

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Markéta Trbolová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE



Markéta Trbolová

Epilepsie v těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hrubá

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Epilepsie v těhotenství

Název práce v AJ: Epilepsy in pregnancy

Datum zadání: 2014-01-29

Datum odevzdání: 2014-05-06

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Markéta Trbolová

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hrubá

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou epilepsie a jejím vlivem na těhotenství. První kapitola je zaměřena obecně na epilepsii a výskyt epilepsie v populaci. Druhá kapitola se zabývá vztahem epilepsie a těhotenství a ovlivněním menstruací a plodnosti při epilepsii. Popisuje teratogenní účinky a vliv antiepileptik na plod a zaměřuje se na vliv epilepsie při porodu a šestinedělí. Třetí, závěrečná kapitola předkládá poznatky v péči o ženu s epilepsií - jakou péči poskytuje ženě porodní asistentka, jaká je vhodná dieta pro osoby s epilepsií a na která místa se mohou ženy s epilepsií v ČR obrátit.

Abstrakt v AJ:

Bachelor's thesis deals with epilepsy's impact on pregnancy. The first chapter focuses on epilepsy in general and its occurrence in population. The second chapter deals with epilepsy's impact on pregnancy, menstruation, and fertility. It describes teratogenic effect and impact of antiepileptic drugs on the fetus, and also focuses on the impact of epilepsy on childbirth and the postpartum period. The third chapter presents findings in the care of women with epilepsy - what care is provided to a woman by midwife, what is the appropriate diet for people with epilepsy and where in the Czech Republic can women with epilepsy seek help.

Klíčová slova v ČJ:

epilepsie, epilepsie v těhotenství, epilepsie a fertilita, epilepsie a kojení, antiepileptika a těhotenství

Klíčová slova v AJ:

epilepsy, epilepsy in pregnancy, epilepsy and fertility, epilepsy and breast-feeding, antiepileptic drugs and pregnancy

Rozsah: 41 s., 3 příl.

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma Epilepsie v těhotenství jsem vypracovala samostatně a použila jsem jen zde uvedené elektronické zdroje.

Olomouc 2014

podpis

Děkuji paní Mgr. Renatě Hrubé za odborné vedení mé bakalářské práce,
poskytnuté informace, materiály a cenné rady.

OBSAH

ÚVOD	8
1 EPILEPSIE	10
1.1 Výskyt epilepsie v populaci	11
1.2 Typy epilepsie	12
1.3 Typy epileptických záchvatů.....	12
1.3.1 <i>Generalizované záchvaty</i>	12
1.3.2 <i>Parciální záchvaty</i>	13
1.3.3 <i>Status epilepticus</i>	14
2 EPILEPSIE V TĚHOTENSTVÍ	15
2.1 Epilepsie a menstruace	18
2.2 Epilepsie a plodnost.....	18
2.3 Vliv těhotenství na epilepsii	19
2.4 Vliv epilepsie na těhotenství	19
2.5 Vliv epilepsie a antiepileptik na plod.....	19
2.6 Teratogenní účinky antiepileptik na plod.....	20
2.7 Epilepsie a porod	22
2.8 Epilepsie v šestinedělí a kojení	24
3 PÉČE O ŽENU S EPILEPSIÍ	28
3.1 Péče porodní asistentky o ženu s epilepsií	28
3.2 Doporučená dieta.....	30
3.2.1 <i>Ketogenní dieta</i>	30
3.3 Kluby pro epileptiky v ČR	31
3.3.1 <i>Společnost „E“</i>	31
ZÁVĚR	33
POUŽITÁ LITERATURA	37
SEZNAM PŘÍLOH	42

ÚVOD

Jedna z nejdůležitějších otázek pro ženy ve fertilním věku, které trpí epilepsií, což je vážné chronické neurologické onemocnění, je ta, zda tyto ženy dokážou otěhotnět a porodit naprosto zdravé dítě. Spousta žen s epileptickým onemocněním může své těhotenství prožít zcela nekomplikovaně a porodit tak zdravé dítě. Nicméně objevují se i rizika, která jsou spojená s jejich vlastním onemocněním a také s užíváním antiepileptik. Tato rizika lze snížit vhodným lékařským přístupem, poradenstvím a dostatečnou informovaností o daném onemocnění. Pro ženu s epileptickým onemocněním a také pro její plod je během těhotenství velmi důležitá kontrola generalizovaných konvulzivních záchvatů, sledování hladiny antiepileptik a úprava jejich podávaných dávek. Některé publikace přesně udávají, jak správně postupovat v léčbě a péči o ženu ve fertilním věku, v období, kdy plánuje otěhotnět, dále pak v těhotenství a také v šestinedělí a laktačním období. Informace lze shromažďovat z publikací, národních a mezinárodních registrů tak, aby vedly k závěrům, které jsou podloženy důkazy. Avšak i přesto existuje spousta otázek, na které nejsou jednoznačné odpovědi. Situace každé ženy se musí posuzovat individuálně, záleží totiž na jejích epileptických příznacích a na typu podávaných antiepileptik (Zárubová, 2010, s. 292).

Ve své práci jsem se zaměřila jednak na epilepsii v těhotenství, na její výskyt v populaci, rozdělení, účinek antiepileptik, ovlivnění těhotenství, porodu a kojení, ale také na péči, kterou můžeme ženě s epilepsií poskytnout.

Na základě tématu práce a zkoumaného problému byly stanoveny tyto **hlavní cíle**:

Cíl 1. Předložit poznatky o epilepsii

Cíl 2. Předložit poznatky o vztahu epilepsie k těhotenství, porodu a šestinedělí

Cíl 3. Předložit poznatky v péči o ženu s epilepsií

Byla prostudována literatura:

1. NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J., et al. Neurologie. Praha: Galén, Karolinum, 2005. ISBN 80-7262-160-2 (Galén), ISBN 80-246-0502-3 (Karolinum).
2. HÁJEK, Z., et al. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: GradaPublishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0418-8.
3. ROZTOČIL, A., et al. Moderní porodnictví. Praha: GradaPublishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
4. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B., et al. Porodnictví. Praha: GradaPublishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1313-9.
5. MORÁŇ, M. Praktická epileptologie. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-023-2.

K vyhledávání odborných článků byly použity:

Databáze: MEDVIK, MEDLINE, PUBMED, PROQUEST

Vyhledávače: GoogleScholar, Google

K vyhledávání byla zadána tato **klíčová slova:** epilepsie, epilepsie v těhotenství, epilepsie a fertilita, epilepsie a kojení, antiepileptika a těhotenství. Na základě těchto klíčových slov byla provedena rešerše ze zdrojů od roku 2005 do roku 2013.

Pomocí databází bylo vyhledáno 38 článků. Pro zpracování bakalářské práce bylo použito 22 odborných článků, z toho 6 v českém jazyce a 12 v anglickém jazyce. Zbylé články nebyly použity z toho důvodu, že jejich informace se shodovaly, nebo nesouhlasily se zadanými cíli.

1 EPILEPSIE

Epilepsie je neurologické onemocnění šedé hmoty mozkové, které se projevuje různými záchvatovými poruchami, jež jsou většinou doprovázeny poruchou vědomí, a to kvalitativní, nebo kvantitativní. Záchvaty způsobují výboje gangliových buněk mozku, které jsou abnormální a synchronní. Toto onemocnění se může projevovat velmi rozmanitě, záleží hlavně na místě vzniku výbojů, příčině a jejich způsobu, jakým se šíří v centrálním nervovém systému (Filková et al., 2005, s.16).

Marusič a Krijtová zmiňují, že i ve 21. století je epilepsie neustále považována za nejčastější chronické onemocnění centrálního nervového systému, které má značný dopad na veškeré stránky života lidí s tímto neurologickým onemocněním. To platí především tehdy, jestliže se u nemocných nepodaří docílit celkového vymizení epileptických záchvatů. Jedním z podstatných cílů léčby epilepsie je kompenzace tohoto onemocnění. Při vymizení epileptických záchvatů se výrazně zvyšuje kvalita života nemocného (Marusič a Krijtová, 2011, s. 407).

Pro ideální léčbu je nutná správná indikace a volba antiepileptika, jeho vhodné dávkování, časté hodnocení účinku na záchvaty a včasná změna antiepileptika. Ve většině případů se léčba zahajuje monoterapií. Správná volba antiepileptika se určuje především podle účinku na typ epileptického záchvatu a podle anamnézy nemocného. Léčba se zpravidla zahajuje podáváním nízkých dávek antiepileptik. Jestliže záchvaty neodezní, dávka podávaného antiepileptika se postupně zvyšuje. K léčbě polyterapie se přistupuje v případě, že nebylo docíleno kompenzace v monoterapii, nebo pokud hrozí riziko zhoršení záchvatů (Marusič a Krijtová, 2011, s. 409).

Polyterapie je ve srovnání s monoterapií považována za rizikovější, vzhledem k častějšímu výskytu nežádoucích účinků. Jestliže jsou ale jednotlivá antiepileptika dobře dávkována a kombinována, neznamená to, že by polyterapie měla být hůře snášena. Při všech pravidelných kontrolách je třeba hodnotit jak účinnost léčby,

tak i přítomnost nežádoucích účinků (Marusič a Krijtová, 2011, s. 410).

Při každé kontrole se pacienta ptáme na možné změny celkového zdravotního stavu v souvislosti s užíváním dalších léků, u žen je to především pravidelné užívání hormonální antikoncepce. Pacienti s epileptickým onemocněním se často musí přizpůsobit řadě omezení, jako je výběr povolání, záliby, dodržování pravidelného odpočinku a spánku, bezpečnostní opatření a hlavně pravidelné užívání antiepileptik. Je důležité nemocného důkladně informovat o jeho onemocnění, významu a cíli jeho léčby a o nežádoucích účincích, které se mohou vyskytnout. Nemocný musí vědět, že užívání antiepileptik je dlouhodobé a je třeba léky užívat pravidelně. Dále musí být informován o možných rizicích při vysazení léků (Marusič a Krijtová, 2011, s. 410).

1.1 Výskyt epilepsie v populaci

Zárubová uvádí, že epilepsie postihuje lidi ve všech věkových kategoriích, bez ohledu na pohlaví (Zárubová, 2010, s. 292). Lozsadi dále zmiňuje, že epilepsie představuje jednu z mnoha vážných neurologických poruch a postihuje zhruba 1 ze 130 osob (Lozsadi et al., 2010, s. 1946).

Na celém světě žije okolo 50 milionů lidí s epilepsií a z toho polovina z nich jsou právě ženy (Thomas, 2011, s. 59). V evropském registru těhotenství je uvedeno víc jak 1900 těhotných žen, které trpí epilepsií (Thomas, 2011, s. 60). Ženy ve fertilním věku mohou trpět epilepsií již od dětského věku, dospívání, nebo se u nich může objevit až v dospělosti, výjimečně se tato nemoc může vyskytnout v graviditě (Zárubová, 2010, s. 292). Vztah mezi nástupem menstruace a začátkem epilepsie se objevuje u 20–30% žen s epilepsií (Røste and Taubøll, 2007, s. 290).

Montouris říká, že přibližně 1 milion žen s epilepsií jsou ženy v plodném věku. Počty porodů u žen s epilepsií se každým rokem ve Spojených státech

pohybují okolo dvaceti tisíc, ale i přesto u 90 % z nich jsou jejich výsledky v normě (Montouris, 2010, s. 449).

Předpokládá se, že 0,3–0,4% všech narozených dětí jsou právě děti žen, které trpí epilepsií. Dále se předpokládá, že v České republice se ročně narodí zhruba 300–400 dětí ženám s epileptickým onemocněním (Zárubová, 2010, s. 292).

1.2 Typy epilepsie

Epilepsie se velmi složitě diagnostikuje, léčí a rozděluje. Podle etiologie epilepsii rozdělujeme na *tyto typy*:

- a) ***Epilepsie primární (idiopatická)*** – Tento typ epilepsie je velmi často geneticky podmíněn (Filková et al., 2005, s. 16).
- b) ***Epilepsie sekundární (symptomatická)*** – Epilepsie je zapříčiněna morfológickou mozkovou lézí, ta způsobuje podráždění neuronů, které vyvolávají epileptické výboje. Může se jednat o nitrolební nádorové zvětšení, úrazy, poškození v perinatálním období, výskyt aberantní cévy, poškození mozkové kůry způsobené sklerózou, poruchu prokrvení, metabolické poruchy a podobně (Filková et al., 2005, s. 16).

1.3 Typy epileptických záchvatů

Epilepsii dále rozdělujeme dle typu záchvatů na záchvaty generalizované a parciální. Při nakupení jednotlivých záchvatů dochází k životu ohrožujícímu stavu, nazývanému status epilepticus (Filková et al., 2005, s. 16).

1.3.1 Generalizované záchvaty

Generalizované záchvaty jsou doprovázeny poruchou vědomí, která je buď kvantitativní, nebo kvalitativní. Záchvaty, které mají nejasný ložiskový počátek,

se nazývají záchvaty primárně generalizované a jejich nástup vzniká náhle a rychle, běžně jsou asymptomatické (Filková et al., 2005, s. 16).

U primárně generalizovaných záchvatů se nejčastěji prvotně objevují generalizované tonicko-klonické křeče, které jsou doprovázeny bezvědomím, jež může trvat různě dlouhou dobu, dále poruchou dechu, pěnou kolem úst a také velmi často dochází k pokousání jazyka. V některých případech může také dojít k samovolnému úniku moče a stolice. Po prodělání záchvatu si daný člověk na nic nepamatuje a je zmatený (Filková et al., 2005, s. 16).

Sekundárně generalizované záchvaty se od primárních generalizovaných záchvatů liší tím, že mají jasný ložiskový počátek v mozkové tkáni a výboje se z něj šíří velmi rychle po celé kůře mozkové. U člověka dochází ke změnám motorickým, které se projevují jako záškuby obličeje a končetin, dále ke změnám senzitivním (mravenčení), sensorickým (závrať), autonomním (pocení, slinění, epigastrické senzací, bušení srdce, poruchy rytmu) a k psychickým změnám (halucinace, strach, mráкотné stavy a podobně). Následně se objevují generalizované tonicko-klonické křeče, které jsou doprovázeny bezvědomím (Filková et al., 2005, s.16).

1.3.2 Parciální záchvaty

U parciálních, nebo také ložiskových, fokálních záchvatů není prokázáno, že se u nich ve všech případech musí objevit porucha vědomí. Parciální záchvaty se projevují podobně jako sekundárně generalizované záchvaty, s výjimkou toho, že se u nich neobjevují tonicko-klonické křeče s bezvědomím. Zvláštním typem parciálních záchvatů jsou parciální komplexní záchvaty, které se projevují řadou neobvyklých projevů, jako je například mlaskání, grimasování, pevné držení těla, jízda na kole nebo chůze. Tyto projevy jsou doprovázeny poruchou vědomí a trvají pár minut. Člověk si po jejich prodělání na danou situaci nepamatuje a je zmatený. U některých parciálních záchvatů dochází k tomu, že se mohou postupně vyvíjet až v záchvaty sekundárně generalizované (Filková et al., 2005, s. 16).

1.3.3 Status epilepticus

Status epilepticus vzniká nahromaděním jednotlivých záchvatů, je to závažný stav, který člověka ohrožuje na životě. Záchvaty tohoto typu mohou být buď primárně generalizované, nebo parciální a u obou se objevuje bezvědomí. Mezi status epilepticus lze také řadit takový epileptický záchvat, který trvá déle jak 20 minut. Při tomto stavu je člověk ohrožen vznikem hypoxické nekrózy mozku, hypertermií, poruchami acidobazické rovnováhy, aspirací a poruchami elektrolytů (Filková et al., 2005, s. 16).

Lékem první volby je podání diazepamů i.v. 0,2mg/kg. Pokud léčba nezabírá, může se podat fenytoin i.v. 20mg/kg. Benzodiazepiny mají ale také i své nežádoucí účinky, které se můžou projevit ve formě útlumu dýchání nebo hypotenze. Při podané dávce fenytoinu se může objevit také arytmie. Člověk ve statu epilepticu musí být ihned hospitalizován na jednotce intenzivní péče neurologického oddělení, popřípadě na ARO, kde je pacient pod neustálým monitorováním základních životních funkcí (Filková et al., 2005, s. 17).

2 EPILEPSIE V TĚHOTENSTVÍ

Røste a Taubøll uvádí, že u žen s epilepsií dochází k celé řadě problémů. Zjevnými problémy jsou těhotenství a porod, daleko více se ale setkáváme s problémy s plodností a se sexuálními problémy. U mnoha žen s epilepsií dochází ke zhoršení záchvatů v souvislosti s nástupem menstruace. Dochází u nich k menstruačním poruchám a ke vzniku polycystických vaječníků. Mezi další problémy patří kosmetické problémy, hlavně co se týče kůže a vlasů. Užívání antiepileptik může potlačovat účinky antikoncepce, které potom mohou vést k neplánovanému otěhotnění. Antikoncepce může také ovlivňovat sérovou hladinu antiepileptik. U dětí žen s epilepsií je vyšší riziko vzniku vrozených vývojových vad. Některá antiepileptika mohou zapříčinit zvýšené riziko osteoporózy (Røste and Taubøll, 2007, s. 289).

Harden a Sethi zmiňují, že většina žen s epilepsií užívá antiepileptika, kdy v jejich léčbě a užívání je obvykle nutno pokračovat i v průběhu celého těhotenství. Porodníci a neurologové se s epileptickým onemocněním u žen setkávají běžně. Jejich nelehkým úkolem je zajištění a kontrola záchvatů během celého těhotenství a také minimalizace možných nepříznivých vlivů z léčby antiepileptik na plod a tím zvýšení šance pro celkový dobrý stav jak pro matku, tak i pro novorozence (Harden and Sethi, 2008, s. 557).

U žen s epilepsií je mnohem vyšší výskyt reprodukčních endokrinních poruch než u normálních zdravých žen. Mezi tyto poruchy patří především syndrom polycystických ovarií, zvýšená koncentrace androgenů v krvi, neplodnost, hypotalamická amenorea a zvýšená hladina prolaktinu v krvi. Reprodukční dysfunkce je přisuzována jak samotné epilepsii, tak i antiepileptikům, která žena užívá. Parciální epileptické výboje, vycházející ze spánkového laloku, mohou mít přímý vliv na funkci hypotalamo-hypofyzární osy a tím dochází k uvolňování pohlavních hormonů steroidní povahy, produkci folikulostimulačního hormonu, luteinizačního hormonu, gonadotropního hormonu a prolaktinu. Antiepileptika mohou regulovat uvolňování hormonů z hypotalamo – hypofyzární - gonadální osy

a měnit tak metabolismus pohlavních hormonů s jejich vazebnými proteiny (Verotti et al., 2009, s. 1803).

Epileptické výboje v limbických strukturách mohou u žen zapříčinit vznik sexuální dysfunkce. U žen se projevuje nedostatkem zájmu o sex, orgasmickou dysfunkcí až anorgasmií, bolestivou souloží, vaginismem nebo nedostatečnou poševní lubrikací (Verotti et al., 2009, s. 1805).

Pokud se žena s epilepsií rozhodne mít dítě, je u ní nutná důkladná kontrola záchvatů během celého těhotenství. U žen s epilepsií je vyšší úmrtnost nežli u žen zdravé populace. Těhotné ženy s epilepsií byly v minulosti brány jako ženy s vysokým rizikem pro vznik porodnických komplikací, preeklampsie, císařského řezu nebo předčasného porodu. Studie ale udávají, že pod správným a pečlivým lékařským dohledem je výskyt komplikací u těhotných žen s epilepsií obdobný jako u zdravých těhotných (Verotti et al., 2009, s. 1808).

Antiepileptická léčba by měla být optimalizována alespoň šest měsíců před porodem. Snížení nebo úplné vysazení antiepileptik během gravidity je považováno za zbytečné, protože ke vzniku vývojových vad u plodu dochází většinou ve velmi raném období vývoje. Snížení nebo vysazení antiepileptik během těhotenství může být nebezpečné. Záchvaty sice nezvyšují riziko vzniku vrozených vad u plodu, mohou ale škodit jak matce, tak i plodu, a proto je důležitá správná antiepileptická léčba. Avšak i přesto se udává, že u těhotných žen s epilepsií je dvakrát až třikrát vyšší riziko vrozených vad u plodu, než je u žen bez tohoto onemocnění. Hlavním důvodem je především teratogenní účinek antiepileptik na plod v děloze (Verotti et al., 2009, s. 1808).

Filková uvádí, že u každé ženy s epilepsií by mělo být těhotenství vždy plánováno. V období před otěhotněním musí neurolog pečlivě zvážit všechna rizika epileptického onemocnění a určit tak i postup léčby. Každá žena s epilepsií musí podstoupit celkové neurologické vyšetření. Dle výsledků pak neurolog stanoví přesný typ epilepsie a určí následnou léčbu, nejlépe monoterapii s co možno nejnižší dávkou antiepileptika (Filková et al., 2005, s. 17).

Je důležité, aby žena byla důkladně geneticky vyšetřena, ještě než otěhotní. Standardy nebo vhodná doporučení, v jakých intervalech a rozsahu se u žen s epilepsií provádí neurologické kontroly v České republice, neexistují. O dispenzarizaci těhotné ženy s epilepsií rozhoduje každý neurolog individuálně. Žena může být také převedena z péče neurologa do péče specializované neurologické ambulance. Pokud u ženy vznikne epilepsie až v těhotenství, s antiepileptickou léčbou se začne až po ukončení prvního trimestru gravidity. Jestliže žena s epilepsií otěhotní neplánovaně, její stanovená léčba se nemění. Pokud je těhotenství plánováno, je doporučeno, aby žena užívala kyselinu listovou zhruba tři měsíce před otěhotněním. Je prokázáno, že dostatek kyseliny listové v těle matky snižuje rizika pro vznik vrozených vývojových vad u plodu (Filková et al., 2005, s. 17).

Těhotná žena s epilepsií musí být vždy rázně poučena a informována o rizicích spojených s vyšším výskytem malformací plodu. Jestliže k tomuto riziku dojde, žena má možnost ukončit těhotenství z důvodu genetické indikace, ale přitom by měla být poučena o rizicích dekompenzace epilepsie. K dekompenzací dochází nejčastěji v prvním a třetím trimestru gravidity a v období kojení. K hlavním příčinám patří především svévolné snížení, nebo úplné vysazení antiepileptik, nadměrné zvracení v těhotenství, snížení hladiny léků z důvodu špatné resorpce v gastrointestinálním traktu (zhoršení motility žaludku, zhoršení motility střev), zvýšení hmotnosti a zadržování vody v těle, zvýšení clearance, úzkost a nadměrný stres nebo nedostatek spánku (Filková et al., 2005, s. 18).

Časté epileptické záchvaty, a to hlavně záchvaty generalizované tonicko-klonické, mohou u plodu způsobit nitrolební krvácení, poškození plodu z důvodu přetrvávající hypoxie, nedostatečný placentární průtok nebo předčasné odloučení placenty (Filková et al., 2005, s. 18).

2.1 Epilepsie a menstruace

Thomas zmiňuje, že zhruba 30% žen s epilepsií uvádí, že záchvaty se u nich běžně objevují v určitých fázích během menstruačního cyklu. Tento stav se označuje jako menstruační epilepsie. Studie uvádí, že u 100 žen se zjistilo, že u 70% z nich se záchvaty vyskytují více během ovulačního cyklu než při anovulačním cyklu (20%). Ale existují i jiné rozdíly mezi záchvaty, které se vyskytují během ovulačního cyklu, a mezi těmi, které se vyskytují během anovulačního cyklu. Ovulační záchvaty se objevují při nástupu menstruace, zatímco záchvaty anovulační mají tendenci objevovat se také při začátku menstruace, zpravidla kolem čtrnáctého a devátého dne menstruačního cyklu (Thomas, 2011, s. 60).

2.2 Epilepsie a plodnost

Bylo prokázáno, že u žen s epilepsií dochází ke snížení plodnosti. Studie ukázaly, že ženy s epileptickým onemocněním mají vyšší riziko neplodnosti, a to hlavně tehdy, když užívají polyterapii. U žen bez expozice antiepileptik byla neplodnost prokázána u 7,1%, zatímco u žen s expozicí antiepileptik byla prokázána u 31,8% při léčbě monoterapií, u 40,7% při léčbě dvěma antiepileptiky a u 60,3% při léčbě třemi a více. Studie udávají, že ženy s epilepsií, vystaveny fenobarbitalu, mají velké riziko neplodnosti. Žádný takový poznatek nebyl ale pozorován u valproátu nebo u ostatních léků. Antiepileptika mohou u žen výrazně ovlivňovat reprodukční hormonální rovnováhu. Valproát způsobuje změnu v pohlavním hormonálním metabolismu, má sklon ke vzniku polycystického ovariálního syndromu a ten může způsobit neplodnost (Thomas, 2011, s. 60).

Sukumaran, Sarma a Thomas se shodují na tom, že některá antiepileptika, jako například karbamazepin nebo fenobarbital, jsou silnými induktory jaterních enzymů, které se účastní na metabolismu pohlavních hormonů. Z toho důvodu může dojít ke změně krevní hladiny progesteronu, estrogenu a dalších pohlavních hormonů a to může způsobit narušení reprodukčního systému (Sukumaran, Sarma and Thomas, 2010, s. 1351).

2.3 Vliv těhotenství na epilepsii

Thomas uvádí, že gravidita může mít různě proměnlivé účinky na frekvenci záchvatů. U 2/3 pacientů mohou záchvaty ustoupit, nebo se nemění a zůstávají beze změny. V evropském registru těhotenství je víc jak 1900 těhotných žen, které trpí epilepsií, a z toho přibližně 60% z nich během svého těhotenství neprodělalo epileptický záchvat. U žen s parciálními záchvaty nebo při polyterapii je vyšší výskyt záchvatů během gravidity. U 17,3% žen se záchvaty zhoršují a u 15,9% dochází ke snížení počtu záchvatů. Během porodu je rodička nejvíce ohrožena vznikem epileptického záchvatu. Status epilepticus se většinou objevuje jen u méně než 1% nemocných (Thomas, 2011, s. 60).

2.4 Vliv epilepsie na těhotenství

Údaje z Kerala registru Epilepsie a těhotenství udávají, že u žen s epilepsií se častěji vyskytuje anémie, ovariální cysty, myomy dělohy a samovolné potraty. Na základě populačních údajů z Norska se udává, že ženy s epileptickým onemocněním mají mnohem vyšší riziko indukce porodu, císařského řezu a poporodního krvácení. Toto riziko se ještě dále zvyšuje, pokud žena užívá antiepileptika. U žen, které antiepileptika neužívají, riziko císařského řezu mírně vzrostlo, ale další rizika a komplikace se nijak nezvýšily (Thomas, 2011, s. 60).

2.5 Vliv epilepsie a antiepileptik na plod

Thomas uvádí, že vlivy nežádoucích účinků epilepsie a antiepileptik na plod mohou být široce hodnoceny jako antropometrické změny, změny fyziologické, teratogenní účinky a dlouhodobé kognitivní účinky. Mnoho studií ukázalo, že děti, které se narodí ženám s epilepsií, mají nízkou porodní hmotnost (Thomas, 2011, s. 60).

Populační studie z Norska udávají, že u dětí žen s epilepsií, které užívají antiepileptika, hrozí vyšší riziko předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti, riziko intrauterinní růstové retardace plodu a menší obvod hlavičky při narození. Spolehlivým ukazatelem fyziologického stavu novorozence je Apgar skóre, které se hodnotí ihned po narození dítěte. Populační studie v Norsku ukazují, že děti, které jsou vystaveny antiepileptikům v děloze matky, jež trpí epilepsií, mají nižší Apgar skóre (Thomas, 2011, s. 60).

Ruth a Bartnett ve své studii zmiňují, že děti narozené ženám s epilepsií mají vyšší riziko nižšího Apgar skóre po porodu, a to méně než 7 v první minutě (Ruth and Bartnett, 2013, s. 222).

2.6 Teratogenní účinky antiepileptik na plod

Thomas sděluje, že největší obavou ohledně užívání antiepileptik v těhotenství je riziko vzniku vrozených malformací u dítěte. Tyto vady mohou být způsobeny genetickou predispozicí, přímým účinkem záchvatů, nebo nepřímým účinkem záchvatů, jako jsou například pády a zranění. Dále pak nesprávnou péčí v prenatalním období a teratogenními účinky antiepileptik na plod. Kerala registr Epilepsie a těhotenství udává, že nebyly objeveny žádné familiární sklony pro vrozené malformace v prvním a druhém stupni příbuzenstva u žen s epilepsií, v porovnání s jejich partnery, kteří netrpí epilepsií. Záchvaty mohou způsobovat snížení placentárního oběhu a sekundární ischemii u plodu. Reperfuzí se oběh opět obnovuje a může tak dojít ke zvýšení oxidačního stresu, který pak může vyvolávat teratogenní účinek. Hlavní příčinou, která způsobuje teratogenezi, však zůstává expozice antiepileptik (Thomas, 2011, s. 61).

Užívání antiepileptik v těhotenství zvyšuje riziko malformací plodu a způsobuje úbytek kyseliny listové v těle, který dále u plodu může způsobit defekt neurální trubice. Údaje z registru těhotenství v Nizozemsku a USA poukazují na to, že užívání antiepileptik v prvním trimestru gravidity významně zvyšuje riziko vážných vrozených malformací (Thomas, 2011, s. 61).

Údaje z registru těhotenství ve Velké Británii ukazují, že při užívání monoterapie je riziko malformací u plodu 3,7%, zatímco při léčbě polyterapií je riziko malformací 6,0%. Zvýšené riziko malformací, spojené s polyterapií, se také prokázalo i v dalších registrech těhotenství. Populační studie z Norska udávají, že riziko malformací u plodu se zvýšilo při užívání valproátu. V registru těhotenství ve Velké Británii se zmiňuje, že zvýšené riziko malformací bylo ve srovnání s užíváním fenitoinu (3,7%), lamotriginu (3,2%) nebo karbamazepinu (2,2%) prokázáno v souvislosti s užíváním valproátu (6,2%). Analýza Eurocat udává, že užívání valproátu způsobuje zejména defekty neurální trubice, rozštěp patra, defekt septa, hypospadii, polydaktylii a kraniosynostózu. Epidemiologické studie ukazují, že při nedostatku kyseliny listové u těhotných dochází ke zvýšenému riziku defektu neurální trubice u plodu, při doplňování kyseliny listové do těla se toto riziko výrazně snižuje (Thomas, 2011, s. 61).

Meador ve své studii zjišťuje, že fetální vliv valproátu, užívaného během celého těhotenství, je v závislosti na jeho dávce spojen s nižším IQ u dítěte. Studie také prokázaly vysoké teratogenní riziko při užívání valproátu. Tento problém byl zkoumán na americké akademii a ta udává, že pokud možno, je třeba se valproátu během prvního trimestru těhotenství zcela vyvarovat, a tak zabránit možnému riziku vzniku malformací u plodu (Meador et al., 2010, s. 1957).

Kerala registr Epilepsie a těhotenství popisuje, že u dětí narozených ženám s epilepsií se při hodnocení v patnácti měsících jejich věku zjistilo, že 1/3 z nich má narušený duševní a motorický vývoj. Když se tyto děti dále zkoumaly v šesti letech jejich věku, zjistilo se, že mají mnohem nižší IQ než děti, které se narodily zdravým ženám, nebo ženám s epilepsií bez expozice antiepileptik v prenatálním období. Při léčbě polyterapií a při užívání valproátu ve vysokých dávkách se významně zvyšuje riziko pro neurokognitivní vývojové problémy (Thomas, 2011, s. 62).

2.7 Epilepsie a porod

Borthen a Gilhus předkládají, že existuje jen několik studií, které se zabývají zkoumáním komplikací u epileptických žen během porodu. U žen s epilepsií se častěji vyskytuje indukce porodu, i když samotná epilepsie není důvodem k indukci. Použití kleští nebo vakuumextrakce během porodu se u žen s epilepsií nevyskytuje tak často, ale naopak císařský řez se u žen s epilepsií vyskytuje ve vysoké míře. Provedení císařského řezu je ale mnohdy nutno provést jen díky komplikacím, které se během porodu vyskytnou. Studie ukázaly, že perinatální a novorozenecká úmrtnost dětí, narozených ženám s epilepsií, se zvyšuje. Novorozenci, kteří se narodí matkám s epilepsií, jsou častěji uloženi a intenzivně sledováni na novorozeneckém oddělení, a to zejména ti, kteří byli vystaveni polyterapii nebo karbamazepinu, které matka v těhotenství užívala (Borthen and Gilhus, 2012, s. 82).

Studie ve Švédsku se zaměřily na souvislost mezi předčasným porodem a epilepsií u žen ve věku 25-37 let. Tyto studie ukázaly, že není prokázáno zvýšené riziko předčasného porodu v závislosti na epilepsii v tomto věkovém období (Crump et al., 2011, s. 1376-1377).

Péče o ženu během porodu se u žen s epilepsií nijak neliší. Upřednostňuje se porod vaginální, císařský řez se provádí z důvodu porodnické indikace. Bylo zjištěno, že těhotná žena trpící chronickým onemocněním má vyšší pravděpodobnost k provedení císařského řezu, avšak toto zjištění by nemělo být považováno za indikaci k císařskému řezu. Indukce porodu u žen s epilepsií se provádí pouze ze zdravotní nebo porodnické indikace, nebo pokud dojde k zhoršení záchvatovité aktivity během těhotenství. Studie ukazují, že indukce porodu u žen s epilepsií se zvyšuje. Narůstající indukce porodů u žen s epileptickým onemocněním vede ke zvýšení císařského řezu. Jedna studie zjistila, že 10% císařských řezů, provedených u žen s epilepsií, bylo výsledkem neúspěšné indukce porodu (Ruth and Barnett, 2013, s. 222).

Biraben a Beauplet zmiňují, že pro ženy s epileptickým onemocněním je vhodnější porod vaginální cestou. Faktory, jako jsou bolest, stres, nedostatek spánku a nedodržování správné léčby, mohou snižovat práh pro vznik záchvatů. To ale není považováno za kontraindikaci pro epidurální anestezii, která může být ženě doporučena z důvodu porodních bolestí nebo stresu (Biraben and Beauplet, 2005, s. 942).

Borthen a Gilhus sdělují, že některé studie nebyly schopny prokázat možné komplikace u žen s epilepsií, na rozdíl od jiných studií, které prokázaly, že u žen s epilepsií je mnohem vyšší riziko gestační hypertenze, preeklampsie a předčasného porodu (Borthen and Gilhus, 2012, s. 80).

Po porodu je velmi důležitá kontrola krvácení. Poporodní krvácení je celosvětově častou příčinou úmrtí matek po porodu, představuje zhruba 1/3 úmrtí matek na celém světě. Příčinou může být buď nadměrné krvácení z placentárního místa implantace, z místa poranění v genitálním ústrojí, nebo obojí. Poporodní krvácení je stav, kdy ztráta krve činí 500ml a více. Studie ukazují, že výskyt poporodního krvácení je vyšší u žen užívajících antiepileptika během gravidity, a to zejména oxarbazepin a valproát (Borthen and Gilhus, 2010, s. 351).

Kuba uvádí, že v České republice každým rokem porodí okolo 500-900 žen s epileptickým onemocněním. Obvykle u žen s epilepsií není doporučován porod císařským řezem. Výjimkou jsou ale ty ženy, které mají ve své anamnéze častější výskyt generalizovaných tonicko-klonických záchvatů. V takovém případě se ženám doporučuje porod s epidurální analgezií. Porod císařským řezem se většinou indikuje u žen, u kterých je epilepsie dekompenzována těsně před porodem. V České republice podstoupí porod císařským řezem zhruba 10–15% žen s epilepsií. Ženám s epileptickým onemocněním je vždy doporučováno, aby během celé gravidity, porodu a i po porodu nepřerušovaly léčbu antiepileptiky. Základem nekomplikovaného a bezpečného porodu u žen s epilepsií je důkladná informovanost pacientek a jejich dostatečná spolupráce s gynekologem-porodníkem (Kuba, 2006, s. 274).

2.8 Epilepsie v šestinedělí a kojení

Ruth a Barnett se shodují, že po porodu mohou být nutné úpravy léčivých dávek antiepileptik. Díky fyziologickým změnám během gravidity je někdy zapotřebí zvýšit v průběhu těhotenství léčivé dávky antiepileptik. A proto je po porodu nutné vrátit se zpět k takovým dávkám, které žena užívala před těhotenstvím, aby se zabránilo rychlému nárůstu hladiny antiepileptik v séru a možné toxicitě (Ruth and Barnett, 2013, s. 223).

Bylo prokázáno, že nedostatek spánku a stres u žen s epilepsií může výrazně zvyšovat záchvatovitou aktivitu. A právě v poporodním období je matka těmito faktory nejvíce ohrožena. Proto je nutné ženu dopředu dostatečně informovat a upozornit na dostatek odpočinku a spánku během šestinedělí. Ženám s epilepsií se kojení doporučuje a většina žen kojit sama chce. Přestože antiepileptika přechází k dítěti i cestou kojení, není kojení kontraindikováno. Kojící matky s epilepsií by měly být poučeny o tom, že při jakékoliv změně v kojení mají okamžitě hlásit tento problém svému lékaři (Ruth and Barnett, 2013, s. 223).

Kuba oznamuje, že v období šestinedělí je pro ženy s epilepsií velmi důležitá úprava jejich režimu. Ženám s epilepsií by v tomto poporodním období měl být zajištěn dostatek pravidelného odpočinku, a hlavně dostatek nepřerušovaného a pravidelného spánku, minimálně 4-5 hodin. Velmi nutná je také prevence, co se týče poranění dítěte, pokud u matky dojde k epileptickému záchvatu. Matka s epileptickým onemocněním musí být dostatečně edukována o tom, jak správně má kojit. Kojení by mělo probíhat vsedě na širokém lůžku a matka by neměla spát na lůžku vedle dítěte (Kuba, 2006, s. 274).

U žen s epilepsií, které během těhotenství užívají antiepileptickou léčbu, je jejich plod v děloze vystaven vlivu antiepileptik. Pokud z nějakého důvodu matka s epilepsií po porodu nezačne své dítě kojit, může se u něj rozvinout abstinční syndrom. Zejména při užívání antiepileptik, jako jsou například fenobarbital, primidon, benzodiazepiny, ale také i ostatní antiepileptika, protože prakticky všechna antiepileptika pronikají v určité míře do mateřského mléka (Kuba, 2006, s. 274).

Kojení ženám s epilepsií, které užívají antiepileptika, je ale doporučováno. Není však přesně určeno, jak dlouho by matka s epilepsií měla své dítě kojit, protože neexistují žádná doporučení nebo standardy ohledně této problematiky. Kuba doporučuje matkám s epilepsií, které užívají antiepileptika, kojit přibližně 3-5 měsíců (Kuba, 2006, s. 274).

Nepříznivý vliv antiepileptik na novorozence se většinou projeví útlumem, nebo zvýšenou spavostí dítěte. Novorozenec by měl být kojen častěji, protože jednotlivá dávka pro něj není dostačující. V takovém případě usíná dítě nedostatečně nasyceno a brzy se probouzí. Dalším nepříznivým vlivem působení antiepileptik je psychomotorický neklid a agitovanost dítěte. Pokud se tyto problémy u novorozence vyskytnou, každá druhá dávka mateřského mléka se doporučuje vynechat a nahradí se umělou stravou. Jestliže ani přes tato opatření problémy u dítěte neodezní, je nutno laktaci ukončit. K takovému závěru dochází ale velmi zřídka a u většiny matek s epilepsií probíhá kojení bez problémů (Kuba, 2006, s. 274).

Kacířová a Grundmann popisují, že po celou dobu těhotenství je dítě v děloze vystaveno antiepileptikům transplacentárním přestupem ve vyšších koncentracích. Je velmi důležité pečlivě klinicky kontrolovat kojené dítě a stanovit hladinu antiepileptik v séru matky, novorozence a v mateřském mléce. Studie v Torontu udávají, že u 34 těhotných žen s epilepsií, které užívají antiepileptika, se 50% z nich rozhodlo po porodu plně kojit. Studie také prokázala, že u kojících matek s epilepsií dochází k dřívějšímu ukončení laktace (Kacířová a Grundmann, 2008, s. 252).

Všechna antiepileptika jsou do určité míry vylučována do mateřského mléka. Novější antiepileptika váží méně plazmatických proteinů a tím do mateřského mléka pronikají ve vyšších koncentracích. Údaje ze studií na zvířatech a jednoho klinického případu udávají, že levetiracetam je ve velkém množství vylučován do mateřského mléka. Studie dále uvádí, že poměr mezi koncentrací levetiracetamu v mateřském mléce a v séru matky je 1,00 (rozmezí 0,76-1,33), ale kojené děti mají koncentraci levetiracetamu velmi nízkou (Biraben and Beauplet, 2005, s. 942).

Meador předkládá, že vliv expozice antiepileptik, užívaných během kojení, není zcela jistý. Množství působení léků v mateřském mléce je vždy nižší a kratší než působení léků v děloze. Je třeba provádět další výzkumy, protože výhody kojení jsou sice známy, ale eventuální dlouhodobé riziko pro vyvíjející se mozek plodu se prokázalo jako zvýšené (Meador et al., 2008, s. 1115).

Studie ukázaly, že s ohledem na IQ dětí ve třech letech neexistuje žádný rozdíl mezi kojenci, kteří byli vystaveni účinkům antiepileptik prostřednictvím kojení, a mezi těmi, kteří jim vystaveni nebyli. Pokud matka s epilepsií často v noci vstává k dítěti, aby jej nakojila, je velmi pravděpodobné, že si tím vyvolá záchvaty, které byly jinak dobře kontrolovány. Matkám s epilepsií je doporučováno kojit dítě takovým způsobem, že pokud u nich během kojení dojde k záchvatu, neměly by spadnout na dítě, protože by mohlo dojít k jeho udušení (Thomas, 2011, s. 64).

Poloha, kterou by matka měla zaujímat, pokud dítě kojí, nebo jej krmí z lahve, je buď vsedě na zemi s opřenými zády o zeď a po stranách vypořádána polštáři, nebo poloha vleže uprostřed širokého lůžka, aby bylo dítě chráněno před pádem z lůžka, pokud by se u matky objevil epileptický záchvat. Jestliže matky s epilepsií trpí častými záchvaty hlavně v noci, je nutné, aby dítě nenechávaly spát vedle sebe na lůžku. Důležité je i bezpečné místo při přebalování dítěte, jako je například široké lůžko nebo postýlka. Při koupání dítěte by vždy měla být přítomna ještě jedna osoba. Pokud je dítě přenášeno v dětské sedačce, musí být vždy zajištěno pásy (Zárubová, 2010, s. 296).

Kojení je prospěšné jak pro matku, tak i pro její dítě. Kojení výrazně snižuje riziko dětských onemocnění, jako je například infekce dolních cest dýchacích, astma, atopická dermatitida, akutní zánět středního ucha, obezita, nespecifické gastroenteritidy, enterokolitidy, diabetes mellitus prvního a druhého typu, leukémie nebo syndrom náhlého úmrtí kojence. Studie uvádí, že kojení pozitivně působí na kognitivní vývoj dítěte. Pokud žena kojí, snižuje se u ní riziko pro vznik rakoviny prsu, rakoviny vaječníků, diabetu mellitu druhého typu a poporodní deprese (Meador et al., 2010, s. 1954).

Ženy s epilepsií, které kojí a přitom užívají antiepileptika, by měly být řádně poučeny ohledně veškerých nežádoucích účinků, které se mohou vyskytnout u dítěte. Pokud dítě i přesto, že je kojeno, nenabírá na hmotnosti nebo je podrážděné, kojení by mělo být ukončeno. Tyto příznaky se častěji vyskytují v případech, kdy matka užívá fenobarbital, primidon nebo benzodiazepiny. Je nutné poučit matku o tom, že pokud přestane kojit, může se u ní objevit zvýšená hladina antiepileptik v séru a následné dávkování léků se musí upravit (Rousseau, 2008, s. 87).

3 PÉČE O ŽENU S EPILEPSÍÍ

Poskytování péče během porodu se u žen s epilepsií výrazně neliší. Léčba bolesti během porodu je důležitá a je součástí porodního plánu u ženy s epilepsií. Není žádná kontraindikace pro většinu používaných možností léčby, včetně epidurální anestezie, a ženy s epilepsií by měly být vyslechnuty a podporovány ve svém rozhodnutí v léčbě bolesti. Pokud žena s epilepsií zažije epileptický záchvat během samotného porodu, je jí poskytnuta stejná péče jako při běžném epileptickém záchvatu. Tato péče zahrnuje především ochranu nemocného před poraněním, zajištění průchodnosti dýchacích cest a uklidnění pacienta po skončení záchvatu. Jestliže žena, která byla běžně bez záchvatů, najednou zažije epileptický záchvat během porodu, je těžké rozpoznat, zda se jedná o epileptický záchvat, nebo o záchvat eklampsie. Po skončení záchvatu je nutné ihned zkontrolovat srdeční ozvy plodu (Ruth and Bartnett, 2013, s. 222).

Ruth a Bartnett ve své studii poukazují na to, že epilepsie patří mezi časté neurologické komplikace během gravidity. Proto je velmi nezbytné, aby byl veškerý zdravotnický personál seznámen se základními informacemi ohledně poskytnutí péče těmto nemocným. Správný týmový přístup, spolupráce a komunikace na pracovišti a mezi porodnickým a neurologickým týmem mají za následek ten nejlepší efekt jak pro matku, tak i pro její dítě. Poskytování celkové péče pomáhá ženám s epilepsií prožít klidné těhotenství a porodit zdravé dítě (Ruth and Bartnett, 2013, s. 223).

3.1 Péče porodní asistentky o ženu s epilepsií

Ačkoli je těhotenství a šestinedělí obdobím velkých fyzických i emocionálních změn, pro ženy s epilepsií to ještě navíc znamená řadu specifických problémů a obav. Je důležitý multidisciplinární přístup zdravotního personálu a i příbuzenstvo ženy musí být do plánování péče o ženu zahrnuto (Rousseau, 2008, s. 84).

Ženě s epilepsií poskytuje v poporodním období odbornou péči porodní asistentka. Ta pomáhá ženě s epilepsií stát se nezávislou v péči o sebe samou a v péči o novorozence a poskytuje ženě pocit patřičné péče, která vyžaduje multidisciplinární přístup. Je potřeba, aby celkový zdravotnický tým, což je zejména porodní asistentka, porodník, neurolog, pediatr a také rodina ženy, dostatečně s ženou komunikoval a koordinoval celkovou péči o ni tak, aby byly splněny individuální potřeby klientky (Rousseau, 2008, s. 87).

V období šestinedělí může u žen s epilepsií dojít k nárůstu epileptických záchvatů, způsobených stresem a spánkovou deprivací, které se běžně v tomto období u žen vyskytují. Odborná péče o ženu by měla být koordinována tak, abychom ženě umožnili dostatek odpočinku. Ženám s epilepsií, pokud je to možné, by měl být poskytnut velmi klidný režim (Rousseau, 2008, s. 87).

Cílem odborné péče v porodní asistenci, poskytnuté porodní asistentkou během epileptického záchvatu, je chránit ženu před poraněním a snažit se ji uklidnit při procitnutí z bezvědomí (Příloha 1). Porodní asistentka zajistí lůžko pro ženu s epilepsií tak, aby bylo v co nejnižší poloze a jeho boční strany byly opatřeny polštáři. Pokud má žena epileptický záchvat, zejména jedná-li se o generalizovaný tonicko-klonický záchvat a upadne na zem, porodní asistentka odstraní všechny možné předměty z okolí. Jestli má žena brýle, sundá jí je, uvolní oděv kolem krku a chrání ženě hlavu před poraněním. Jestliže se záchvat objeví, když žena leží v lůžku, odstraní porodní asistentka polštáře, zvedne boční lišty lůžka, chrání dýchací cesty klientky a během záchvatu i po jeho skončení otáčí její hlavu na stranu (Rousseau, 2008, s. 87).

Po skončení záchvatu zajišťuje asistentka průchodnost dýchacích cest, sleduje hodnoty saturace kyslíkem, a pokud je nutné, podá kyslík, sleduje tep, kontroluje zranění, ujišťuje a uklidňuje ženu, že je v bezpečí, a vysvětluje, co se přihodilo. Velmi důležitá je důkladná dokumentace záchvatu (Rousseau, 2008, s. 87).

Nejlepší rada, kterou může porodní asistentka ženě po porodu poskytnout, je ta, aby při péči o dítě a o rodinu nezapomínala na to, že pečovat by měla v první řadě sama o sebe. Je třeba ženě zdůraznit, že dostatek spánku, pravidelná zdravá strava, pravidelné cvičení a užívání léků je ten nejlepší způsob pro optimální kontrolu záchvatů. Jelikož metabolismus kostní mineralizace může být díky užívání antiepileptik poškozen, je třeba, aby se žena s epilepsií stravovala tak, aby její denní příjem obsahoval 1200mg vápníku a 600mg vitamínu D. Lidé s epilepsií trpí častěji depresemi, a proto je ženám při propouštění z nemocnice nabídnuta konzultace s terapeutem. Porodní asistentky, které poskytují poporodní péči ženám s epilepsií, musí do ošetrovatelského plánu péče zahrnout dostatek odpočinku pro ženu, jako opatření proti vzniku záchvatu. Při propuštění ženy s epilepsií do domácí péče edukuje porodní asistentka ženu především o bezpečné péči o dítě a o sebe samotnou. Porodní asistentky musí být dostatečně informovány o možných účincích antiepileptik na vývoj plodu v děloze, na novorozence a na matku (Rousseau, 2008, s. 89).

3.2 Doporučená dieta

3.2.1 Ketogenní dieta

Ketogenní dieta je běžně doporučována lidem s epilepsií. Dieta spočívá v tom, že snížený příjem sacharidů nahrazuje zvýšeným podílem tuků, ale současně zabezpečuje dostatečný příjem potřebných bílkovin (Příloha 2). Několik klinických studií potvrdilo, že ketogenní dieta je účinná a bezpečná vzhledem k tomu, že většina nemocných tuto dietu snáší velmi dobře a dlouhodobě. V dřívější době byla ketogenní dieta považována spíše za alternativní postup léčby epilepsie, ale v současnosti tomu tak již není. V poslední době se zájem a pozornost o ketogenní dietu výrazně zvýšil. Už ve 20. letech minulého století byla tato dieta doporučována k léčbě epilepsie jak u dětí, tak i u dospělých s tímto onemocněním (Brožová a Hadač, 2013, s. 89).

Ketogenní dieta se obvykle doporučuje tehdy, pokud je frekvence epileptických záchvatů výrazně vyšší, to znamená dva záchvaty a více během jednoho týdne (Brožová a Hadač, 2013, s. 89).

U více než poloviny nemocných s epilepsií se díky ketogenní dietě výrazně snížil výskyt epileptických záchvatů, a to až o 50 %. Přibližně u 30 % pacientů je účinek diety tak značný, že výskyt záchvatů se snížil až o 90 % a více. Efekt účinku diety je u každého pacienta s epilepsií individuální. Zhruba u $\frac{3}{4}$ nemocných se příznivý účinek objeví do dvou týdnů od začátku léčby. Jsou ale pacienti, u kterých je potřeba dietu pozvolna nastavovat, a proto se u nich její účinek objeví o nějakou dobu později. Kvůli tomu není doporučováno přerušit ketogenní dietu dříve než za tři měsíce, dokud se neprokáže její aktivní přínos. Pro jednotlivého pacienta s epilepsií se individuálně sestavuje plán diety. Ke správnému určení diety je třeba stanovit energetický příjem, potřebné množství proteinů a poměr ketogenní diety. Ketogenní dieta se zpravidla dodržuje dva roky. Pokud se neprokáže její dostatečný účinek, nebo ji nemocný špatně snáší, může se dieta ukončit dříve (Brožová a Hadač, 2013, s. 90).

3.3 Kluby pro epileptiky v ČR

3.3.1 Společnost „E“

Společnost „E“ byla založena roku 1990 a slouží jako občanská konfederace, která pomáhá lidem s epilepsií. Toto sdružení poskytuje lidem s epilepsií mnoho různých služeb. Mezi tyto služby patří například odborné společenské poradenství a konzultace s psychologem pro lidi s epileptickým onemocněním a také pro jejich příbuzné. Dále je lidem s epilepsií a jejich rodinám umožněno využití různých činností, kurzů a rehabilitačních pobytů v České republice i v zahraničí. Společnost „E“ pořádá po celé České republice vzdělávací přednášky o epilepsii a vydává časopis AURA, ve kterém se lidé s epilepsií mohou dozvědět veškeré potřebné informace o své nemoci (Společnost „E“, 2013, s. 6).

Dále Společnost „E“ informuje o různých aktualitách a zajímavostech ohledně epilepsie a o příbězích ostatních lidí s epilepsií, uvádí veškeré kontakty na sociální pracovníky a poradce v oblasti epilepsie a na kluby pro epileptiky. V České republice existují čtyři takové kluby pro nemocné s epilepsií. Společnost „E“ je zajišťuje v Praze, Brně, Ostravě a Ústí nad Labem (Společnost „E“,2013, s. 6).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku epilepsie a jejího vlivu na těhotenství a je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je zaměřena obecně na epilepsii, to znamená, že je zde uvedeno, jak často se epilepsie vyskytuje v populaci, jak je rozdělována a jaké jsou typy epileptických záchvatů. Druhá kapitola se zabývá epilepsií v těhotenství. Popisuje vliv epilepsie během menstruace a ovlivnění plodnosti ženy. Dále se zaměřuje na to, jaký dopad může mít těhotenství na epilepsii a naopak, jak epilepsie ovlivňuje těhotenství. Kromě toho se kapitola zabývá účinkem epilepsie, antiepileptik a teratogenními účinky na plod a závěr kapitoly je zaměřen na poznatky o epilepsii během porodu, šestinedělí a kojení. Třetí kapitola popisuje, jak správně pečovat o ženu s epilepsií a jakou péči poskytuje těmto ženám porodní asistentka. Dále se kapitola zabývá doporučenou dietou, kterou můžeme ženě s epilepsií nabídnout, a které kluby pro epileptiky v České republice může žena kontaktovat nebo navštěvovat. Pro zpracování bakalářské práce byly stanoveny tři hlavní cíle a díky prostudování odborných článků a shromáždění informací z nich byly cíle splněny.

Prvním cílem bylo předložit poznatky o epilepsii. Tento cíl je shrnut v první kapitole s názvem Epilepsie. Epilepsie je autory popisována jako neurologické onemocnění šedé mozkové hmoty, které se projevuje záchvatovými poruchami, a je považována za nejčastější chronické onemocnění centrálního nervového systému. Pro ideální léčbu epilepsie je nutná správná indikace a volba antiepileptik a ve většině případů je léčba zahájena monoterapií. Pokud její účinek není dostačující, přistupuje se k polyterapii. Ta je ve srovnání s monoterapií považována za rizikovější, vzhledem k častějšímu výskytu nežádoucích účinků. Epilepsie postihuje zhruba 1 ze 130 osob, bez ohledu na věk a pohlaví. Na světě je asi padesát milionů lidí s epilepsií, z nichž polovina jsou ženy a asi milion z nich jsou ženy v plodném věku. V České republice se ročně narodí zhruba 300–400 dětí ženám s epileptickým onemocněním. Epilepsie se velmi složitě diagnostikuje, léčí a rozděluje.

Podle typu je epilepsie dělena na primární a sekundární a záchvaty jsou rozděleny na generalizované, které jsou doprovázeny poruchou vědomí a jsou buď primárně, nebo sekundárně generalizované, dále na parciální záchvaty, které se projevují podobně jako sekundárně generalizované záchvaty s výjimkou toho, že se u nich neobjevují tonicko-klonické křeče s bezvědomím, a na status epilepticus, který vzniká nahromaděním jednotlivých záchvatů. Řadí se sem i takový epileptický záchvat, který trvá déle jak dvacet minut a jde o život ohrožující stav.

Druhým cílem bylo předložit poznatky o vztahu epilepsie k těhotenství, porodu a šestinedělí. Tento cíl je shrnut v druhé kapitole s názvem Epilepsie v těhotenství. Je zde zmíněna řada problémů u žen s epilepsií. Hlavními z nich jsou především těhotenství a porod a mezi další patří i problémy s plodností a sexuální problémy. Většina žen s epilepsií užívá antiepileptika a v jejich léčbě je nutno pokračovat i během těhotenství. Důkladné kontroly v průběhu celého těhotenství jsou velmi důležité. Ženy s epilepsií mají vyšší výskyt reprodukčních endokrinních poruch než zdravé ženy. Těhotenství má být plánováno a žena musí podstoupit celkové neurologické vyšetření, podle kterého neurolog určí přesný typ epilepsie a stanoví léčbu. Těhotná žena s epilepsií musí být vždy pečlivě informována o veškerých rizicích, jako je i vyšší riziko malformací plodu. Záchvaty se mohou objevit i v určitých fázích menstruačního cyklu a tento stav se označuje jako menstruační epilepsie. U žen s epilepsií je riziko neplodnosti vyšší, a to hlavně při polyterapii. Gravidita může mít různě proměnlivé účinky na frekvenci záchvatů a během porodu je rodička nejvíce ohrožena vznikem epileptického záchvatu. U žen s epilepsií se častěji vyskytuje anémie, ovariální cysty, myomy dělohy a samovolné potraty. Tyto ženy mají také mnohem vyšší riziko indukce porodu, císařského řezu a poporodního krvácení. Toto riziko se dále zvyšuje, pokud žena užívá antiepileptika. U dětí žen s epilepsií, které užívají antiepileptika, hrozí vyšší riziko předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti, riziko intrauterinní růstové retardace plodu, menší obvod hlavičky při narození a nižší Apgar skóre v první minutě po porodu. U žen s epilepsií se častěji vyskytuje indukce porodu. Péče o ženu během porodu se u žen s epilepsií nijak neliší.

Upřednostňuje se porod vaginální, císařský řez se provádí z důvodu porodnické indikace, ale narůstající indukce porodů u žen s epileptickým onemocněním vede ke zvýšenému počtu císařských řezů. Základem nekomplikovaného porodu je důkladná informovanost pacientek a jejich dostatečná spolupráce s gynekologem-porodníkem. Ženám s epilepsií by v poporodním období měl být zajištěn dostatek pravidelného odpočinku a nepřerušovaného a pravidelného spánku. I když antiepileptika přechází k dítěti i cestou kojení, není kojení kontraindikováno. Pokud z nějakého důvodu matka s epilepsií po porodu nezačne své dítě kojit, může se u něj rozvinout abstinenční syndrom. Kojení je prospěšné jak pro matku, tak i pro její dítě a výrazně snižuje riziko dětských onemocnění.

Třetím cílem bylo předložit poznatky o péči o ženu s epilepsií. Tento cíl byl shrnut ve třetí kapitole s názvem Péče o ženu s epilepsií. Poskytování péče během porodu se u žen s epilepsií výrazně neliší. Pokud se u ženy s epilepsií objeví epileptický záchvat během porodu, je jí poskytnuta stejná péče jako při běžném epileptickém záchvatu. Po skončení záchvatu je nutné zkontrolovat srdeční ozvy plodu. Veškerý zdravotnický personál by měl být seznámen se základními informacemi ohledně poskytnutí péče nemocným s epilepsií. Velmi důležitý je multidisciplinární přístup zdravotního týmu. Ženě s epilepsií poskytuje v poporodním období odbornou péči porodní asistentka a pomáhá ženě s epilepsií stát se nezávislou v péči o sebe samou a v péči o novorozence. Ženám s epilepsií by měl být poskytnut velmi klidný režim, protože v období šestinedělí může dojít k nárůstu epileptických záchvatů, způsobených stresem a spánkovou deprivací. Cílem odborné péče, poskytnuté porodní asistentkou během epileptického záchvatu, je chránit ženu před poraněním a uklidnit ji po procitnutí z bezvědomí. Porodní asistentka ženu edukuje, že pravidelný spánek, cvičení, zdravá strava a užívání léků jsou ten nejlepší způsob pro optimální kontrolu záchvatů. Lidem s epilepsií je doporučována ketogenní dieta, která je účinná a bezpečná vzhledem k tomu, že většina nemocných tuto dietu velmi dobře snáší. U více než poloviny nemocných s epilepsií se díky ketogenní dietě výrazně snížil výskyt epileptických záchvatů až o 50%. Ketogenní dieta by se měla dodržovat zhruba po dobu dvou let.

Ženám s epilepsií je nabídnuta i pomoc ze strany Společnosti „E“, která je občanskou konfederací, pomáhá všem lidem s epilepsií a poskytuje jim mnoho různých služeb, činností, kurzů a rehabilitačních pobytů. Společnost „E“ zajišťuje v České republice čtyři kluby pro epileptiky, kteří je mohou kdykoli kontaktovat a navštěvovat.

Cíle, které byly na začátku práce stanoveny, byly splněny. V průběhu psaní bakalářské práce bylo zjištěno mnoho nových, zajímavých a prospěšných informací o daném tématu. Veškeré informace a poznatky v této bakalářské práci mohou být použity nejenom pro zdravotnickou veřejnost, ale také pro těhotné ženy s epilepsií, které se díky tomuto materiálu mohou o epilepsii v těhotenství dozvědět řadu užitečných informací. A cenné informace by zde určitě našli i rodinní příslušníci těhotných žen s epilepsií.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BIRABEN, Arnaud and Anne BEAUPLET, 2005. Treatment options for epilepsy during pregnancy [online]. *Future Medicine Ltd.* November 2005, Volume 2, No. 6, Pages 937–944, DOI: 10.2217/14750708.2.6.937. [cit. 15. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.futuremedicine.com/>
2. BORTHEN, Ingrid and N. E. GILHUS, 2010. Maternal epilepsy and adverse pregnancy outcomes [online]. *Expert Review Obstetric Gynecology.* May 2010, Volume 5, No. 3, Pages 347–355, DOI: 10.1586/eog.10.19, ISSN: 1747–4108. [cit. 2. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.expert-reviews.com/>
3. BORTHEN, Ingrid and N. E. GILHUS, 2012. Pregnancy complications in patients with epilepsy [online]. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* Curr Opin Obstet Gynecol. 2012 March;24(2):78-83, DOI: 10.1097/GCO.0b013e32834feb6a. [cit. 11. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.co-obgyn.com/>
4. BROŽOVÁ, Klára a Jan HADAČ, 2013. Ketogenní dieta [online]. *Neurologie pro praxi.* Konice : Solen, roč. 14, č. 2, s. 89–91, ISSN: 1213-1814; 1803-5280. [cit. 29. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>
5. CRUMP, Casey, Kristina SUNDQUIST, Jan SUNDQUIST and M. A. Winkleby, 2011. Preterm birth and risk of epilepsy in Swedish adults [online]. *Neurology.* Neurology2011 October 4;77(14):1376–82, DOI: 10.1212/WNL.0b013e318231528f. [cit. 1. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurology.org/>

6. FILKOVÁ, A., M. BRÁZDIL, R. HUDEČEK a P. JANKŮ, 2005. Epilepsie v těhotenství [online]. *Praktická gynekologie*. Brno: Medica Publishing and Consulting, s.r.o., 2005, roč. 9/2005, č. 4, s. 16 - 19. ISSN: 1211-6645. [cit. 14. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.praktickagynekologie.cz/>
7. HARDEN, C. L. and N. K. SETHI, 2008. Epileptic disorders in pregnancy: an overview [online]. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, December 2008–Volume 20 – Issue 6–p 557–562, DOI: 10.1097/GCO.0b013e3283184059. [cit. 15. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.co-obgyn.com/>
8. KACÍŘOVÁ, Ivana a Milan GRUNDMANN, 2008. Antiepileptika a kojení [online]. *Neurologie pro praxi*. Konice: Solen, roč. 9, č. 4, s. 252–257, ISSN: 1213-1814; 1803-5280. [cit. 30. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>
9. KUBA, Robert, 2006. Antiepileptika a gravidita [online]. *Psychiatrie pro praxi*. Konice: Solen, roč. 7, č. 6, s. 272–275, ISSN: 1213-0508; 1803-5272. [cit. 8. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>
10. LOZSADI, D. A., J. V. OERTZEN and H. R. COCK, 2010. Epilepsy: recent advances [online]. *Journal of neurology*. J Neurol. 2010 Nov; 257(11):1946-51. DOI: 10.1007/s00415-010-5740-z. Epub 2010 September 25. [cit. 16. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.springer.com/>

11. MARUŠIČ, Petr a Hana KRIJTOVÁ, 2011. Kompenzovaný pacient s epilepsií – cesta a cíl [online]. *Neurologie pro praxi*. Konice: Solen, 2011, roč. 12, č. 6, s. 407-410. ISSN: 121-1814; 1803-5280. [cit. 15. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>
12. MEADOR, K. J. et al., 2008. Pregnancy registries in epilepsy a consensus statement on health outcomes [online]. *Neurology*. Neurology. 2008 Sep 30;71(14):1109–17, DOI: 10.1212/01.wnl.0000316199.92256.af. Epub 2008 Aug 13. [cit. 16. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurology.org/>
13. MEADOR, K. J. et al., 2010. Effects of breastfeeding in children of women taking antiepileptic drugs [online]. *Neurology*. November 30, 2010 volume 75 no. 22 1948-1949, DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181ff94d5. [cit. 9. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurology.org/>
14. MONTOURIS, G. D., 2010. Pregnancy and epilepsy management and outcome: an update [online]. *Future Neurology*. May 2010, Volume 5, No. 3, Pages 449-459 , DOI: 10.2217/fnl.10.15, ISSN: 1479–6708. [cit. 15. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.futuremedicine.com/>
15. RØSTE, L. S. and Erik TAUBØLL, 2007. Women and epilepsy: review and practical recommendations [online]. *Expert Review of Neurotherapeutics*. March 2007, Volume 7, No. 3, Pages 289-300, DOI: 10.1586/14737175.7.3.289, ISSN: 1473–7175. [cit. 17. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.future-drugs.com/>

16. ROUSSEAU, J. B., 2008. Meeting the needs of the postpartum woman with epilepsy [online]. *American Journal of Maternal Child Nursing*. MCN Am J Matern Child Nurs.2008 March-April; 33(2):84–9, DOI: 10.1097/01.NMC. 0000313415.77044.10. [cit. 4. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.mcnjournal.com/>
17. RUTH, D. J. and James BARNETT, 2013. Epilepsy in pregnancy, best evidence for care [online]. *The journal of perinatal and neonatal nursing*. J Perinat Neonat Nurs_Volume 27, Number 3, 217–224, DOI: 10.1097/JPN.0b013e31829d1d29. [cit. 25. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.jpnnjournal.com/>
18. SAKUMARAN, S. CH., P. S. SARMA and S. V. THOMAS, 2010. Polytherapy increases the risk of infertility in women with epilepsy [online]. *Neurology*. October 12, 2010 volume 75 no. 15 1351-1355, DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181f73673. [cit. 11. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurology.org/>
19. SPOLEČNOST „E“, 2013. Kdo je a co poskytuje Společnost „E“ [online]. *AURA*. Společnost „E“/ Czech Epilepsy Association o. s., AURA 240, červenec–srpen 2013, Informace o epilepsii. [cit. 16. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.spolecnost-e.cz/>
20. THOMAS, S. V., 2011. Managing epilepsy in pregnancy [online]. *Neurology India*. Neurology India 2011; 59: 59-65, DOI: 10.4103/0028-3886.76860. [cit. 20. 3. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurologyindia.com/>

21. VEROTTI, Alberto, C. D. EGIDIO, G. COPPOLA, P. PARISI and F. CHIARELLI, 2009. Epilepsy, sex hormones and antiepileptic drugs in female patients [online]. *Expert Reviews Neurotherapy*. Expert Reviews Neurotherapy. 2009 December; 9(12): 1803–1814 (2009), DOI: 10.1586/ERN.09.112., ISSN: 1473–7175. [cit. 17. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.expert-reviews.com/>
22. ZÁRUBOVÁ, Jana, 2010. Epilepsie, těhotenství a kojení [online]. *Neurologie pro praxi*. Konice: Solen, roč. 11, č. 5, s. 292-296. ISSN: 1213-1814; 1803-5280. [cit. 17. 4. 2014] Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - První pomoc při epileptickém záchvatu.....	43
Příloha 2 - Ketogenní dieta.....	44

Příloha 1 - První pomoc při epileptickém záchvatu



Zachovejte klid, opatrně položte pacienta na zem, uvolněte oděv a odstraňte brýle.



Odstraňte všechny ostré předměty ležící v blízkosti pacienta. Podložte hlavu složeným ručníkem nebo polštářem, aby se zabránilo zranění.



Nakloňte hlavu na stranu tak, aby sliny nebo zvratky mohly unikat z úst a zabránilo se tak udušení.

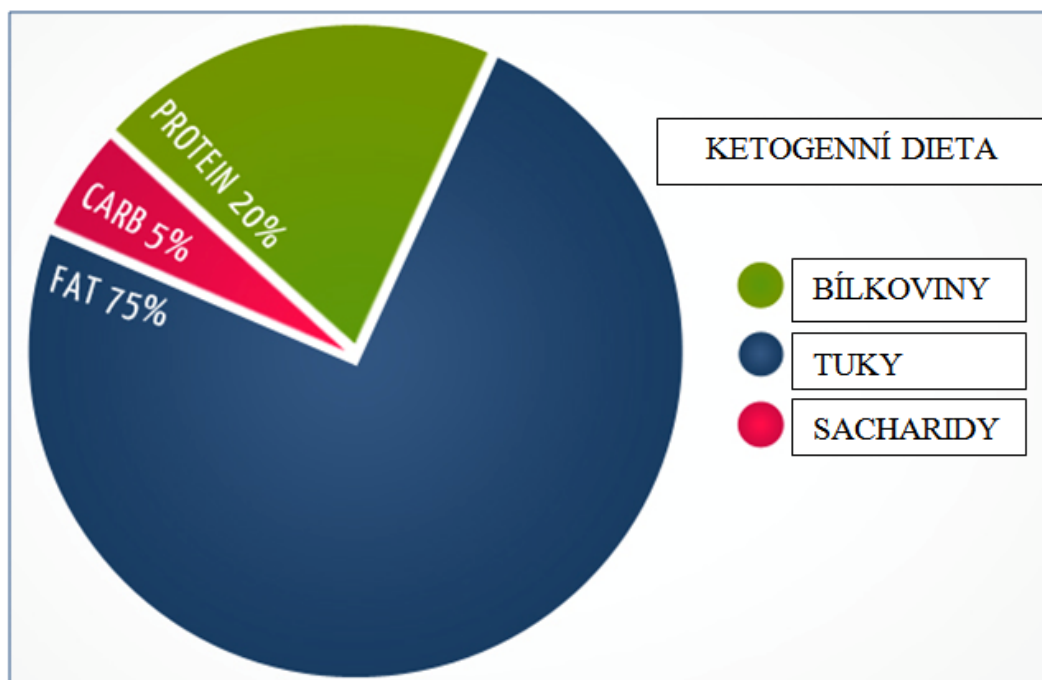


Nechte pacienta odpočinout, protože po proděláním záchvatu se může cítit vyčerpaně a unaveně.

What should be done during the attack?, What is epilepsy in a nutshell?.

Dostupné také z: <http://www.childraise.com/>

Příloha 2 - Ketogenní dieta



Ketogenic Diet, Truth About the Controversial Ketogenic Diet,

Maximize your health.

Dostupné také z: <http://www.draxe.com/>