doby porodní bylo 5 hodin a 36 minut u prvorodiček a u vícerodiček 3 hodiny a 46 minut. Druhá doba porodní trvala průměrně 7,7 minut, nelišila se tak od průměrných hodnot ve zdravé populaci.

U pacientek v tomto souboru se nevyskytly významné neurologické komplikace (Koliba et al., 2005).

1.15 Poporodní období a kojení

„Hlavním rizikovým obdobím jsou tři měsíce po porodu. Jeho zvládnutí by mělo být prodiskutováno mezi pacientkou a jejím neurologem. Neplánuje-li matka kojení dítěte, potom by měl být hned po porodu nasazen jeden z beta interferonů, aby se pokusil redukovat zvýšené riziko relapsů ve třech poporodních měsících (Havrdová, 2013, [cit. 2013-04])“.

Pokud žena kojení plánuje, není možné použít zmíněnou terapii. Interferon beta se dostává do mateřského mléka a jeho účinek na novorozence není znám (Havrdová, 2013).

„Po porodu lze preventivně podávat IVIG (s první dávkou již 24 hodin po porodu) jednou měsíčně v obvyklém dávkování, aby žena mohla kojít a byla chráněna před poporodními atakami. Kojení se však nedoporučuje déle jak tři měsíce, protože prolaktin aktivuje Th1 subpopulaci. Jakmile se však vyskytne první ataka, kojení ukončíme a ataku řádně léčíme. Pro dítě je daleko důležitější matka v dobrém zdravotním stavu (Havrdová, 2009, s. 70)“.

Studie autorů Langer–Gould et al. z roku 2009 udávala nižší výskyt atak u kojících žen. U žen, které po porodu vůbec nekojily, byl výskyt atak u 87 % žen na rozdíl od plně kojících žen, kdy se ataka vyskytla ve 36 %. Další recentní studie však projektivní vliv kojení na vznik akutní ataky neprokázaly. U klinicky stabilizovaných žen je kojení do půl roku po porodu povoleno (Hanulíková, Binder, 2012; Langer–Gould et al., 2009).

V roce 2004 byly zveřejněny výsledky pokračování PRIMS studie. Účastnily se jí stejné pacientky jako v první části z roku 1998. Pacientky byly vyšetřeny 3, 6, 12 a 24 měsíců po porodu. V této studii bylo uvedeno, že u 72 % pacientek se nevyskytla poporodní ataka. Dále bylo také prokázáno zvýšení počtu relapsů RS v prvních třech měsících po porodu, které se později ustálilo na stejné hladině významnosti jako

před těhotenstvím. Studie poukázala na vyšší riziko relapsů onemocnění u žen, jejichž neurologické postižení je rozsáhlejší, ale nebyl zde prokázán nepříznivý vliv laktace na průběh onemocnění (Vukusic et al., 2004).

Jednou z možností, jak předejít poporodním atakám, je preventivní podávání methylprednizolonu ihned po porodu. V tomto případě je však kojení vyloučeno. Mezi další možnosti patří, jak již bylo zmiňováno, podávání IVIG, a to v dávce 60 g v prvních třech dnech po porodu, kdy se prokázalo, že tato dávka u 75 % pacientek zabrání vzniku ataky v prvních třech měsících po porodu, které jsou pro vznik ataky nekritičtější (Meluzinová, 2010b).

Další velkou studií, která poukazuje na efekt léčby IVIG po porodu, je studie GAMPP. Jednalo se o dvojitě slepou randomizovanou studii, která zahrnovala 163 pacientek z devíti evropských zemí, kde jedno z center bylo i v České republice. Pacientky byly rozděleny do tří skupin. První skupina užívala Octagam v dávce 150 mg/kg jednou za měsíc po dobu šesti měsíců. Druhá skupina pacientek užívala lék ve vyšší dávce, a to v dávce 400 mg/kg první den po porodu, druhý den 300 mg/kg a třetí den 150 mg/kg a dále pak jednou za měsíc 150 mg/kg po dobu šesti měsíců. Pacientky kojily. Počet relapsů se u obou sledovaných skupin rovnal nebo byl lehce nižší než relaps rate před porodem. Studie neprokázala efekt vyšší dávky (Haas, Hommes, 2007).

1.16 Optimální ošetrovatelská péče u žen s RS v graviditě, při porodu a v šestinedělí

Těhotenství a porod představují pro ženu významnou změnu v životě ženy. Změny probíhají jak v oblasti fyziologické, somatické, ale také psychické a sociální. Těhotné se učí novým životním rolím. Dochází k vývoji nové identity, z ženy se stává matka. To vše s sebou může přinést pocit zmatku, ztracenosti, ale také úzkosti. Každá žena v tomto období potřebuje podporu jednak partnera, tak i celé rodiny a přátel. To, jak žena reaguje na těhotenství, jak se cítí, se odráží na jejím chování, prožívání a psychických

reakcích. Proto by měla porodní asistentka vždy přistupovat k těhotné ženě a rodičce v celém kontextu bio-psycho-sociálním (Ratislavová, 2008).

Plánování těhotenství je pro ženy s RS velice důležité. Správné naplánování gravidity a pečlivé sledování ošetřujícím lékařem představuje pro pacientku s RS menší zátěž, než stres při případném zákazu mít vlastní dítě. V tomto období poskytuje porodní asistentka ženě podporu a porozumění a snaží se získat co nejvíce informací o rodinném zázemí, které by žena měla mít po porodu co možná nejlepší, aby stres a námaha na ní měly co nejmenší dopad (Havrdová, 2012; Ratislavová, 2008).

Těhotenství ženy s roztroušenou sklerózou bývá vedené jako rizikové. Prenatální péče by měla být soustředěná do rizikových poraden, které úzce spolupracují s RS centry. Je potřeba si uvědomit, že těhotenství, které je doprovázeno komplikacemi, je zatíženo stresory, které se u fyziologického těhotenství nevyskytují. U ženy, jejíž těhotenství je rizikové, je ohrožena potřeba jistoty, budoucnosti, objevuje se anticipační úzkost, neadaptivní znaky v chování či psychická tenze. Ta se následně u těhotné ženy může projevat slovně, mimikou, gesty nebo neverbálně. Úkolem porodní asistentky je stimulovat psychiku klientky a být také nápomocná rodině tím, že pomůže vypořádat se s narušením obvyklých rolí a snaží se o připomenutí, že narušení rolí je jen přechodný stav. Podává vždy jednotné informace a podporuje terapeutické vztahy, vztahy důvěry mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a personálem. Při preventivních prohlídkách je nejvhodnější čas, aby porodní asistentka naslouchala obavám rodičky a odpovídala na případné dotazy, ale také aby navázala vztah s rodinou, povzbuzovala zájem o jejich potřeby a naslouchala starostem a dokázala je vést ke vhodným informačním zdrojům. Předporodní příprava by tak měla dodat sebedůvěru a víru ve vlastní schopnost porodit a postarat se o novorozence. Důležitá je i znalost prostředí porodnice, důvěra ve zdravotnický personál, díky které se snižuje obavy ženy z porodu (Hanulíková, Binder, 2012; Ratislavová, 2008; Leifer, 2004).

Ošetrovatelská péče o ženu během porodu představuje pro porodní asistentku jednu z nejnáročnějších ošetrovatelských rolí. Nejen, že by měla mít vedle porodnických dovedností i další dovednosti, jako jsou psychosociální, medicínské, chirurgické, pediatrické, ale také by měla mít dobré komunikační dovednosti, schopnost empatie

a umět správně zhodnotit situaci a rychle se přizpůsobit měnícím se potřebám rodičky. Porod u žen s RS je vždy zatěžující, a tak by veškeré úsilí mělo být věnováno šetrnému vedení porodu bez neopodstatněného prodlužování (Leifer, 2004; Horáková, 2007; Slezáková, 2011).

Porodní asistentka sleduje v průběhu porodu odezvy na porodní bolest, fyziologické funkce, kontrakce, progresi porodu. Kontrakce děložní hodnotí palpačně, případně pomocí záznamu na kardiokografu a je si vědoma, že vzhledem k omezenému vnímání viscerální bolesti v dolní polovině těla může děložní činnost u žen s RS nastoupit nepozorovaně (Hájek, 2004; Leifer, 2004).

Vázne-li porod vinou nedostatečných kontrakcí, je možné děložní činnost posílit infuzí s oxytocinem, kterou podle ordinace lékaře aplikuje porodní asistentka a zodpovídá za správnou přípravu, aplikaci, udržování a ukončení infuze. Důležitá je kontrola hydratace rodičky a nezakazuje se ani příjem lehké stravy (Mikšová et al., 2006).

Odborníci nemají námitek k vaginálnímu vedení porodu a nemají ani zásadní námítky proti epidurální anestezii. Méně vhodným způsobem porodu se jeví císařský řez z důvodu větší krevní ztráty a zátěží pro imunitní systém rodičky (Hanulíková, Binder, 2012).

Hlavním úkolem porodní asistentky ve druhé době porodní je sledování stavu matky a plodu, příprava rodičky k porodu a příprava pomůcek, prostředí a porodníka (porodní asistentky). Ve druhé době porodní, podle ordinace lékaře, kontinuálně zaznamenává ozvy plodu nebo alespoň provede poslech ozev po každé kontrakci. Dále sleduje kontrakce děložní, postup porodu, fyziologické funkce, náplň močového měchýře, který v případě neschopnosti spontánního vyprázdnění vycévkuje a kontroluje celkový stav rodičky. Po celou dobu porodu se snaží ženu uklidnit, podpořit a vysvětlit následující postup. Vytváří intimní atmosféru, tichou, klidnou, která rodičce poskytuje bezpečí a pohodlí (Leifer, 2004).

„Péče o rodičku by měla být individuální, prováděná jednou porodní asistentkou (alespoň po dobu její služby), ke které si může žena vytvořit vztah naplněný důvěrou (Ratislavová 2008, s. 62).“

Dle Hájka (2004) bývá druhá doba porodní často ukončena extrační vaginální operací. „*Jestliže nastává situace pro použití kleští nebo vakuového extraktoru, porodní asistentka rozprostírá na porodní nástrojový stůlek sterilní nástroje. V případě nutnosti ženu vycévkuje. Močový měchýř by měl být prázdný, aby při výkonu nedošlo k jeho poranění a vytvořilo se více prostoru v pánvi* (Leifer, 2004, s. 207).“

Ženy, které mají RS, mají vyšší riziko inkontinence moči a stejně tak i infekce močového ústrojí a instrumentální porod tato rizika může násobit (Dahl et al., 2005). Porodní asistentka proto také směřuje ošetrovatelskou poporodní péči k zachování nebo obnovení normálního vylučování moče. Poučí ženu o možném tréninku močového měchýře. Doporučí cviky na posílení svalů dna pánevního. Samozřejmě poskytuje rady, jak by měly ženy o sebe po porodu pečovat (Mikešová, Fraňková et al., 2006).

Kojení je ženám s RS většinou doporučováno jen první tři měsíce z důvodu brzkého návratu k léčbě. Odstavování kojence od prsu by tak mělo probíhat postupně, aby se předešlo k přeplnění prsů a mastitidě a nárazové odstavení nepůsobilo negativně na dítě. Porodní asistentka doporučí ženě snížení frekvencí kojení během dne. Kojení, které je pro dítě nejpříjemnější (kojení před usnutím či ranní kojení) se vynechává až jako poslední. V případě nutnosti náhlého přerušení kojení doporučí porodní asistentka stahování prsů pevnou podprsenkou nebo elastickým obinadlem a upozorní na vyvarování se stimulace bradavek. Z psychologického pohledu poskytuje kojení příležitost k navázání vztahu mezi matkou a dítětem. U žen, které nemohou kojit, se porodní asistentka snaží o vytváření vazby a vztahu pomocí kontaktu rodičů s dítětem a tento kontakt se snaží všemožně podporovat (Ratislavová, 2008; Leifer, 2004).

Ženy s RS by se měly vyvarovat namáhavým pracem, mít dostatek spánku i během dne a využít k tomu dobu, kdy dítě také spí. Po celé období těhotenství, dobu porodu a v poporodním období by lékaři a porodní asistentky měli spolupracovat jako tým a vytvářet prostředí, které působí příznivě i na celou rodinu (Leifer, 2004).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zpracovat literární přehled o problematice těhotenství žen s roztroušenou sklerózou.

Cíl 2

Zjistit, zda mělo těhotenství, porod a poporodní období vliv na zhoršení stavu roztroušené sklerózy.

Cíl 3

Zjistit, zda měly ženy s roztroušenou sklerózou informace o vlivu těhotenství, porodu a šestinedělí na jejich základní onemocnění.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jaký vliv mělo těhotenství, porod a poporodní období na zhoršení stavu roztroušené sklerózy?

Výzkumná otázka 2

Jaké informace mají ženy s RS o vlivu těhotenství na jejich základní onemocnění?

3 Metodika a výzkumný soubor

3.1 Metodika

K výzkumu bakalářské práce bylo použito kvalitativního výzkumného šetření, které pracuje s malým počtem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Pro sběr dat byl zvolen polostandardizovaný rozhovor. Tato forma byla zvolena záměrně, neboť polostandardizované rozhovory pomáhají udržet zaměření k tématu a zároveň dávají respondentům prostor pro uplatnění vlastních zkušeností a názorů (Bártlová et al., 2008; Švaříček, Šedová, 2007).

Rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány na diktafon a z audiozáznamu následně zpracovány do případových studií, které byly pro přehlednost očíslovány (R1-R3). Výzkumné šetření proběhlo během měsíce března roku 2013, a to buď v domácím prostředí respondentek, nebo na veřejných klidných místech, která poskytovala dostatek soukromí pro vedení rozhovoru.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily tři ženy ve věku od 28 do 38 let, které mají RS a rodily. Celkem byly provedeny tři rozhovory na základě dvanácti předem připravených otázek (viz Příloha A). Všechny tři dotazované ženy daly souhlas s použitím získaných informací.

4 Výsledky

4.1 Případová studie 1

První respondentce je 36 let, pracuje jako účetní pro více malých soukromých firem. Bydlí společně s manželem a jejich dcerou v rodinném domku.

Kdy začaly její potíže, není schopná přesně posoudit, pravděpodobně mnohem dříve než jí byla RS diagnostikována v roce 2006. Potíže, které ji přivedly k lékaři, byly brnění a chvění svalů končetin, změna citlivosti pravé tváře, změna vnímání chuti v ústech a velká únava.

Ihned po diagnóze nastoupila na neurologické oddělení FN Plzeň, kde jí byly aplikovány infúze kortikoidů (Medrol) a k tomu užívala léky proti odvápnění kostí a žaludeční nevolnosti. Za dva měsíce po stanovení diagnózy byla zařazena do klinické studie SET, díky níž užívala interferon v přípravku Avonex. V té době měli na lék právo jen ti pacienti, kteří mívali 2 ataky za 1 rok, v tomto případě přípravek pojišťovna hradila. S přestávkami na těhotenství a kojení Avonex stále užívá. Po aplikaci je doposud hodně vyčerpaná a spává, má problémy se soustředěním, připadá jí, že přesto že jí, hubne. Na kontrolní MRI a krevní testy jezdila vždy jednou ročně do Prahy.

Její základní onemocnění značně ovlivnilo plánování těhotenství, protože RS jí byla diagnostikována v době, kdy se již pokoušela otěhotnět. Po stanovení diagnózy opět začala užívat hormonální antikoncepci a těhotenství odložila. Před zahájením léčby zvažovala zmražení vajíček. Měla strach, aby Avonex neovlivnil plodnost anebo geneticky neovlivnil oocyty. V té době nebyl znám jeho teratogenní účinek. Konzultace centra asistované reprodukce s jejím ošetřujícím neurologem ji uklidnila. Představa, že by neměla děti, jí vadila víc než to, že je nemocná.

Klinická studie měla trvat 4 roky, ale po třech letech trvání studie již těhotenství nechtěla odkládat a brzy otěhotněla. Okamžitě potom Avonex vysadila.

Ošetřující neurolog zpočátku nebyl z těhotenství nadšený, zřejmě kvůli předčasnému vyřazení z klinické studie, ale to je jen domněnka. Těhotenství však

nevymlouval. Z doporučení, které jí řekl, si vybavuje jen to, že ho má okamžitě kontaktovat, až zjistí, že je těhotná.

Dostatečné informace o RS z jejího pohledu dostala hned po stanovení diagnózy, tedy zhruba tři roky před tím, než otěhotněla. Již v té době jí sdělili, že ohledně těhotenství se mnohé změnilo oproti předchozí době, kdy ženám s RS těhotenství nedoporučovali. Navíc dostala písemné informace o RS, což jí hodně pomohlo. Při sdělení diagnózy by nebyla schopná si všechny informace zapamatovat.

Kromě informací od svého neurologa získávala informace o vlivu RS na těhotenství, porod a poporodní období z internetu a publikací společnosti Roska. Vzpomíná, že by v té době byla ráda, pokud by si tyto informace mohla uceleně přečíst v nějaké publikaci.

Respondentka měla naprosto normální průběh těhotenství a cítila se dobře. Ve druhém měsíci těhotenství si vybavuje, že pociťovala velikou únavu, kterou připisuje i horkým letním měsícům, ve kterých otěhotněla. Zlepšení pak nastalo zhruba po prvním trimestru. Během celého těhotenství se všechny příznaky RS hodně uklidnily.

Během těhotenství jí ošetřující gynekolog poslal na genetické vyšetření z důvodu jejího základního onemocnění, které zpočátku nechtěla absolvovat, protože genetický vliv RS nebyl zatím přesně zjištěný. Genetické vyšetření absolvovala, přesný genetický vliv RS na plod, procentuelně vyjádřený, se nedozvěděla. Vzpomíná si, že měla několikrát pocit, že se v pohledu na její onemocnění rozcházejí. To byl důvod, proč sama od čtvrtého měsíce začala docházet do rizikové poradny při FN Plzeň. Zde se hned ze začátku dozvěděla, že pokud nebude porodnická indikace, bude rodit normálně. Upozornili jí, že císařský řez při tomto onemocnění je o něco pravděpodobnější, ale pokud nebude porodnická komplikace, bude rodit normálně. To jí hodně uklidnilo. Celkově k ní nepřistupovali jako k nemocné, což jí vyhovovalo.

Rodila přirozenou cestou ve 38. týdnu těhotenství. Porod začal předčasným odtokem vody plodové. Za přibližně pět hodin nastaly spontánně pravidelné kontrakce děložní a za dvě hodiny byl porozen plod ženského pohlaví 3 440 g a 50 cm. Druhá doba porodní trvala 20 minut. Adaptace novorozence byla fyziologická. Během druhé

doby porodní jí vylekalo intenzivní brnění nohou i rukou, které po porodu plodu odeznělo. Nikomu se s tím však nesvěřila.

Šestinedělí, až na několik kolapsových stavů v prvních hodinách po porodu, probíhalo bez problému. Kolapsové stavy ji opět hodně vystrašily, začala mít strach, že nebude schopná postarat se o novorozence. Vzpomíná na profesionální přístup a podporu ze stran porodních asistentek a gynekologů. Naopak profesionalitu postrádala u novorozeneckých sester, které nevybíravě zjišťovaly, proč stále ještě nemá novorozence u sebe. *„Bylo mi do breku, připadala jsem si jako špatná máma, ale já měla strach, že mi malá vypadne z rukou, že ji neudržím.“* Domnívala se, že pravděpodobně vůbec nevěděly o jejím základním onemocnění, což jí připadalo hodně neprofesionální. *„Dodnes nemůžu skousnout, jak se chovaly.“* Následující dny bylo vše v pořádku. V šestinedělí docházela na infuze imunoglobulinu, které dostala tři s měsíčním odstupem. Na základě doporučení od svého ošetřujícího neurologa, které zcela akceptovala, kojila pouze tři měsíce z toho důvodu, že kojení stimuluje imunitu a mohlo by tak vyvolat další ataku. Navíc také mohla dostat jen tři infuze imunoglobulinů s měsíčním odstupem. Od neurologa byla poučena, že je nejlepší pokračovat v léčbě co nejdříve po porodu.

Během prvního roku po porodu se vyskytly dvě ataky, které z pohledu respondentky měly příčinu pravděpodobně ve vyčerpání z dlouhodobého nevyspání. První se objevila přibližně za půl roku po porodu a projevovala se kromě většího brnění, chvění po těle také změnou citlivostí a hlavně hybností levé nohy. Celkově pociťovala nezvladatelnou únavu. Potíže se stále stupňovaly, ale až za dva měsíce o stavu informovala svého neurologa, který okamžitě nasadil infuze s Medrolem, které dostala domů a mohla je užívat perorálně.

Druhá ataka se vyskytla za rok po porodu. Potíže měla zhruba stejné, stejná byla i jejich terapie. V té době ošetřující neurolog zvažoval změnu Avonexu za přípravek, který se aplikuje ob den do podkoží (Avonex 1x týdně do svalů). Proto byla na MRI, během které se zjistilo, že aktivita onemocnění je nižší než při první MRI. Od té doby (cca tři roky) žádnou ataku neměla. Až na nárazové pocity velké únavy, brnění, chvění a změnu citlivosti kůže na končetinách nemá vážnější potíže, které by ji omezovaly.

Ženě, která má RS a plánuje těhotenství, by doporučila, aby se ničeho nebála a nestresovala se. Samozřejmě je dobře těhotenství plánovat, vědět, že se mám o koho opřít, s kým se podělit o péči a starost o dítě. Prostě mít zázemí, to je z jejího pohledu to nejdůležitější.

4.2 Případová studie 2

Druhé respondentce je 30 let, pracuje jako zdravotní sestra, bydlí společně s manželem a jejich dětmi v rodinném domku nedaleko Plzně.

První příznaky se objevily v roce 2004, kdy začala pociťovat brnění těla od pasu dolů, hlavně nohou. Jak sama říká: „*měla jsem v nich mravenčení a pocit, že ani nejsou moje.*“ O potížích se zmínila v práci, kde jí lékař z oddělení okamžitě domluvil vyšetření na neurologii. Na neurologické ambulanci jí bylo aplikováno centrální myorelaxans (Myolastan), po kterém potíže ihned odezněly, a tak se další vyšetření dál neprovedla.

V červnu v roce 2005 se začaly potíže opakovat, opět přišlo další mravenčení dolních končetin, brnění břicha a pravé pŕlky těla. Navštívila neurologickou ambulanci, kde již lékař vyjádřil podezření na RS a respondentku hospitalizoval. „*V tu chvíli se mi zhroutil svět. Lékař netušil, že jsem zdravotní sestra, že vím, co RS přesně znamená, takže mi to sdělil jen tak mezi řečí. Slzy vystřídaly vztek, hněv, měla jsem rok po svatbě, velké plány a teď tohle. V první chvíli jsem se chtěla rozvádět, odháněla jsem od sebe všechny a nejvíce manžela, bylo mi zle a nechtěla jsem žít.*“ Hospitalizace trvala týden, během které byla provedena lumbální punkce, MRI a odběry krve. Psychologické vyšetření odmítla. Pro nesplnění všech kritérií pro RS stále nebyla diagnóza potvrzena. Po týdnu od propuštění si vše v sobě začala ujasňovat a nabírat sílu se s podezřením na RS vyrovnat. Snažila se více o nemoci hovořit, nejvíce s manželem a s její kamarádkou. Doma pokračovalo střídání nálad, kdy jeden den byla se vším smířena, druhý den dokázala proplakat. Čím déle však bylo od začátku podezření, tím lépe jí bylo. Zklidnila se a uvědomila si, že jsou na světě horší nemoci, že je to třeba znamení, aby změnila svůj život, přehodnotila své hodnoty a cíle. Velkou oporou jí byl manžel, který se k ní choval stejně jako před nemocí. Nelitoval, ale jasně řekl, že se na něj může s pomocí kdykoliv obrátit, což jí hodně uklidnilo a věřila, že vše společně zvládnou a budou šťastní. Jediné, co jí v té době vadilo, byl soucit rodičů a rodinných příslušníků. Po třech měsících se mohla vrátit do práce. Kvůli směnnosti však musela opustit její oblíbené pracoviště, Dětskou jednotku intenzivní péče, a nastoupit na osmihodinové ranní služby.

Definitivní diagnóza přišla v září v roce 2007, kdy již byla v desátém týdnu těhotenství. Léčba probíhala vždy jen v době atak, a to intravenózní aplikací kortikoidů (Solumedrol) ve vysoké dávce 1 000 mg po dobu 3 - 5 dní. Následně pak různě dlouhou dobu užívala methylprednisolonum v přípravku Medrol v tabletách. Dávky se postupně, dle stavu, snižovaly až do vysazení. Jako prevenci nežádoucích účinků kortikoidů užívala vitamín D, kalcium a Helicid.

Podezření na RS značně ovlivnilo její plánování těhotenství. Ošetřující neurolog těhotenství s lékařského pohledu nedoporučil, ale z osobního hlediska mu bylo jasné, že respondentce, která byla rozhodnuta mít dítě za každou cenu, bránit nebude. Poučil ji o možných rizicích, která však nebyla nikde 100 % potvrzena. Doporučil otěhotnět v době největší stabilizace nemoci. *„Nejhorší bylo slyšet rok po svatbě, kdy jsme o dítěti s manželem začali mluvit, větu, že by bylo nejlepší, abych dítě nikdy neměla, protože RS porod a následné poporodní období zhoršuje.“*

Zda měla dostatečné informace o RS a jejího vlivu na těhotenství, porod a šestinedělí nedokáže přesně říci. I když jako zdravotnice měla vždy možnost se lékařů na svém pracovišti na cokoliv zeptat, nevyužívala toho, protože se snažila nemoc z hlavy úplně vytěsnit a informace nevyhledávat.

V září v roce 2009 otěhotněla. Okamžitě jí byla doporučena pracovní neschopnost kvůli nauze a zvracení při podezření na RS, aby co možná nejvíce odpočívala. Neurologické vyšetření na začátku těhotenství bylo shodné s vyšetřením před těhotenstvím a kontrola měla proběhnout v případě potíží nebo měsíc před porodem. Veškerá léčba byla vysazena.

V desátém týdnu těhotenství se objevila neurologická ataka, která se projevila necitlivostí obou dolních končetin od pasu dolů. Na neurologii byla ihned zahájena infuzní terapie kortikoidů (Solumedrolu) i přes možné následky na plod. Rozhodující bylo ataku odstranit nebo zmírnit, aby respondentka mohla dále chodit. Po třetí aplikaci infúze Solumedrolu potíže zcela vymizely. Léčba pokračovala v podávání Medrolu v tabletách ještě asi 14 dní a poté byla ukončena. Díky této atace a následné léčbě jí byla doporučena aminocentéza. Toto vyšetření podstoupila a výsledky byly v pořádku. *„Tři týdny čekání na výsledky byly nekonečné, a když jsme se 23. 12. 2007 dozvěděli, že*

je náš chlapeček zdrav, brečeli jsme s manželem jak malé děti. Byl to pro nás nejkrásnější dárek, jaký jsme si jen mohli přát.“

O dalším postupu léčby bylo rozhodnuto na neurologickém konsiliu. Léčba pokračovala v měsíčním intervalu intravenózního podání Kiovigu v infúzi jako zajišťovací léčba proti vzniku další ataky. Aplikaci respondentka konzultovala s genetickým pracovištěm, kde byla ujištěna o minimálním vlivu na plod a s léčbou souhlasila. Poslední infuzi dostala deset dní před termínem porodu. Zároveň obdržela i vyjádření o způsobu vedení porodu, které z neurologického hlediska mohlo být vedeno přirozeným způsobem. Byla poučena, že při zhoršení potíží bude informovat porodníka.

Porod hodnotí jako rychlý a ráda na něj vzpomíná. Osm dní po termínu porodu začala pociťovat nejprve nepravidelné kontrakce, které za čtyři hodiny začaly být pravidelné s intervalem po dvaceti minutách. Za devět hodin, kdy již byly po pěti minutách, odjela do porodnice. Při příjmu bylo provedeno vstupní vyšetření, porodní branka byla otevřená na tři centimetry. Protože se kontrakce na kardioktografu nezobrazovaly, i když je respondentka pociťovala, porodní asistentka zavolala lékaře na opětovné přešetření. *„Ode dveří lékař asistentku seřval, že nechápe, jak může říct, že mám kontrakce, když mi je nenaměřili, a že nemá cenu, aby mi vyšetřoval, že má důležitější práci, a že mi mají dát na pokoj, kde těhotné čekají na porod. Byla jsem v šoku, slzy se mi koulely po tváři a chtěla jsem mít u sebe manžela, což mi nedovolili, protože na pokoji byly další rodičky.“* Bolesti se dál stupňovaly, ale respondentka měla po této zkušenosti strach se znovu ozvat. Snažila se bolest, která jí vystřelovala do podbřišku a do stehů, rozdýchávat. Přemýšlela, co to tedy může být za bolest, když to údajně nejsou kontrakce k porodu. Na těhotenském pokoji strávila tři hodiny společně s jinými maminkami, které se snažily zavolat porodní asistentku. Po čtvrt hodině volání stále nikdo nepřicházel, proto se respondentka vydala sama hledat pomoc. *„Věděla jsem, že měli všechny sály plné, a že nejspíš na sesterně nikdo není, ale už jsem se svíjela v bolestech a cítila jsem, jak je malý níž a níž, tak jsem otevřela dveře a vypořádala jsem se na chodbu a zavolala, že asi rodím.“* Po přešetření porodní asistentkou měla respondentka porodní cesty otevřené již na osm centimetrů. Od té chvíle jí porodní asistentka hodně pomohla. *„V tu chvíli jsem ožila, najednou jsem měla*

sílu rodit dál, protože jsem věděla, že mi konečně někdo věří, že rodím.“ Po dirupci vaku blan kontrakce děložní ještě více zesílily a za dvě hodiny od dirupce byly porodní cesty již zcela otevřené. Druhá doba porodní trvala 10 minut, bez nutnosti porodního nástřihu se narodil syn, vážil 3 380 g a měřil 49 cm. *„Když mi malého dali do náruče, byl to ten jeden ze dvou nejkrásnějších zážitků v mém životě. Jediné, co mi později mrzelo, bylo chování porodníka. Dneska si říkám, že každý máme nějaké chyby a věřím, že se on z nich poučil, protože když se mi přišel druhý den omluvit, bylo na něm vidět, že je mu trapně.“* Adaptace novorozence proběhla bez problému. Jen díky zlomené klíční kosti během porodu docházeli na kontrolu do ortopedické ambulance. *„Po čtyřech dnech v porodnici jsme si odváželi domů náš poklad a já jsem věděla, že se sem ještě vrátím.“*

Od neurologů měla respondentka doporučeno kojit pouze tři měsíce. Laktace se bohužel nespustila. Již z porodnice odcházela s umělou výživou. Díky manželově pomoci se v šestinedělí necítila nijak unavená. Naopak se cítila velice spokojená. *„Několikrát jsem si v hlavě opakovala, že těhotenství a rizika s ním spojená měla smysl podstoupit. Velice ráda na tuto dobu vzpomínám, protože to, že já s RS a atakou v těhotenství jsem porodila bez následků krásného, zdravého chlapečka je zázrak, v který jsem tajně doufala od počátku své nemoci.“*

První ataka přišla za deset měsíců od porodu. Opět to bylo mravenčení a špatná citlivost dolních končetin. Po třech infúzí Solumedrolu (methylprednisolonum) byl stav téměř upraven do normálu a po čtvrtroční zajišťovací léčbě Medrolen (methylprednisolonum) se stav úplně upravil. Po téhle atace byla respondentce od pojišťovny schválena léčba interferonem beta-1a v přípravku Avonex, který si 1x týdně sama aplikovala. Druhá ataka přišla v roce 2009. Průběh ataky a léčba byla stejná jako u předchozích atak. Kontrolní MRI neodhalila další nové léze, ale i tak byla změněna léčba. Místo Avonexu si respondentka začala aplikovat jiný interferon beta-1a v přípravku Rebif i. m. 3x týdně.

Za dva roky od této ataky s manželem opět začali uvažovat o dítěti. Ošetřující neurolog pevné rozhodnutí nevyvracel, ani nepoučil klientku o rizicích s tím spojených. Popřál jim, ať vše dobře dopadne, což oba hodně uklidnilo. *„Byla jsem za tyhle slova*

moc ráda a věděla, že pokud otěhotním, všechno dobře dopadne. Mrzela mi slova sestry, která na to řekla, že jsme se zbláznili. Ono se lehce někomu něco radí, když si to sám neprožil. Ale každý máme na svůj názor právo, tak jsem to tak i vzala.“

Za dva měsíce respondentka opět otěhotněla a okamžitě vysadila Rebif a všechny ostatní léky. Těhotenství bylo vedeno opět jako rizikové pro zvracení v prvním trimestru. Z neurologického hlediska byl opět porod možný přirozenou cestou.

Druhý porod proběhl opět v termínu porodu. První doba porodní trvala 3,5 hodiny a druhá doba porodní deset minut. Opět bez nutnosti porodního nástřihu se narodil syn, který vážil 3 380 g a měřil 51 cm s fyziologickou poporodní adaptací. *„Druhý porod byl rychlejší než první a vzpomínám na něj raději, protože jsem měla celou dobu u sebe manžela a hlavně na sále byla úžasná porodní asistentka a paní doktorka. Nebyla jsem nějak vyčerpaná a unavená.“*

Na základě doporučení neurologa nebylo kojení povoleno pro co nejrychlejší návrat k léčbě interferonem beta-1a v přípravku Rebif. Ihned po propuštění z porodnice byla zahájena léčba, a to 3x týdně, ale pro její nesnášenlivost a velké vedlejší účinky se pokračovalo v léčbě přípravkem Avonex 1x týdně i. m. Avonex si respondentka aplikuje dosud. Až na občasnou únavu se cítí dobře a je vděčná za to, že jí tak je.

První ataka po druhém porodu se vyskytla za deset měsíců, se stejným průběhem a léčbou. Po aplikaci Solumedrolu rychle odezněla a během měsíce a půl mohla být vysazena i léčba Nedrolen (methylprednisolonum) v tabletách i veškerá doplňková léčba.

„Za tu dobu, co RS mám, jsem přišla na to, že ataka vždycky přichází jako odplata za nějaké psychické rozpoložení, problém. Od té doby se snažím být psychicky v pohodě. Naučila jsem se rozlišovat malé a velké starosti, nezatěžovat se malichernostmi a hlavně být šťastná za to, co mám. Nekoukat do minulosti, žít přítomností, na všem negativním najít i to pozitivní. Když jsem se s RS smířila, přijala jsem jí jako součást svého života, ale nikdy jí nedám nic zadarmo a vždycky s ní budu bojovat. Vím, že jsou na světě horší nemoci, ale s touhle „potvorou“ nesmím nikdy prohrát. Je pro mě strašně moc důležitá podpora manžela, rodiny, mám dvě úžasné děti, které jsou pro mě vším. Jsou dny, kdy jsem unavená, mám slabší levou nohu, ale nevzdávám se, protože vím, že zítra mi bude

zase líp. Stačí si trošku odpočinout a nehrát si na siláka, který všechno dokáže. Když je mi dobře, což už teď dlouhou dobu zažívám, tak dokáži fungovat jako úplně zdravý člověk. Sportuji, dělám veškeré domácí práce, nikdo by nepoznal, že jsem nemocná a jakou diagnózu mám. Čím jsou kluci starší, tím stále častěji přichází myšlenka na další dítě. Po svatbě jsme si s manželem říkali, že budeme mít tři děti. Vždycky se podívám na kluky a mám strach, že by se mohlo něco se mnou stát a já už bych tu pro ně 100 % nebyla. To je asi znamení, že bylo dost riskování a už zůstane jen u snů. Manžel navrhl adopci, tak o ní uvažujeme. Třeba je někde nějaké opuštěné dítě, které by bylo rádo, že může být s námi. Ale co bude, uvidíme, co se má stát, se stane.“

Ženám, které mají RS a chtějí mít děti, by doporučila, aby byly pevně rozhodnuté, že dítě chtějí. Uvědomit si rizika s tím spojená a být s nimi smířené. Zároveň si nic zlého nepřipouštět, a pokud by byl nějaký problém, ataka, pořád věřit, že všechno dobře dopadne. Mít vedle sebe manžela, přítele, rodinu, kteří jim v případě potřeby budou nápomocni a podrží je. Nikdy se nevzdávat, bojovat, věřit, a pokud přijde pevné rozhodnutí mít dítě, nenechat si do toho od nikoho mluvit. „*Je to můj život, moje rozhodnutí a moje riziko.*“

4.3 Případová studie 3

Třetí respondentce je 33 let. Momentálně je na mateřské dovolené. Po potvrzení diagnózy RS je v částečném invalidním důchodu. Bydlí společně s manželem a synem v rodinném domku na Plzni-severu.

RS jí byla diagnostikována v roce 2008. V té době chodila do práce na tři směny, pracovala jako kontrolorka. Na noční směně začala mít pocit, že přestává vidět na jedno oko. Nechala se tedy vyšetřit na oční ambulanci. Oční lékaři po přešetření zjistili, že na levé oko vůbec nevidí a byla jí doporučena hospitalizace. Během hospitalizace se dozvěděla, že má zánět očního nervu a že se jedná pravděpodobně o začátek nějaké nemoci. Po dalším neurologickém vyšetření, jako byla MRI a lumbální punkce, se diagnóza RS potvrdila. Do tří měsíců byla zahájena léčba methylprednisolonem v přípravku Medrol. Od samého začátku je respondentka v poradně pro pacienty s RS na neurologii ve FN Lochoťín. Za sebou má osm atak, které se vyskytují přibližně čtyřikrát do roka. Ataky se většinou projevují zánětem očního nervu, malou citlivostí a mravenčením ruky a nohy vždy na levé části těla. Někdy mívá pocit necitlivosti celé levé nohy. Po přeléčení kortikosteroidy ve formě pěti infúzí se stavy vždy vrátily do normálu. Poslední tři ataky byly přeléčeny methylprednisolonem v přípravku Solumedrol. Od roku 2010 si aplikuje injekce glatiramer acetate (Copaxone), vždy jedenkrát denně. Až do roku 2011 měla stále se opakující ataky ve stejné frekvenci. *„Svoji nemoc si nepřipouštím, žiju aktivně, trochu s rozvahou, ale myslím si, že celá nemoc je o pozitivním myšlení.“*

Těhotenství bylo podmíněno obdobím bez atak. Poslední byla v roce 2011 a poté si respondentka pomalu začala snižovat dávky léků. Trvalo rok, než otěhotněla. Methylprednisolonové injekce vysadila hned po zjištění těhotenství, ostatní léky ještě před otěhotněním. Ošetřující neuroložka s respondentkou probrala vše kolem těhotenství i možná rizika. V době otěhotnění byla rok a půl bez ataky, bylo jí 33 let, měla pocit, že nebylo na co čekat. K získání dalších informací ohledně těhotenství a RS jí hodně pomohl internet a zkušenosti ostatních pacientek, se kterými se stýkala, které již děti měly.

Těhotenství snášela velice dobře. „*Cítila jsem se dobře jako už dlouho ne, byl ze mě zdravý člověk.*“ Ze začátku těhotenství občas pociťovala bolesti v podbřišku. Díky zvětšení štítné žlázy v osmém měsíci těhotenství jí bylo doporučeno kontrolní vyšetření na endokrinologii, které neabsolvovala. Ke konci těhotenství pociťovala intenzivní svědění celého těla, které bylo způsobené zvýšením jaterních testů. Pro opakované suspektní záznamy na kardiogramu (CTG) jí byla doporučena preventivní hospitalizace v termínu porodu k eventuelnímu vyvolání porodu. Po přijetí do porodnice se pro stále se opakující suspektní záznamy plodu a zvýšené jaterní testy rozhodli lékaři porod vyvolat. Respondentka pociťovala veliký strach o miminko. Po Hamiltonnově hmatu začala krvácet, což jí také hodně vylekalo.

Porod byl pro respondentku jeden z nejhorších zážitků v životě. V jednu hodinu odpoledne začala pociťovat bolesti v podbřišku. Bolestivé kontrakce přišly přibližně až tak za šest hodin. Vadilo jí, že díky pozitivnímu výsledku kultivace z pochvy na hemolytického streptokoka nemohla během porodu do vany. Snažila se alespoň využívat sprchu, ke které měla díky infúzi omezený přístup. Úlevu pociťovala při chůzi po porodním sále. „*Během porodu jsem cítila, že mě neposlouchá noha.*“ Za dvě hodiny od nástupu pravidelných kontrakcí byla provedena dirupce vaku blan. Porodila však až za deset hodin zcela vyčerpaná. „*Během porodu jsem usínala, byla jsem na pokraji sil, mluvila jsem nesmysly, jako bych upadala do bezvědomí.*“ Syn, který vážil 3 380 g a měřil 49 cm, se po porodu dobře adaptoval. U porodu jí kromě ochotných porodních asistentek pomohla také kamarádka. Manžel se necítil psychicky být přítomen porodu. Druhá doba porodní netrvala ani deset minut. Při porodu došlo k většímu porodnímu poranění, které se znovu revidovalo z důvodu větší krevní ztráty. Při revizi byly zavedeny gumové drény.

Ihned po porodu se objevila ataka, která se projevovala necitlivostí levé nohy. Na prosbu respondentky byl druhý den na oddělení šestinedělí zavolán neurolog, který naordinoval léčbu infuzemi methylprednisolu (Solumedrolu). V léčbě pokračovala ještě i po propuštění z porodnice. V šestinedělí také navštívila oční ambulanci, kde jí byl proveden kontrolní perimetr a kontrolní neurologické vyšetření. Neurologický nález se postupně vrátil do normálu.

V šestinedělí se cítila, jak sama říká, zpomalená. Náročné pro ni bylo noční vstávání k novorozenci i celkové nevyspání. Doma jí s péčí o syna hodně pomáhali manžel i tchýně. Podporují ji stále hlavně po psychické stránce. Po ukončení šestinedělí pokračovala v podáváníí glatiramer acetate (Copaxone), který užívá dosud.

Od neurologa měla doporučeno kojit pouze dva měsíce. Díky infúzím methylprednisolonu, které musela dostávat po porodu na potlačení relapsového stavu, však kojit nesměla. Laktace se sama ani nespustila. Mrzí ji, že alespoň ty dva měsíce nemohla kojit.

„Těhotenství bych ženám s RS doporučila si rozmyslet a určitě mít výborné rodinné zázemí. I přes všechny peripetie, kterými jsem si prošla, toho nelituji, ten krásný uzlík za to stojí.“

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá velmi specifickým tématem, a to těhotenstvím žen s roztroušenou sklerózou. Protože se jedná o chronické onemocnění, které bohužel nelze vyléčit a které je velice obtížně předvídatelné, bývá toto onemocnění opředeno několika mýty. Jedním z nich je tvrzení, že nemocné by neměly mít děti, protože by jim po porodu mohla hrozit rychlá invalidizace a nemohly by se tak postarat o své potomky. Ještě v roce 1998 profesorka Havrdová ve své knize uvádí, že se setkává s názorem nutnosti přerušení těhotenství žen s RS. Od té doby uplynulo několik let. Díky kvalitním klinickým studiím se tento mýtus daří vyvracet, ale stále jsou zde určitá rizika a doporučení, která by žena měla dodržet, aby vliv těhotenství, porodu a poporodního období měl co možná nejmenší dopad na jejich základní onemocnění. Jedná se o nemoc postihující téměř dvakrát častěji ženy ve fertilním období, čímž se do popředí jednoznačně dostává otázka těhotenství (Havrdová, 1998).

Ze zkušenosti autorky vyplývá, že právě porodní asistentky jsou častěji těhotnými ženami dotazovány na podrobnosti týkající se jejich onemocnění, v tomto případě vlivu těhotenství na roztroušenou sklerózu. A aby mohly správně odpovědět, odborně poradit, nasměrovat či doporučit, je nutné, aby se v této problematice velice dobře orientovaly a měly dostačující informace, které by pak mohly předat ženám, kterým diagnostikovali RS a které chtějí mít děti.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zpracovat literární přehled o problematice těhotenství žen s RS. Praktická část této práce se dále zabývala zjišťováním, zda mělo těhotenství, porod a poporodní období vliv na zhoršení stavu roztroušené sklerózy. Z tohoto výzkumného cíle vyplynula následující výzkumná otázka: Jaký vliv mělo těhotenství, porod a poporodní období na zhoršení stavu RS? Na tuto otázku byly hledány odpovědi při získávání a zpracovávání jednotlivých polostandardizovaných rozhovorů.

Dvě respondentky (R1, R3) měly fyziologický průběh těhotenství bez vzniku ataky jejich základního onemocnění. U druhé respondentky (R2) se objevila ataka v desátém týdnu těhotenství, která po léčbě velmi rychle odezněla a neměla vliv na zhoršení

neurologického deficitu, což je v souladu s literaturou. V literatuře se uvádí, že pokud je těhotenství plánované v době stabilizace onemocnění, není pro ženu s RS nebezpečné. Na základě výsledků studie PRIMS je těhotenství u nemocných žen s RS bezpečné. Tato studie prokázala, že počet relapsů v průběhu prvního a druhého trimestru poklesl oproti stavu před těhotenstvím. K nejvýznamnějšímu poklesu docházelo ve třetím trimestru gravidity. Tvrzení podpořila retrospektivní analýza 52 žen, která byla provedena v Praze - Motole. Z 52 žen měla akutní ataku v těhotenství 1 žena (Meluzínová, 2011).

Celé těhotenství je důkazem adaptability imunitního systému. Imunitní systém toleruje vyvíjející se plod, vybavený znaky otce, molekul, které jsou antigenně odlišné. RS, která je autoimunního rázu, se tímto také zlepšuje. Naproti tomu se během prvních třech měsíců po porodu, kdy se již imunitní systém neadaptuje, počet relapsů zvyšuje na vyšší hodnotu, než tomu bylo před těhotenstvím, ale nevede ke zhoršení neurologického deficitu.

Všechny tři respondentky rodily spontánně vaginální cestou. U první respondentky (R1) trvala první doba porodní dvě hodiny a druhá doba porodní dvacet minut. Druhá respondentce (R2) trvala v případě prvního porodu první doba porodní osm hodin a druhá doba porodní deset minut. U druhého porodu necelé čtyři hodiny a druhá doba porodní deset minut. Porod u třetí respondentky (R3) trval nejdéle. První doba porodní skončila po jedenácti hodinách a druhá doba porodní po necelých deseti minutách.

I když respondentky porodily přirozenou cestou, v literatuře se uvádí, že porod žen s RS bývá častěji indukován a ukončován instrumentálně (vakuumextraktorem, porodnickými kleštěmi) a bývá i vyšší počet císařských řezů. Průběh porodu je závislý na stupni postižení rodičky. Indikace k ukončení těhotenství císařským řezem jsou čistě porodnické. Určitým předpokladem pro instrumentální vedení porodu bývá únava, neuromuskulární perineální slabost a elasticita, která přispívá k protražovanému porodu, kterému by se mělo u těhotných žen s RS předejít. Toto tvrzení se potvrdilo v případě třetí respondentky (R3), která z dotazovaných žen měla nejdelší průběh porodu a lze předpokládat, že právě protražovaný porod, vyčerpanost a únava měly vliv na její ataku, která nastala ihned po porodu.

V pokračování studie PRIMS, která sledovala tyto ženy ještě další dva roky po porodu, se uvádí, že hlavním rizikovým obdobím pro ženu s RS je období po porodu, kdy byl prokázán větší výskyt atak tohoto onemocnění, než u netěhotných žen, a to zejména v prvních třech poporodních měsících. Dále také uvádí, že čím je neurologické postižení u žen rozsáhlejší, tím je výskyt atak vyšší. U 72 % žen v této studii se neurologická ataka vůbec v prvních třech měsících po porodu neobjevila.

U všech respondentek se v poporodním období ataky vyskytly. U první respondentky (R1) se v prvním roce po porodu vyskytly hned dvě ataky s šestiměsíčním odstupem, proto bylo ošetřujícím neurologem indikováno vyšetření MRI, kde byla potvrzena nižší aktivita onemocnění než před těhotenstvím. U druhé respondentky (R2) se první ataka po prvním i druhém porodu objevila za deset měsíců a druhá ataka za rok od předchozí ataky. Po léčbě se její zdravotní stav upravil a při kontrolním vyšetření MRI se neprokázaly další nové léze onemocnění, stejně jako v případě první respondentky. Třetí respondentka (R3) se první ataka onemocnění vyskytla ihned po porodu, po přeléčení se stav brzo upravil. Dá se předpokládat, že k tak brzkému výskytu ataky po porodu přispěl protrahovaný porod a celkové vyčerpání rodičky. Opět nedošlo ani u jedné z respondentek ke zhoršení neurologického deficitu, jak vyplývá ze studie z roku 2011 citované výše.

Studie autorů Langer–Gould et al. z roku 2009 vysledovala nižší výskyt atak u kojících žen s RS, stejně tak ve studii PRIMS nebyl prokázán nepříznivý vliv laktace na průběh onemocnění. V dalších studiích se tento poznatek však nepodařilo prokázat, proto se ženám raději kojení doporučuje pouze tři měsíce, aby se mohly co nejdříve vrátit k původní léčbě a minimalizovala se rizika. Jak profesorka Havrdová (2009) uvádí, pro dítě je velmi důležitá matka v dobrém zdravotním stavu.

Respondentkám bylo kojení doporučeno v rozmezí od dvou do třech měsíců. Pouze jedna respondentka (R1) kojila tři měsíce, druhé dvě respondentky (R2, R3) vůbec nekojily, laktace se nespustila.

Přes všechny komplikace, které s sebou těhotenství ženy s RS přináší, je dobré vědět, že z neurologického hlediska nemoc nepřináší rizika pro plod a ženám se narodí děti živé a zdravé, tak jako v případě žen uvedených v této bakalářské práci.

Z rozhovorů také vyplynulo, že novorozenci se po porodu velice dobře adaptovali a jsou zdraví.

Po vlastních zkušenostech respondentek s těhotenstvím a porodem se jejich názor na těhotenství nezměnil. Ženám, které plánují těhotenství, by souhrnně doporučily, aby, pokud se pevně rozhodnou mít děti, těhotenství dobře naplánovaly, uvědomily si rizika s tím spojená, nenechaly se ničím vystresovat a věřily, že vše dobře dopadne. Měly kolem sebe dobré rodinné zázemí, věděly, že se mají o koho opřít a s kým se podělit o péči a starost o dítě. To je z jejich pohledu to nejdůležitější.

Při druhé výzkumné otázce (Jaké informace mají ženy s RS o vlivu těhotenství na jejich základní onemocnění?) bylo zjištěno, že u nás ani v zahraničí není kniha nebo ucelené dílo, které by se věnovalo přímo této problematice. Teprve v posledních letech, a to jak v zahraničí, tak i u nás, vyšlo několik článků, odborných publikací, zabývajících se touto problematikou. Tento poznatek se potvrdil u jedné ze tří respondentek, kdy na otázku odpověděla, že i přes informace od svého ošetřujícího neurologa o možných rizicích by byla ráda, pokud by si tyto informace mohla v té době v nějaké publikaci uceleně přečíst.

Od svých ošetřujících neurologů obdržely informace týkající se plánovaného rodičovství, doporučení týkající se nutnosti vysazení léčby při potvrzení těhotenství, vyjádření o způsobu vedení porodu a délky kojení, způsobu léčby po ukončení šestinedělí. Jedna respondentka informace považovala za dostatečné a z důvodu obav z negativních výsledků si sama další nezjišťovala. Ostatní respondentky se snažily získat informace publikované na internetu, například od Unie Roska.

Závěr

Prvním cílem bakalářské práce bylo zpracovat literární přehled o problematice těhotenství žen s roztroušenou sklerózou, který volně navazoval na druhý cíl - zjistit, zda mělo těhotenství, porod a poporodní období vliv na zhoršení stavu roztroušené sklerózy.

Z dostupných dat se dá závěrem říci, že pokud se žena s RS rozhodne mít děti, měla by své těhotenství plánovat v době stabilizace nemoci, tedy v době šesti- až dvanáctiměsíčním období bez ataky, a být stále pod dohledem odborníků. Před plánovaným početím vysadit léčbu, a to i v případě léků první volby, u kterých nebyla teratogenita prokázána. Při plánování rodičovství mít dobré rodinné zázemí. Rodina by měla ženě pomoci se zvládnutím péče o dítě, aby mohla co nejvíce odpočívat a necítila se unavená. Odborné publikace neprokazují škodlivý vliv těhotenství na průběh RS, naopak dokazují, že těhotenství má příznivý účinek na toto onemocnění. Rizikovým obdobím jsou tři měsíce po porodu, kdy je zvýšené riziko relapsu, které se později ustaluje na stejné hladině jako před těhotenstvím. V tomto období je důležitá spolupráce s neurologem. Porod by měl být veden co nejšetrněji. Indikace k císařskému řezu jsou v tomto případě pouze porodnické. Kojení je pro většinu žen bezpečné, ale doporučuje se díky včasnému návratu k léčbě pouze po dobu tří, maximálně pěti měsíců.

Dále z výzkumu vyplývá, že ani u jedné z respondentek nedošlo ke zhoršení stavu jejich základního onemocnění vlivem těhotenství, porodu a šestinedělí.

Třetím a zároveň posledním cílem bylo zjistit, zda měly ženy s roztroušenou sklerózou informace o vlivu těhotenství, porodu a šestinedělí na jejich základní onemocnění.

Pokud respondentky měly zájem získat informace týkající se této problematiky, obdržely je od svých ošetřujících neurologů. Informace se také snažily najít na internetových stránkách Unie ROSKA, která se snaží pomáhat lidem s RS, aby mohli žít důstojný a plnohodnotný život (Unie Roska: Česká multiple sclerosis společnost, 2013). Pouze jedna respondentka by přivítala mít tyto informace více ucelené, například v knižní podobě.

Při rozhovorech s respondentkami jsem si uvědomila, jak je důležité mít o této nemoci dostatek znalostí. Během rozhovorů ženy několikrát zmínily nepochopení ze strany zdravotníků. Stížnosti se netýkaly léčby ani zdravotní péče, ale týkaly se přístupu ke klientkám. Domnívám se, že při bližším prostudování této problematiky by k nepochopení nedocházelo a ženy by byly méně stresované. Myslím si, že stresových situací s tímto onemocněním zažívají hodně, proč bychom těmto ženám přidělovaly další pouze tím, že něco nevíme, nebo se o tom bojíme mluvit, nebo se jen nedokážeme vcítit do jejich pocitů.

Domnívám se, že v budoucnu by bylo zajímavé zopakovat šetření s větším počtem respondentek, například i s ohledem na zvyšující se prevalenci roztroušené sklerózy v naší populaci. Bakalářská práce může být přínosem jak pro pracovníky ve zdravotnictví, kdy může poskytnout porodním asistentkám důležité informace a poskytnout specifické zásady ošetrovatelské péče u žen s RS, tak i pro samotné ženy nemocné RS, které plánují těhotenství a pro svoje lepší rozhodování by ocenily ucelené informace, především o onemocnění roztroušenou sklerózou v souvislosti s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím.

Seznam literatury

Tištěné zdroje

AMBLER, Zdeněk, 2002. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. Dotisk 4. vyd. Praha: Karolinum, 399 s., ISBN 80-246-0080-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva, et al., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-672.

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA, 2010. *Klinická neurologie: Část speciální I*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-389-9.

ČECH, Evžen a Klára ŠEĐOVÁ. 2006. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 544 s., [2]. ISBN 80-247-1303-9.

HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 443 s., ISBN 80-247-0418-8.

HANULÍKOVÁ, Petra a Tomáš BINDER, 2012. *Těhotenství a roztroušená skleróza*. Postgraduální medicína. roč. 14, č. 9, s. 970-973. ISSN 1212-4184.

HAVRDOVÁ, Eva, 1998. *Roztroušená skleróza*. Vyd. 1. Praha: Triton, 98 s. ISBN 80-858-7579-9.

HAVRDOVÁ, Eva, 2001. *Neuroimunologie*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 451 s. ISBN 80-859-1224-4.

HAVRDOVÁ, Eva. 2009, *Roztroušená skleróza: průvodce ošetrujícího lékaře*. Farmakoterapie pro praxi. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 96 s. Sv. 39. ISBN 978-807-3451-875.

HAVRDOVÁ, Eva, 2011. *Roztroušená skleróza – je něco nového?* Lékařské listy. č. 10-Speciál, s. 3-5. (od r. 2006 – vychází samostatně – bez ISSN)

HAVRDOVÁ, Eva, 2012. *Roztroušená skleróza v zasetí mýtů (jako všechno nevléčitelné, záluďné a nepředvídatelné)*. Bulletin Sdružení praktických lékařů. roč. 22, č. 2, s. 40-42. ISSN 1212-6152.

HORÁKOVÁ, D., 2008. *Roztroušená skleróza a úloha praktického lékaře*. Medicína pro praxi. roč. 5, č. 10, str. 378-382. ISSN 1214-8687.

HUBIČKOVÁ HERINGOVÁ, L. a E. MAŇÁKOVÁ, 2010. *Roztroušená skleróza a její léčba v těhotenství z pohledu České teratologické informační služby: hodnocení rizika embryotoxicity farmakoterapie na základě dosavadních zkušeností*. Neurologie pro praxi. roč. 11, č. 6, str. 391-395. ISSN 1213-1814.

KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG, 2007. *Speciální neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.

KOLIBA, P., O. ZAPLETALOVÁ a M. PETZEL 2005. *Gravidita a roztroušená skleróza mozkomíšní*. Česká gynekologie. roč. 70, č. 6, str. 426-430. ISSN 1210-7832.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, xxxiii, 951 s., ISBN 80-247-0668-7.

MELUZÍNOVÁ, Eva, 2010a. *Současné možnosti léčby roztroušené sklerózy*. Neurologie pro praxi. roč. 11, č. 5, str. 307-311. ISSN 1213-1814.

MELUZÍNOVÁ, Eva, 2010b. *Těhotenství a roztroušená skleróza*. Neurologie pro praxi. roč. 11, č. 5, s. 297-299. ISSN 1213-1814.

MELUZÍNOVÁ, Eva, 2011. *Těhotenství a roztroušená skleróza*. Neurologie pro praxi. Neurologická klinika, 2. LF UK a FNM, Praha. Roč. 12, Suppl. E (2011), s. E18, ISSN 1213-1814

MELUZÍNOVÁ, Eva, et al., 2010. *Aktivita choroby během gravidity a v prvním roce po porodu u nemocných s RS*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie: časopis českých a slovenských neurologů a neurochirurgů. roč. 73, č. 106, Suppl. 2, s. S17. ISSN 1210-7859. [Abstrakt]. Dostupné také z: http://www.prolekare.cz/dokumenty/j48_2010_2_csnn_supplementum.pdf.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al., 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 248 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 269 s., [8] s. ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VANĚČKOVÁ, Manuela a Zdeněk SEIDL, 2010. *Magnetická rezonance a roztroušená skleróza mozkomíšni: pro studenty lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 148 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0421-821.

WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ, 2006. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 396 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-802-4610-207.

ZAPLETALOVÁ, Olga, 2012. *Roztroušená skleróza a těhotenství*. Zdravotnické noviny. roč. 61, č. 3. Příl. Lékařské listy, s. 36-37. ISSN 1952-2010.

Elektronické zdroje

DAHL, J. et al., 2005. *Pregnancy, delivery, and birth outcome in women with multiple sclerosis* [online]. December 2005. Neurology, vol. 65, no. 12, p. 1961-1963. [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: <http://www.neurology.org/content/65/12/1961.short>.

HAAS, Judith a Otto Roelf HOMMES, 2007. *A dose comparison study of IVIG in postpartum relapsing-remitting multiple sclerosis* [online]. Sage Journals. vol. 13. no. 7. str. 900-908. ISSN 1082-0132. DOI: 10.1177/1352458506075654. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://msj.sagepub.com/cgi/reprint/13/7/900>.

HAVRDOVÁ, Eva, 2007. *Roztroušená skleróza a těhotenství* [online]. Unie Roska. [Praha]: [Unie Roska], [cit. 2013-04-22]. 30. 8. 2007 Dostupné z: <http://www.roska.eu/clanky/111.html>.

HAVRDOVÁ, Eva, ©2013. *Těhotenství a roztroušená skleróza* [online]. In: Roska Přerov [Přerov]: eStránky.cz, [cit. 2013-04-22]. Dostupné z: <http://www.roska-prerov.cz/clanky/tehotenstvi-a-rs.html>.

HELLWIG, K. et al., 2009. *Increase in Relapse Rate during Assisted Reproduction Technique in Patients with Multiple Sclerosis* [online]. *European Neurology*. vol. 61, no. 2, p. 65-68. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?doi=177937>.

HORÁKOVÁ, D, 2007. *Roztroušená skleróza a mateřství* [online]. *Neurologie pro praxi*. roč. 8, č. 1, s. 32-34. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/75b105bb793e40725bca338ee88e2725.pdf>.

LANGER-GOULD A. et al., 2009. *Exclusive breastfeeding and the risk of postpartum relapses in women with multiple sclerosis* [online]. *Archives of neurology*. vol. 66(8). str.958-963. DOI: 10.1001/archneur.2009.132. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://archneur.ama-assn.org/cgi/content/full/66/8/958>.

Unie Roska: Česká multiple sclerosis společnost [online]. 2013 [cit. 2013-04-10] Dostupné z: <http://www.roska.eu>. (Unie Roska: Česká multiple sclerosis společnost, 2013).

VUKUSIC, S. et al., 2004. *Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMS study): clinical predictors of post-partum relapse* [online]. *Brain*. May 2004, vol. 127, no. 6, p. 1353-1360. [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://brain.oxfordjournals.org/content/127/6/1353.full?sid=a7e9d209-5319-454a-90b8-672c1c9ea1ac>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Schéma léčby RS	20
---	-----------

Seznam příloh

Příloha A: Otázky	
--------------------------	--

Přílohy

Příloha A - Otázky

- Kolik je Vám let?
- Jak a kdy začaly Vaše potíže?
- Kdy Vám byla diagnostikována RS?
- Jak probíhala Vaše léčba?
- Jak Vaše základní onemocnění ovlivnilo plánování těhotenství?
- Co Vám na plánování těhotenství řekl Váš ošetřující neurolog? Jaká byla jeho doporučení?
- Považovala jste získané informace za dostatečné? Pokud ne, kde jste, kromě informací od svého neurologa, získávala informace o vlivu RS na těhotenství, porod a poporodní období?
- Jaký průběh mělo Vaše těhotenství?
- Jak probíhal Váš porod?
- Jak probíhalo Vaše šestinedělí? Jak dlouho jste kojila?
- Jak se vyvíjí Vaše onemocnění od těhotenství dosud? Kdy se poprvé od těhotenství vyskytla nová ataka nemoci? Čím si vysvětlujete její příčinu?
- Co byste doporučila ženě, která má RS a plánuje těhotenství?