

**ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA V TĚHOTENSTVÍ  
A ŠESTINEDĚLÍ**

Bakalářská práce

PETRAKLIKAROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Data předložení práce: 2010-03-31

Data obhajoby práce

Praha 2010

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že předloženou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a je mým původním autorským dílem. Veškeré zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím se zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne.....

.....

*podpis*

## ABSTRAKT

KLÍKAROVÁ, Petra. *Roztroušená skleróza v těhotenství a šestinedělí*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová. Praha. 2010. s. 74.

Těhotenství a porod pro ženu představuje vždy možná rizika a komplikace, která následně ohrožují na životě. Zvláště rizikové bývá, když toto období doprovází tak závažné onemocnění, jako je roztroušená skleróza.

Teoretická část práce se zabývá výskytem, klinickým obrazem, diagnostikou a terapií roztroušené sklerózy. Dále se věnuje problematice roztroušené sklerózy a těhotenství. Praktická část práce tvoří průzkum, který byl proveden s cílem zjistit, zda roztroušená skleróza negativně ovlivňuje těhotenství a zda má těhotenství a šestinedělí vliv na průběh onemocnění. Kšetření bylo použito kvantitativního i kvalitativního průzkumu, které byly provedeny prostřednictvím dotazníkového šetření a rozhovoru s respondentkou s onemocněním RS v těhotenství.

Z literárních poznatků a průzkumného šetření jsme zjistily, že roztroušená skleróza neovlivňuje průběh těhotenství a šestinedělí a naopak ani těhotenství nemá zásadní vliv na další průběh onemocnění.

**Klíčová slova:** Kojení. Porod. Průzkum. Roztroušená skleróza. Šestinedělí.

Těhotenství. Vedení porodu.

## ABSTRACT

KLÍKAROVÁ Petra: *Dispersed sclerosis during pregnancy and childbirth*. High school, diploma: bachelor, supervisor: PhDr. Jana Endlicherová. Praha. 2010. p.74.

Pregnancy and childbirth may imply for a woman risks and complications endangering her life. The risk is especially high in this period of life at the same time she suffers from a severe disease like dispersed sclerosis.

The theoretical part of the work deals with occurrence, clinical image, diagnosis and therapy of this sclerosis. Further it treats the problems of sclerosis and pregnancy. The practical part of the work concerns the research effected in order to find if the sclerosis negatively interferes with the pregnancy and if the pregnancy and the childbirth affect the progress of the disease. The investigation consisted of quality and quantity research effected with help of questionnaires and in discussing with a pregnant woman suffering from dispersed sclerosis.

From the scholarly literature and the mentioned investigation we have ascertained that the dispersed sclerosis does not influence the course of pregnancy and the childbirth, and on the other side that the pregnancy does not in principle effect the further development of the disease.

**Keywords:** Breast-feeding. Childbirth. Research. Pregnancy. Childbirth. Dispersed sclerosis. Control of childbirth.

# PŘEDMLUVA

Rozmnožování je základ života. Těhotenství a následný porod představují důležitý zlom v životě každé ženy, partnera i novorozence. Jsou to přirozené děje, které ohrožovaly a v některých situacích stále ohrožují život matky i novorozence. Za posledních padesát let proběhla perinatální péče mnoho pozitivních změn. Byl sestaven systém předporodní péče a porod domá se přenesl na porodnišály do specializovaných zdravotnických zařízení. Tento vývoj bezpochyby přispěl ke snížení perinatální mortality a morbidity, ale stále existují určitá rizika a komplikace, která ženu v tomto období ohrožují. Zvláště komplikované a rizikové je těhotenství, dokteréhoženavstupujesezávažným onemocněním, jako je roztroušená skleróza.

Tato práce vznikla ve snaze přiblížit danou problematiku a objasnit některá fakta, která nejsou ještě natolik známá. Roztroušená skleróza značně ovlivňuje kvalitu života, ale neměla by být jedinou překážkou pro plánovaně těhotenství.

Nato tímto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Janě Endlicherové za pedagogické usměrňování, podnětné rady a podporu. Dále doc. MUDr. Evě Havrdové CSc., která mi umožnila práci v úzké spolupráci v MS centru při neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze a v neposlední řadě patří velké poděkování MUDr. Ivetě Novákové za odborné rady v dané problematice. Největší poděkování však patří ženám s tímto závažným onemocněním, které byly ochotné podělit se se mnou o své životní osudy, a bez jejichž pomoci by tato práce nikdy nevznikla.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

### SEZNAM ZKRATEK

<b>ÚVOD</b> .....	11
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	12
1 Roztroušená skleróza .....	12
1.1 Etiopatogeneze .....	12
1.2 Klinický obraz .....	13
1.3 Diagnostika .....	16
1.4 Průběh nemoci .....	16
1.4.1 Definice ataky a progresse .....	16
1.4.2 Průběh relaps-remitentní .....	17
1.4.3 Průběh chronicko-progresivní .....	17
1.4.4 Primární progresivní průběh .....	17
1.4.5 Průběh relaxující-progredující .....	17
1.5 Terapie .....	18
1.6 Prognóza a komplikace .....	20
2 Roztroušená skleróza a rodí činnost .....	21
2.1 Plánovaná rodí činnost .....	21
2.2 Těhotenství .....	22
2.3 Prenatální péče .....	23
2.3.1 Pohybové těhotenské cvičení .....	25
2.4 Vedení porodu .....	26
2.4.1 Analgezie a anestézie při porodu .....	30
2.5 Šestinedělné řízení .....	31
2.6 Příjetí rodičky a psychická vyrovnanost .....	33
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	34
3 Průzkum .....	34
3.1 Cílová hypotéza .....	34
3.2 Metodika práce .....	35
3.2.1 Zdroje odborných poznatků .....	35
3.2.2 Charakteristika souboru respondentek .....	35
3.2.3 Užití metody šetření .....	35

3.2.4	Realizacešet ření.....	36
3.2.5	Zpracovánízískanýchdat.....	36
4	Interpretacedat.....	37
4.1	Dotazníkprorespondentky.....	37
5	Rozhovorsrespondentkou–klientkousonemocn ěnímRS.....	61
6	Analýzarozhovorusrespondentkou.....	64
7	DISKUZE.....	65
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAMPOUŽITÉLITERATURY .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAMP ŘÍLOH</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Acidobazická rovnováha**– dynamická rovnováha kyselina zásad uvnitř organismu
- Autoimunitní onemocnění**– imunitní systém reaguje na struktury organismu vlastní
- Axon**– výběžek neuronu
- Epiziotomie**- chirurgické nastřížení hráze perineální řiprodu
- CD8+lymfocyty**– diferenciální skupina povrchových bílkovin řítmných navěšší straně cytoplazmatické membrány cytotoxických T-lymfocytů
- Demyelinizace**– ztráta myelinu z nervových vláken axonů
- Dirubce vakublan**– protržení vakublan
- Dysartrie**– porucha řeči, charakterizovaná špatnou artikulací
- Fertilita**– plodnost
- Hamatoencefalická bariéra**– bariéra, která odděluje krev od mozku, tím zabraňuje vstup některých látek do CNS
- Hemiparéza**– částečné ochrnutí poloviny těla
- Hematokrit**– poměr mezi objemem červených krvinek a celkovým objemem krve
- Chronický**– dlouhotrvající, vleklý
- Imunotolerance**– neodpovídá na stimulaci imunitního systému určitými antigeny
- Inaktivita**– nečinnost
- Infiltrát**– chorobná hromadění zánětlivých buněk
- Intrauterinní**– nitroděložní
- Kardiotokografie**- vyšetření porodnictví sledující srdeční a dýchací vyvolání závislost na děložních stazích kontrakcích
- Likvor**– mozkomíšní mok
- MHC molekuly 1. třídy**– jsou na povrchu všech jaderných buněk, rozpoznávají cizí buňky a histokompatibilitu
- Makrofág**– buňka sazená v tkáni, specializovaná na pohlcování cizorodých částic
- Mikrofág**– buňka schopná usmrcovat a pohlcovat drobné částice
- Monoparéza**– částečné ochrnutí jedné končetiny
- Myelin**– lipidový obal nervových vláken axonů
- Nauzea**– pocit na zvracení
- Neuritida**– zánět nervu
- Nystagmus**– mimovolný pohyb očí
- Oligodendrocyty**– obklopují axony neuronů a vytvářejí v nich myelinové pochvy



**Paraparéza**– částečnéochrnutídolníchkončetin

**Parestezie**– spontánnínebovyvolanéabnormálníjevy,např.mravenčení

**Perineum**– hráz

**Periventrikulární**– vedlekomor

**Perviasnaturales**– přirozenoucestou

**Pleocytóza**– zmnoženíbuněk

**Progredující**– vyznačujícíseprogresí

**Prolaktin**– hormonvylučovanýhypofýzou, kterýzpůsobujevylučovánímléka

**Proliferace**– bujení,novotvoření,chorobnýrůsttkáňě

**Retrakce**– stažení,zkrácenínapř.dělohypoporodu

**Spasticita**– zvýšenánapětí svalů

**Sutura**– sešítírány,chirurgickýpostupzavíráníránypoužitímrazu čioperaci

**Vakuumextrakce**- druhporodnickéhozákroku, kterýpoužívápodtlakukončení  
komplikovanéhoporodu

**Varixy**– žilnímlétky

## SEZNAM ZKRATEK

<b>CNS</b> .....	centrální nervová soustava
<b>DMD</b> .....	léky první volby
<b>GA</b> .....	Glatirameracetát
<b>GAMP</b> .....	evropská multicentrická studie
<b>HBsAg</b> .....	povrchový antigen HBV (Hepatitis B) viru
<b>HIV</b> .....	virus lidské imunodeficiency
<b>IFN<math>\beta</math></b> .....	Interferon beta
<b>IVIG</b> .....	intravenózní imunoglobulíny
<b>LF</b> .....	lékařská fakulta
<b>MR</b> .....	magnetická rezonance
<b>RS</b> .....	roztroušená skleróza
<b>UK</b> .....	Univerzita Karlova
<b>VFN</b> .....	všeobecná fakultní nemocnice
<b>VVV</b> .....	vrozená vada

# ÚVOD

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda roztroušená skleróza negativně ovlivňuje průběh gravidity, porodu, šestinedělí a naopak, zda má vliv těhotenství a šestinedělí na průběh onemocnění. Bohužel toto nevytýčené, stále progredující onemocnění centrálního nervového systému se v našich geografických podmínkách objevuje poměrně často a vzniká zejména v mladém věku. V současnosti se prevalence pohybuje kolem 100-130 na 100 000 obyvatel.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, jelikož mi je velmi zajímavá. Zdá se mi, že zmiňované téma není ve veřejnosti natolik známé, a i já sama jsem si chtěla prohloubit své vědomosti týkající se této problematiky.

Teoretická část se sestává ze dvou kapitol. První kapitola je zaměřena na onemocnění jako takové a druhá se zabývá celým průběhem těhotenství, porodem, šestinedělím a kojením tímto onemocněním. Dřívější pohled na těhotenství u žen s roztroušenou sklerózou byl jednoznačně negativní, ženám setěhotenství z lékařského hlediska vůbec nedoporučovalo. V dnešní době, a to zejména díky prováděným výzkumům, se zjistilo, že těhotenství u těchto nemocných žen není tak problematické, ať těhotenství se jim za určitých podmínek umožňuje.

V praktické části se proto snažím pomocí kvalitativního i kvantitativního průzkumu poukázat na onu zmiňovanou problematiku gravidity, porodu a šestinedělí u žen s onemocněním roztroušená skleróza.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza se stále ještě řadí mezi onemocnění, která p řináší pro pacienta i léka ře neustálá p řekvapení a dokáže zasko čit v ténejmén ě o čekávané chvíli(9).

### Definiceavýskyt

„Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění centrálního nervového systému (CNS), vjehož patogenezi se uplat ňují autoimunitní mechanismy a p ři n ěmž dochází jednak kpostižení myelinu, jednak kpoškození axon ů. Ztráta axon ů je odpov ědná zatrvalouinvalidituuRS.“(Havrdová,2009,str. 8)

Onemocnění RS se nej častěji vyskytuje u indoevropské rasy, zejména u osob skandinávského p ůvodu a voblastech mírného pásma. U Afri čanů žijících v rovníkové Africesenemoc prakticky neobjevuje. V ětšinou setataskute čnostp řisuzujesouvislosti se slune čním svitem a vlivem vitamínu D naimunitní systém. V našich geografických podmínkách se toto demyeliniza ční onemocnění objevuje pom ěrně často, prevalence se odhaduje kolem 100-130 na 100000 obyvatel (p říloha D)(1,9).

Jedná se o chronické, autoimunitní onemocnění, postihující častěji ženy v pom ěru 2:1. První p říznyky onemocnění vznikají mezi 20. a 40. rokem života, což se u žen řadí mezi fertlní období. Avšak u malého procenta p ů populace se mohou první p říznyky manifestovat již v d ětství a nebo v pozdním dosp ělém věku(1,9).

### 1.1 Etiopatogeneze

Charakteristické pro toto onemocnění jsou zejména mnoho četné zán ětlivé infiltráty v CNS, které se nacházejí p ředevším v bílé hmot ě. V obsahu těchto infiltrát ů nalézáme aktivované T lymfocyty, makrofágy a malé množství B lymfocyt ů. V akutním ložisku nacházíme porušenou hematoencefalickou bari ěru(1).

Předpokládá se, že k aktivaci autoagresivních T lymfo cytů specifických pro antigeny CNS dochází na periférii a imunitní sy stém se s nimi m ůže setkat

především v hlubokých krčních uzlinách. První aktivace klonů není schopna se natolik pomnožit, aby zahájila imunitní reakci poškozující cílovou tkáň. Tato reakce probíhá zřejmě na základě antigenních mimikrů nejspíše virových infekcí už v předchorobí. Druhý podnět způsobí pomnožení těchto specifických lymfocytů a dochází k jejich proliferaci, přestup do cílové tkáně a vyvolání zánětlivého ložiska (9).

Myelin je ničen makrofágy samotnými, ale i jejich toxickými produkty, čímž dochází k jeho rozpadu a ztrátě axonů. Sníží-li se zánětlivá aktivita myelinu, dojde k jeho zregeneraci zbylými oligodendrocyty a obnově myelinu (7).

Akutně obnažená demyelinizovaná vlákna ztrácí schopnost vedení elektrického impulsu a začínají vyvolávat MHC molekuly I. třídy. Díky tomu se stává viditelným pro CD8+ lymfocyty, které jsou schopny vlákno přerušit. V pozdějších stádiích onemocnění je vedení vzruchu chronicky demyelinizovaným nervovým vláknem energeticky náročné. U těchto stádií lze prokázat ztrátu 50-80% axonů. Jeden z možných mechanismů spočívá v přestěhování iontových kanálů v demyelinizovaném úseku podél obnaženého vlákna. Druhým mechanismem je excitotoxické poškození vlákna nadbytkem glutamátu a poškození oligodendrocytů odklizených ze synapsí (9, 10).

Sledována je zejména rodinná záležitost, jelikož vnímavost k této nemoci je určená zřejmě geneticky. V geneticky postižených rodinách je většinou nejen vyšší výskyt RS, ale i ostatních autoimunitních onemocnění. Genetické pozadí však není jedinou příčinou, přistupuje k němu ještě mnoho zevních faktorů a řada z nich je zatím neznámá. Tyto ovlivňující faktory spouštějí nejen ataky nemoci, ale i objevení se prvních příznaků. Mezi tyto faktory řadíme stres, především chronický, vliv vitamínu D a jeho nedostatek, také faktory týkající se stravování a hygieny (1, 9).

## 1.2 Klinický obraz

Klinická symptomatika závisí na lokalizaci zánětlivých ložisek v bílé hmotě mozku a míchy, také i zčásti na jejich velikosti. Havrdová uvádí, že: „drobné ložisko v prodlouženém míše způsobí výraznou klinickou symptomatologii, zatímco větší ložisko v okolí postranních komor se klinicky nemusí projevit vůbec.“ (Havrdová, 2000, str. 36)

V oblasti bílé hmoty jsou nej častěji postiženy optické nervy, mícha a mozkový kmen. Akutní příznaky se vyvíjejí rychle a stejně tak rychle mohou i vymizet (příloha E)(7).

Jedním z nej častějších příznaků bývá zánět očního nervu neboli optická neuritída, projevující se poruchou vizu. Zpočátku se může jednat o mlhavé vidění, diplopii neboli dvojité vidění, bolesti bulby při pohybech, dále poruchy barvocitu a výpadky zorného pole. Na očním pozadí je patrný edém až atrofie papily očního nervu. Optická neuritída ve většině případů odezní během několika týdnů zcela bez následků, vzácně však může zanechat slepotu(1).

Další z častých příznaků jsou poruchy citlivosti neboli parestezie, kam řadíme: nepříjemné pocity mravenčení, píchání, pálení sporuchou citlivosti nebo bez ní. Parestezie okrajových částí končetin může být výrazně omezena obratnost nemocného(7).

Motorické symptomy rozdělujeme na různé stupně paréz. Centrální provázené spasticitou postihují častěji dolní končetiny. Podle lokalizace zánětlivého ložiska v CNS se mohou rozlišovat na monoparézy, hemiparézy, paraparézy i zkrácené parézy. Zpočátku nemoci se mohou plně upravit, v pozdějších stádiích jsou však častě rezidua. Centrální parézy, které jsou způsobeny ložiskem v průběhu pyramidové dráhy, se objektivně projevují vyšším svalovým tonem, zvýšenými šlachokosticovými reflexy a pozitivním příznakem Babinského. Slabost dolních končetin se zpočátku nemusí projevit. Pacient však není schopen poskokčit a jedné noze zvládat schody, což mu činí problémy zejména při využívání hromadné dopravy. Spasticita vede u těžkých paréz k vývoji nezvratných kontraktur a atrofii z inaktivity a u lehkých paréz k bolestivým spazmům(1,7).

Mezi postižení mozkových nervů řadíme okohybné poruchy, které se projevují dvojitým viděním, parézami okohybných nervů a nystagmem neboli šilháním. Zejména typickým pro RS je disociovaný nystagmus. Dalším postižením bývá obrna lícního nervu, kdy v konečných stádiích nemoci bývá těžká dysartrie spojená sporuchou polykání(1).

Z mozečkových poruch se objevuje intenzivní třes, kdy vážná koordinace pohybů a jejich plynulost. Pacientovi brání při plně zachovalé síle se najíst, napít a vykonávat jemnější pohyby(1).

Ataxie spinálního p úvodu p řispívající k nejistot ě p ři ch ůzi zp ůsobuje, že si pacient bez kontroly zraku neuv ědomí uložení kon četiny v prostoru. Vážne tu p řívod informací k centru pro řízení motoriky a ch ůze má pak nejistý aopilecký ráz(1).

Závrať, nej častější kmenová porucha, často provázena nauzeou a to čením sehlavy, zp ůsobuje pocit nejistoty a výrazn ětakomezujepacientovuch ůzi(1).

Poruchy mo čení, které bývají nej častěji spojené s poruchou hybnosti dolních končetin, postihují asi 75% pacient ů s onemocněním RS. Nej častější je imperativní mikce. V p řípádě, že nedojde k urgentnímu vyprázd ňení mo čového m ěchýře, dochází k úniku mo či. K této poruše dochází již p ři minimálním tlaku v mo čovém m ěchýři a tím se jeho kapacita snižuje. Další poruchou je neúplné vyprázd ňování, které m ůže být provázeno obtížným poušt ěním nebo p řerušovaným proudem mo či(9).

Sexuální poruchy trápí p řibližně 75% muž ů a 50% žen. P ředevším se jedná o poruchy erekce, které se dostaví o n ěco d ěle než poruchy mo čení a u většiny muž ů nedochází ke ejakulaci. Nej častějším problémem u žen je neschopnost dosáhnout orgasmu(7).

Únava, která je z řejmě zp ůsobená jednak ztrátou axon ů, zpomalením vedení demyelinizovanými nervy, ale nepochybn ě i p ůsobením zán ětlivých faktor ů, obt ěžuje většinu pacient ů(1).

Deprese se považuje za b ěžnou reakci na chronické progredující nevylé čitelné onemocnění. Existují však poznatky, že se jedná o následek vlastního chorobného procesu. Deprese u RS má jiný charakter, obsahují mén ě sebekriticismu a opak více hn ěvu, starosti a podrážd ěnosti. M ůže se objevit ve spojitosti sl ě čbou vysokými dávkami steroid ů. Sebevražednost u pacient ů s RS se pohybuje mezi 2-3% , což je vyšší než v b ěžné populaci(7).

Kognitivní poruchy se objevují s postupujícím chorobným procesem a týkají se zejména pam ěťových funkcí a soust řed ění(1).

### 1.3 Diagnostika

Podle Havrdové: „Cílem diagnostického procesu je prokázat diseminaci zánětlivého procesu v prostoru CNS v čase.“ (Havrdová, 2009, str. 16)

Nejdůležitějším ukazatelem pro určení diagnózy je však klinický obraz průběhu onemocnění. Pro určení jisté diagnózy se požadují alespoň dvě ataky a prokázání lokalizovaných ložisek. Nejsou-li splněna tato kritéria, diagnóza je pouze pravděpodobná, což je časté poprvé, kdy může být třeba několikaleté remise (1,21).

Mezi diagnosticky nejdůležitější vyšetření patří magnetická resonance (MR), na které se prokáží vícečetné demyelinizační plakety, diseminovaná ložiska, lokalizované asymetricky v bílé hmotě zejména periventrikulárně. Abnormální bývá také likvor, kde se objevuje leukocytóza a zvýšení bílkovin (9,23).

Diferenciální diagnostika je v počátcích onemocnění velmi široká a často složitá. Především závisí na dominantní klinické symptomatologii. Důležité je vyloučit expanzivní procesy mozkové i míšňové a jiné choroby CNS (např. boreliózu). Propozitivní prokázání RS zůstává však nejvýznamnější (příloha F) (9,23).

### 1.4 Průběh nemoci

Roztroušená skleróza má čtyři různé typy průběhu, dále se také může dělit na benigní a maligní. Termín „benigní RS“ se již nepoužívá, jelikož tento typ průběhu lze hodnotit pouze dodatečným vyhodnocením, pokud onemocnění pacientovi nezkrátilo život a nepůsobilo podstatnou invaliditu. Aktivita chorob může v různých obdobích kolísat, vlivem terapie, životními situacemi – např. stresem, porodem nebo infekcemi (8).

#### 1.4.1 Definice ataky a progresu

„Ataka je definována vznikem nových nebo zhoršením již existujících neurologických příznaků, které trvají alespoň 24 hodin a nejsou spojeny s probíhající horečnatou infekcí.“ (Havrdová, 2009, str. 21)



„Progrese je definována trvalým zhoršením objektivního neurologického nálezu, který trvá 3-6 měsíců. To ovšem nevylučuje možnost zlepšení po protraované atace.“ (Havrdová, 2009, str. 21)

#### **1.4.2 Průběh relaps-remitentní**

Průběh relaps-remitentní je také znám pod názvem stádium atak a remisí. V 85% případů začíná onemocnění vznikem ataky, která se v určitém časovém intervalu dnu nebo měsíců upravuje a následuje ji různě dlouhé období remise, bez nových klinických příznaků. Období atak trvá přibližně 5-15 let, kdy některé ataky mohou zanechat následky v podobě patologického neurologického nálezu nebo invalidity a jiné se zcela upraví. Během postupu nemoci se však snižují schopnosti reparovat následky. Na MRI bývá v tomto stádiu nejvyšší zánětlivá aktivita (8).

#### **1.4.3 Průběh chronicko-progresivní**

Známý také jako sekundárně progresivní typ onemocnění, který je plynulým pokračováním relaps-remitentního období. Zánětlivé aktivity ustupují a začínají převažovat degenerativní pochody na CNS. Ataky již nejsou tak nápadné a dochází spíše k pozvolnému nástupu invalidity. Tato dvě stádia od sebe nelze přesně oddělit, přechod je dán vyčerpáním rezerv CNS. Každé další poškození zánětlivým dějem vyvolává trvalé následky a pacienty tímto stádiem onemocnění je možné zařadit dostupně 4-5 podle Kurtského škály (příloha C) (9).

#### **1.4.4 Primárně progresivní průběh**

V tomto stádiu nejsou přítomny ataky, invalidita se vyvíjí pozvolna, a to většinou v podobě spastické parézy dolních končetin. Patogeneticky se jedná o typ nemoci s menší přítomností zánětů a naopak větší přítomností degenerativních změn na nervových strukturách a oligodendrocytech. Postihuje častěji muže a vzniká spíše v pozdějším věku (9).

#### **1.4.5 Průběh relaxující-progredující**

Stádium je charakterizováno neúplnou úzdavou z atak a progresí mezi nimi. U tohoto typu onemocnění je nejvyšší zánětlivá a degenerativní aktivita. Ta nemocné těžce invalidizuje během několika málo let (8).

## 1.5 Terapie

Existují tři důležité prvky léčby RS, které se navzájem doplňují. V první řadě léčba farmakologická, která omezuje aktivitu choroby. Léčba symptomatická udržující schopnosti denních činností pacienta a v neposlední řadě režimová opatření, která ovlivňují postup onemocnění a kvalitu života (9).

### Farmakologická terapie

Podle národního konsenzu se u onemocnění jeví cího známky aktivity podávají léky tzv. první volby – DMD. Jedná se o léky, které jsou v současné době v klinických pokusech dokázaly snížit počet atak, a některé z nich projevily určitý vliv na progresi onemocnění. Mezi skupinu prvních volby řadíme interferon beta (IFN  $\beta$ ) a glatirameracetát (GA). Z mezinárodních doporučení by se zavedení této léčby nemělo odkládat (9).

#### o Interferon beta

V několika mezinárodních klinických pokusech prokázal i interferon beta pozitivní vliv na RS. Může snížit počet relapsů až o 30% a také jehotíži, čímž se snižuje u pacientů potřeba hospitalizace. Nevzrůstá objem poškozené bílé hmoty, jelikož velmi výrazně snižuje počet nově vznikajících ložisek. Interferony beta se podávají pacientovi injekční formou, a bohužel u nich se objevují nežádoucí účinky. Nejčastěji se jedná o chřipkový syndrom, trvající několik hodin po aplikaci, lokální reakce v místě vpichu a ojedinelé zhoršení depresí (9).

#### o Glatirameracetát

Jedná se o synteticky připravený polymer čtyř aminokyselin (alanin, glycin, lysin, tyrosin), které jsou jednou z hlavních součástí myelinu. Mechanismus účinku spočívá v zabránění rozpoznání pravého antigenu a poškození antigenu prezentující se buňky. Šestiměsíční léčba glatiramem acetátem již dosahuje významného zlepšení, klesá počet relapsů a omezuje aktivitu choroby. Lék se aplikuje denně formou injekcí dopodkoží a doposud není zatížen vedlejšími účinky (9).

#### o Imunoglobuliny

Mechanismus účinku imunoglobulinu se projevuje trojím způsobem. Jednak jeho imunosupresivním působením, dále přítomností přirozených protizánětlivých

blokátorů, a dokonce p řítomností r ůstových faktor ů pot řebných pro remyelinizaci. Preventivní snahou je vyhnout se dlouhodobému užívání vyšších dávek steroid ů kvůli jejich vedlejším ů činkům. Steroidy se však nemohou vysadit naráz, proto se k lé čbě přidávají v imunomodula čních dávkách cytostatika, která umož ňují snižovat dávku steroidů p řizachování klinického efektu. Pozitivní ů činnostu RS mají tato cytostatika: azathioprin, methotrexat, cyklofosfamid, acyklosporin A (7).

#### o **Kortikosteroidy**

Kdoci lení dostate čného efektu lé čby kortikosteroidy se musí lé čba zahájit v čas, ve vysokých dávkách a p ři jejich snižování se nesmí dát p řležitost vzniku vedlejších ůčinků (7).

### **Symptomatická terapie**

Pouze farmakologická terapie však nesta čí, a proto je snaha pacientovi odstranit obt ůže symptomatickou terapií. Do této d ůležitě terapie je zahrnuta lé čba symptom ů, které pacienta obt ěžují v denních činnostech a tím negativn ě ovliv ňují kvalitu jeho života. Nap říklad spasticita, sfinkterové a sexuální obt ůže, deprese, únava, t řes abolest (7,9).

### **Režimová opat ření**

Velmi d ůležitou prevencí rychlého postupu nemoci jsou režim ová opat ření, jež by m ěl pacient dodržovat ůž od po čátku onemocnění. Dostate čná pé če o fyzickou kondici pacienta je zásadní pro kvalitu jeho života . K pé či o fyzickou kondici se řadí p řiměřená hmotnost a vyvážený stravovací režim. Jídelní ček by m ěl obsahovat dostate čné množství bílkovin, p řirozených vitamín ů a vlákniny (9).

Převážně se jedná o vitamíny skupiny B (B1, B6, B12), které jsou pot řebné pro činnost nervového systému a také zmír ňují řekteré říznaky RS. Dalším oblíbeným dopl ňkem u RS je vitamín E, chrání cí organismus p řed škodlivým p ůsobením volných radikál ů. Pro správnou funkci imunitního systému a pro prev enci osteoporózy se doporučuje pravidelný řísun vitamínu D (7).

Očkování u pacient ů s RS je stále sporným tématem, proto se kn ěm p řistupuje velmi opov ědně. Vždy se porovnává riziko možné infekce s rizikem vakcinace. Pokud má být pacient o čkován, musí být dodržena ůřítá kritéria.

**Pacient musí být:**

- v remisi onemocnění
- stabilizovaný
- bez známek infekčního onemocnění
- pacient by měl mít možnost pokračování ústavní léčby v klidném fyzickém stavu

Pacient musí po ukončení včas oznámit svému ošetřujícímu lékaři jakékoliv zhoršení neurologických příznaků (7,9).

**1.6 Prognóza a komplikace**

Prognóza u onemocnění RS závisí zejména na její formě. Postupem času a hlavně díky vědeckým pokusům se změnila terapie a sdělení této diagnózy není pro většinu pacientů tzv. ranou zprávkou. Přesto progresivní invalidita postihuje velkou část pacientů a s ní přichází ztráta pracovní schopnosti již v mladém věku. Zabránit však tomuto osudu lze pouze včasnou a cílenou terapií (příloha G) (10,21).

Onemocnění komplikují a zhoršují infekce, především dekuubitární, urologické a plicní, které mohou být příčinou fatálního konce choroby (10).

## 2 Roztroušená skleróza a rodičovství

Těhotenství, poroda následně mateřství představují pro ženu významnou životní událost. Zvláště diskutabilní bývá otázka otěhotnění u žen s nevyléčitelnou a stále progredující chorobou, jakou je RS. Ovšem tyto ženy uvažují o mateřství stejně jako ženy ostatní, relativně zdravé. V minulosti se těhotenství ženám s diagnózou RS přímo zakazovalo, při eventuálním otěhotnění byla doporučena interrupce ze zdravotní indikace. Pokud žena na své graviditě trvala, byla zdravotnictvím považována za nezodpovědnou a její chování za nerozumné. Dnešní pohled na tuto problematiku se výrazně změnil a těmto ženám je za určitých podmínek těhotenství umožněno (12,18).

### 2.1 Plánované rodičovství

Nechtěná gravidita a její ukončení představuje pro ženu nepřijatelnou psychickou a fyzickou zátěž. Z těchto důvodů by měla být gravidita vždy plánovaná, například pomocí účinných antikoncepčních metod (12).

Jakékoliv ukončení těhotenství vede ke zmužnění imunitního systému, což u žen s RS zvyšuje riziko vzniku ataky. Těhotenství by tedy mělo být plánované pomocí antikoncepčních přípravků na období klinické stability. Obecně se doporučuje alespoň 6-12 měsíců bez ataky. Ve většině případů totiž znenáhla 3-6 měsíců před začátkem stabilizován a vyžaduje podání dalších léků, které jsou v počátcích gravidity kontraindikovány. Velmi důležité je dobré rodinné zázemí, spolehlivý partner a celá rodina, která bude po porodu ženě pomocná (7).

V průběhu plánování gravidity je nutné vysadit většinu protizánětlivých léků. Cytostatika by se měla přestat užívat 3-6 měsíců před plánovaným těhotenstvím, jelikož výrazně zvyšují riziko vrozených vývojových vad (VUV) plodu. Pokud žena užívající cytostatika otěhotní neplánovaně, je nezbytná genetická konzultace a dle výsledků případné přerušování těhotenství. Klinické studie zaměřené na užívání interferonu beta v těhotenství ukazují lehce zvýšené riziko spontánních potratů a zpomalení intrauterinního růstu plodu. Doporučuje se tedy jeho vysazení minimálně 6 měsíců před plánovaným otěhotněním. Bezpečnější v tomto směru je glatiramer acetát, který se může vysadit nejpozději v době začátku těhotenství (9,12).

Data umělého oplodnění u žen sRS jsou prozatím nedostatečná. Jednotlivé kasuistiky svědčí o vyšším riziku relapsů, což je zřejmě způsobeno narušením rovnováhy hormonů. V těchto případech je vždy nutný individuální postup a úzká spolupráce gynekologem(12).

## 2.2 Těhotenství

Těhotenství neboli gravidita je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období začíná s plynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem. Těhotenství trvá v průměru 10 lunárními měsíci po 28 dnech, což znamená 40 týdnů neboli 280 dnů(19).

Pro ženu sRS představuje gravidita stav určitě imunotolerance, neboť mateřský organismus toleruje antigeny plodu, jinak by byl plod zničen. Jedná se tedy o stav přirozeného utlumení imunity proRS příznivý(14).

Gravidita utěchtožense řadí do skupiny těhotenství patologickým průběhem. Takový průběh těhotenství obecně označuje stav, kterými žena do těhotenství vstupuje. Takto označená patologická těhotenství mají významně vyšší výskyt patologií a vyžadují řádnou perinatální péči. Pokud u těchto těhotných nejsou provedena určitá preventivní opatření, mohou se vyskytnout závažné těhotenské patologie(5,9).

V těhotenství, nejlépe 2-3 měsíce před otěhotněním, se doporučuje ženě užívat kyseliny listové 2x1 tabletu denně. Taslouží jako prevence vrozených vývojových vad nervové soustavy. Dalším vhodným doplňkem je zvýšený příjem vitamínu D, nejlépe v přírodní formě. Velmi populární jsou také multivitaminové preparáty (Materna, Pregnavit), u nich však stoupá riziko hypertrofických plodů a následných porodních komplikací(12).

Ke konci těhotenství se u žen s onemocněním RS mohou zvýraznit potíže s močením, které jsou dány tlakem plodu na močový měchýř a nebo samotným onemocněním. Také zmenšit až zničit adaptabilitu narušeného nervového systému často způsobuje poruchy rovnováhy a následné poruchy úže. Ženy sRS trpí v tomto období zejména vysokou unavitelností(7).

Pokud nebyl stav ženy před graviditou dokonale stabilizován, je po celou dobu gravidity akceptovatelná dávka 5 mg prednisonu denně. V případě akutní ataky v prvním trimestru gravidity je nutný klidový režim, nízké dávky kortikoidů a eventuálně intravenózní imunoglobuliny. Další postup je v tomto případě vždy individuální, jen utné zvažít stupeň rizika reziduálního neurologického deficitu matky versus poškození plodu. Při těžké atace se většinou přiklání k možnosti přerušení gravidity a zahájení agresivnější léčby. V druhém trimestru již není podání kortikoidů tak rizikové a při vzniklé atace je možno podávat dávky kolem 250 mg methylprednisolonu denně nebo obden. V třetím trimestru se dávky zvyšují až na 250-500 mg methylprednisolonu denně nebo obden. Pokud se však ataka i po těchto dávkách nelepší, přistupuje se k indukci porodu a zahájení účinné léčby poporodu(9,12).

### **2.3 Prenatální péče**

Prenatální péče je soubor vyšetření těhotné ženy dle doporučených diagnostických postupů, jejich hodnocení a při výskytu patologického stavu stanovení optimální terapie k dosažení co nejlepších perinatálních výsledků(19).

Žena by se měla ke svému gynekologovi dostavit dva až tři týdny před vynecháním menstruace, aby bylo těhotenství včas diagnostikováno. Počet a způsob vyšetření u patologické gravidity probíhá standardně, nevyžaduje-li si to momentální stav ženy. Obecně jsou návštěvy v prenatálních poradnách od počátku do 36. týdne těhotenství ve čtyřtýdenních intervalech, do 40. týdne v týdenních intervalech a po termínu porodu dvakrát týdně. Lékař však může podle svého uvážení nebo stavu těhotné určit jinak(5,19).

Vyšetření v prenatálních poradnách dělíme na vyšetření pravidelná a vyšetření, která se provádějí jen u určitých těhotenství(5,19).

#### **Pravidelně prováděná vyšetření**

1. Sběr anamnestických údajů a sledování subjektivních stesků a obtíží těhotné.
2. Provádění zevního vyšetření těhotné, sledování hmotnosti, případných otoků a přítomnosti varixů dolních končetin.
3. Měření krevního tlaku.

4. Provádění chemické analýzy močů a např. ritomnost bílkoviny, glukózy a ketolátek.
5. Hodnocení cervix skóre (19).

### Termínová vyšetření

1. Při první návštěvě v prenatalní poradně se potvrzuje gravidita, nejlépe ultrazvukovým vyšetřením. Stanovuje se také termín porodu pomocí gravidometru od data poslední menstruace. Tento termín se koriguje podle ultrazvukového vyšetření prováděného v 1. trimestru těhotenství. Současně se odebírá anamnéza, která je nutná pro stanovení výše rizika probíhajícího těhotenství a určení harmonogramu následující péče. Žena je vystavena těhotenskému riziku, kterou by měla nosit neustále u sebe. Průkaz protěhotné jeprůhledným informátorem stavu, průběhu a všech provedených vyšetřeních během těhotenství. Dále se určí výchozí hmotnost a výška těhotné. Důležitým aspektem pro vedení spontánního porodu jsou hodnoty zevních pánevních rozměrů (diameter bispinalis, bicristalis, bitrochanterica a coniugata externa), které se uvádí v rozmezí tabulkových hodnot (19).
2. V 16. týdnu těhotenství se provádí vyšetření hematologické (stanovení hodnot hemoglobinu, hematokritu, erytrocytů, leukocytů, trombocytů, krevní skupiny a Rh faktoru a také se sleduje ritomnost protilátek proti erytrocytům) a serologické vyšetření na ritomnost protilátek proti syfilis, HIV a HBsAg. Dále se také provádí biochemický screening VVV (19).
3. V rozmezí 18.-20. týdne těhotenství se provádí první ultrazvukový screening plodu (19).
4. Mezi 24.-28. týdnem těhotenství je prováděn screening poruch glukózové tolerance (3).
5. Mezi 30.-32. týdnem těhotenství se provádí vyšetření titru erytrocytárních protilátek u Rh negativních žen a u žen s krevní skupinou 0. Stanovují se hodnoty hemoglobinu, hematokritu, erytrocytů, leukocytů, trombocytů a provádí se druhý ultrazvukový screening plodu (19).
6. Mezi 36.-37. týdnem těhotenství se provádí mikrobiologické vyšetření pochvy na ritomnost streptokoků skupiny B. Také se doporučuje kardiografický



non-stress test, který je již v dalších týdnech povinný v týdenních intervalech (3).

7. U žen se zatíženou anamnézou se doporučuje interní vyšetření (19).
8. V průběhu těhotenství se doporučuje vyšetření stomatologické (3).
9. V průběhu těhotenství je vhodná psychoprofylaktická péče, která zahrnuje psychickou i fyzickou přípravu na porod. Zvláště u těhotných s RS by se měla udržovat v co nejlepší fyzické a psychické kondici po celou dobu těhotenství (19).

Roztroušená skleróza nepatří mezi jednogenové dědičné onemocnění, tudíž postižení potomků není vždy nutné. Riziko přenosu nemoci na potomky se odhaduje přibližně 5% neboli 1:20. Genetické vyšetření se tedy provádí jen při užívání rizikových léků u předotěhotných v časné fázi těhotenství (12).

### 2.3.1 Pohyb a těhotenské cvičení

Nemocní s RS by si měly udržovat fyzickou a psychickou kondici už od začátku onemocnění. Zpomaluje se tím nárůst neurologického deficitu a udržuje se soběstačnost nemocného. Pozitivním faktorem v průběhu cvičení je vyplavování endorfinů, tzv. hormonů radosti, které přispívají k psychické pohodě. Ženy s RS by měly spíše pokračovat v těhotenství, tak jak jim jejich neurologický stav dovolí (9).

Pohyb v těhotenství napomáhá zabránit negativním změnám sním spojených s přípravou na porod. Studie zaměřené na pohyb a cvičení v těhotenství potvrzují zkrácení délky porodu, snížení výskytu komplikací a rychlejšího zotavení po porodu. Změny v organismu vyvolané těhotenstvím nebrání pravidelné sportovní činnosti, zvláště v prvních měsících. Ve druhém a třetím trimestru těhotenství děloha svými rozměry značně omezuje pohyblivost trupu a dýchací pohyby bránice. V posledních měsících těhotenství ženy často trpí bolestmi v bedrech a v kříži. Prevencí těchto problémů bývá právě pravidelný pohyb už od začátku těhotenství. Sportovní aktivity mimo jiné udržují v normě hodnoty krevního tlaku a dechovou činnost. V těhotenství však existují pro tělesnou aktivitu některá omezení a doporučení. Žena by neměla cvičit a trénovat až do úplného vyčerpání a její tělesná teplota by neměla překročit 38°C. Tělesný výkon nesmí vyvolat otěhotnění, projeví se typickými

mžitky před očima, a vyvolání delšího nitrobřišního tlaku. Nemělo by docházet kprochladnutí a provlhnutí, jelikož jsou ženy v těhotenství náchylnější ke vzniku infekcí močových cest. Těhotná žena by se měla také vyvarovat pobytu ve vysokohorském prostředí nad 2500 m n. m. a rizika pádu a nárazů pro nebezpečí zvýšení nitrobřišního tlaku(2,16).

Rozsah a intenzita pohybu v těhotenství závisí na tom, jestli žena před těhotenstvím cvičila. Pokud ano, může s malými úpravami v těchto aktivitách pokračovat. Pokud ne cvičila, jsou pro ni vhodná zejména cvičení v rámci předporodních kurzů sporodní asistentkou. Vhodnými a doporučenými aktivitami pro těhotné jsou chůze, plavání, jóga, golf a tanec. V dnešní době jsou velice populární březí tance, které jsou dobrou přípravou na porod. Budoucí maminky se při nich naučí lépe ovládat světlo, správně dýchat a relaxovat(16,17).

## 2.4 Vedení porodu

„Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přejíže-li novorozenec i menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je nově stanovenou podmínkou porodu rovněž minimální hmotnost 500g. Ukončení těhotenství po narození plodů o nižších než uvedených hmotnostech označujeme jako potrat“. (Srb, In. Čech, 2006, str.121)

Těhotenství ukončené do konce 37. týdne se označuje jako předčasný porod. Definicí předčasného porodu může ovlivnit možný posun koncepci ovulace a tím nepresnost při stanovení týdne těhotenství podle poslední menstruace. Při analýze těchto porodů přidáme další kritérium, kterým je porod nezralého plodu s hraniční hmotností 2500 g. Porod v rozmezí od 38. do 42. týdne těhotenství se označuje jako předčasný nebo liporod v termínu, po 42. týdnu těhotenství jako porod pozdní(3).

Studie prováděné u žen s nekomplikovanou formou RS neprokázaly negativní vliv onemocnění na průběh vedení porodu. Před porod představuje pro ženu velkou psychickou a fyzickou zátěž, která může být vyvolatelem ataky. Maximální úsilí by tedy mělo být věnováno šetrnému vedení porodu, bez zbytečného prodlužování. Upřednostňován je porod přirozenou cestou, který ženu s RS méně zatěžuje. Důležité rozhodnutí o způsobu ukončení těhotenství však bývá u pacientek s rozsáhlým

neurologickým deficitem, jenž zamezuje v druhé době porodní zapojení břišního lisu. Pokud nehrozí akutní komplikace, zůstává metodou volby vedení spontánního porodu za pomoci vakuumextrakce nebo porodnických kleští, či v rámci mezioborové spolupráce po dohodě s neurologem indikace kopernímu porodu plánovaným císařským řezem. Z neurologického hlediska není císařský řez příliš vhodný, pokud jsou však závažné porodnické indikace, není zásadní chybou (12).

### **Vedení první doby porodní**

Začátek porodu je definován nástupem pravidelných kontrakt, které mají dilatační účinek na děložním hrdle. Trvání první doby porodní by nemělo přesahovat 12-18 hodin aktivní fáze 6 hodin (3).

Podobu přípravy rodičky k porodu se sledují ozvy plodu a progresse porodního nálezu. Po příchodu na porodní sál lékař zkontroluje porodní nálezu a určí případnou medikaci. Intermitentní kontroly porodního nálezu se provádějí dle potřeby, minimálně po 2 až 3 hodinách. Při aktivní fázi první doby porodní u rodičky s RS by měl být vždy přítomen lékař, v případě komplikací i vedoucí lékař porodního sálu. Po celou dobu první doby porodní je sledován psychický a fyzický stav rodičky. Kontinuálně se také sleduje kardiografický stav plodu a děložní činnost. Krevní tlak, pulz se měří po 2-3 hodinách a teplota po 6 hodinách při febrilním stavu, jinak po 1 hodině. Průběžný záznam uvedených údajů o vedení a průběhu celého porodu se zaznamenává do partogramu (3,19).

Přínosem po psychické stránce bývá přítomnost blízké osoby, nejlépe partnera rodičky, po celou dobu porodu. Žena se méně stresuje z neznámého prostředí a dostává se jí tím citová podpora a povzbuzení. Optimální polohou pro bytelnou úzkou polohou na boku na straně, kam směřuje hřeb plodu. Pokud však rodička projeví zájem, může se za stálého dozoru porodní asistentky volně pohybovat. V první době porodní se doporučuje využití relaxačních pomůcek, které pomohou ženě se lépe uvolnit, a tím se usnadňuje otevírání porodních cest. Rodička by měla být informována o správném způsobu dýchání, aby se příliš nevyčerpávala. Důležitý je přísun tekutin, zejména s vyšší energetickou hodnotou, který je zažíván nejlépe parenterální aplikací 5% glukózy (3,19).

V případě spontánního odtoku plodové vody je rodička vaginálně vyšetřena, aby nedošlo k výhledu pupečníku. Nedojde-li ke spontánnímu odtoku, provádí se průběh první doby porodní, průměr brance 3-4 cm dirupce vaku blan. U plodové vody se hodnotí její kvalita a množství, což se zapisuje do dekurzu. Povymizení dolního pólu vaku blan dráždí hlavička plodu silněji receptory vnitřní branky a ze zadního laloku hypofýzy se vylučuje hormon oxytocin. Působením tohoto hormonu se zvyšuje intenzita kontrakcí. Nastane-li sekundárně slabá děložní činnost, podpoří se infuzí synteticky vyrobeného oxytocinu (3,19).

### **Vedení druhých doby porodní**

Druhá doba porodní, neboli vypuzovací, by neměla trvat déle než jednu hodinu. Pokračuje se v kontinuálním kardiografickém monitorování plodu a po celou dobu by měla být přítomen lékař (19).

Rodička by měla být poučena o správném dýchání, efektivním tlačení v druhé době porodní a odpočinku v mezikontrakčním období. Zpočátku se doporučuje tlačení na boku, kdy si rodička přitahuje horní nohu k tělu a přitom tlačí bradu hrudníku. V závěru druhé doby porodní se rodička ukládá na záda, kdy si při kontrakci přitahuje obě nohy k tělu a se zadržným dechem opakovaně tlačí. Pokud je naplněn močový měchýř, sterilně se vyprázdní pomocí gumové cévky (3,19).

Před vlastním porodem se provede zevní dezinfekce rodidel a hýždě rodičky se podloží nepropustnou sterilní plenou z připraveného porodního balíčku. Při prořezávání hlavičky porodník hodnotí situaci, a hrozí-li ruptura hráze, provede za kontrakce epiziotomii. Výkon se provádí za určitých podmínek v místním znecitlivění a mezi prsty zavedenými do pochvy. Při prořezávání hlavičky porodník pravou rukou srouškou chrání hráz, čímž zabraňuje příliš rychlému prořezávání hlavičky a tím možnosti vzniku ruptury. Po porodu hlavičky a zevní rotaci uchopí porodník oběma rukama hlavičku, druhý až čtvrtý prst jedné ruky uloží na bradičku a stejné prsty druhé ruky na záhlaví. Mírným tlakem se hlavička skloní k perineu, čímž se pod sponou porodí v předu uložené raménko. Nato se hlavička opatrně zvedne a přeshráz se porodí v zadu uložené raménko. Zbytek trupu se již porodí velice lehce (3,19).

## Vedení řetídoby porodní

Pupečník se podváže p řibližně ve vzdálenosti 6 cm od b řišní inzerce a pod ochranou ruky se p řestřihne. Pokud vše probíhá vpo řádku a dít ě k řičí, m ůže sepoložitmatcenab řicho, poté sep ředádoneontologické pé ěe(19).

Zpodvázaného a peány uzav řeného placentárního pahýlu pupe čníku se vytne p řibližně 10cm a odešlenavyšet ření hladiny krevních plyn ů a acidobazické rovnováhy. S tímto výsledkem, který podává cenné informace o s tavu plodu bezprost ředně před narozením, a hodnocením novorozence podle Apgaro vé získává neonatolog p řesnou informaci o výchozím stavu novorozence. Sou ěasně se také odebírá pupečnicková krev na vyšet ření vyhledávacího testu na Syfilis a u Rh-negativ ních matek na vyšet ření krevní skupiny plodu, eventueln ě p řítomnosti anti-D protilátek a hladinu bilirubinu. T řetí doba porodní se vede aktivn ě intravenózním podáním uterokinetik a uterotonik ihned po porodu plodu. Po kud žena nekrvácí, vy čekává se na spontánní odlou čení placenty maximáln ě p ůl hodiny. P řesvědčení o odlou čení placenty se provádí pomocí Schr ōdreho hmatu na d ělohu, d ěložní fundus stoupá nad pupek, nabývá st řechovitého rázu a nad sponou lze nahmatat m ěkkou vypuklinu. Dobrá orientace je rovn ěž K ůstnerovým manévrem, kdy se natažený pupe čník u neodlou čené placenty p ři zatla čení za symfýzou vtahuje do pochvy. Naopak u odlou čené placenty se pupe čník vysouvá ven. Odlou čenou placentu rodi čeká spontánn ě vytlačí. Porodník ji uchopí ob ěma rukama a jedním sm ěrem ji otá čí a mírn ě povytahuje ven. Tento hmat kvybavení celistvé placenty a blan nazýváme Jackobs ův hmat. Po vybavení placenty se reviduje její stav, délka pupe čníku a jeho inzerce. Kontroluje se celistvost blan a zda jimi neprobíhá céva, což b y sv ědčilo o p řídatné placent ě. Nejprve se prohlíží fetální část placenty, jestli nejsou p řítomny placentární infarkty a zm ěny na prosvítajících cévách. Po ot ření revidujeme celistvost kotyledon ů na mate řské stran ě placenty. Vlokální nebo svodné anestezii 1% Meso cainem se nejprve reviduje oblast zevních genitálií a hráz . V zrcadlech dále poševní st ěna, klenby a d ěložní hrdlo v celém rozsahu a pátrá se pop řípadných trhlínách krvácejících cévách. Porodní poran ění se ošet řuje suturou nej častěji vicrylovými stehy. Poté lékař ů vyšetří per rektum, zda nedošlo k poran ění či prořítí st řevní sliznice. Zevní genitál se o čistí dezinfek čním roztokem a žena je uložena do klidové polohy. Z aznamenávají se hodnoty krevního tlaku, pulzu a teploty(3,19).

Minimálně dvě hodiny po porodu zůstává žena na porodním sále pod přísnou kontrolou porodní asistentky. Pečlivě je sledováno případné rozsáhlejší krvácení, ať už způsobené hlubokými poraněními nebo poruchou děložní retrakce nebo poruchou koagulace, a odhaduje se celkové množství krevních ztrát. Vzhledem k vyššímu výskytu relapsů onemocnění v porodním období je velmi důležité sledování možných příznaků progresivního onemocnění a spolupráce s neurologem (14,19).

#### 2.4.1 Analgezie a anestézie při porodu

Metody porodnické analgezie se od sebe navzájem liší účinností a technikou působení a technickou náročností. U žen s RS by se při porodu per vias naturales (přirozenou cestou) mělo zamezit vyčerpání rezerv rodičky, ochránit před nadměrným stresem a nežádoucími změnami hemodynamiky. Součástí porodu u těchto žen by tedy měla být správně zvolená analgezie (3).

Pro použití analgezií platí základní zásady, nesmí ovlivnit zdraví matky ani plodu, nesmí podstatným způsobem ovlivnit děložní činnost a v neposlední řadě musí být dostatečně účinná. Analgetické metody se rozlišují na nefarmakologické a farmakologické, mohou se navzájem kombinovat. Nejvýznamnější nefarmakologickou analgezií je psychoprofylaxe, dále hypnóza, audioanalgezie, aromaterapie, akupunktura, akupresura, alternativní polohy při porodu a mnohá další. Tyto metody však nejsou natolik analgeticky účinné, proto se využívají spíše u fyziologických porodů (5).

Farmakologické metody jsou vysoce účinné a při jejich podání se musí postupovat mimořádně opatrně. Rozlišují se na systémové, regionální a neuroaxilární analgezie. Systémová neboli celková analgezie představuje soubor způsobů, kdy se podáním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti – zvýšením prahu bolesti a změnou jejího emocionálního náboje. Mezi systémovou analgetikou se řadí Dolsin, oxid dusný a Nalbufin. Regionální neboli místní analgezie představuje soubor způsobů, kdy se podáním lokálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti. Nejčastěji se používá obstrukce hráze 1% Mesocainem při znecitlivění pochvy a hráze před epiziotomií nebo ošetřením porodních poranění. Mezi neuroaxilárními metodami patří epidurální a suarachnoideální analgezie, možná je i jejich kombinace. Jednotlivé metody se od sebe příliš neliší, avšak v současnosti je převážně využívána epidurální

aplikace. Zvláště pro ženy s RS je tato metoda výhodnou volbou. Velice účinně reguluje porodní stres a nabízí možnost doplňujících dávek, čímž máneomezenou délku účinku. Také podle závěrů doposud publikovaných studií se nezdá, že by epidurální analgezie při porodu vedla k progresi onemocnění. Byl pouze pozorován zvýšený počet relapsů u pacientek, jimž byl v rámci epidurální analgezie aplikován Bupivacain v koncentracích vyšších než 0,25%. Hlavní předností této metody je také možnost změny analgezie v anestezii. (5,14)

Je-li to možné, v případě indikace císařského řezu pro akutní ohrožení matky i plodu či z důvodů preventivních, dáváme přednost neuroaxilární anestezii. Celková anestezie totiž pro ženy s RS představuje větší zážitek. Ta by mohla být vyvolavatelem progresivního onemocnění (14).

## 2.5 Šestinedělí a kojení

Šestinedělí neboli puerperium je období do 42. dne po ukončení těhotenství a porodu. Mizí anatomické a těhotenské změny a organismus se vrací do stavu jako před těhotenstvím. Rovněž ustupují i některé těhotenské patologie, jako gestační diabetes, preeklampsie a těhotenská hepatopatie. V tomto období zahajuje svou činnost mléčná žláza a mateřství je dovršeno tvorbou mléka. Těhotenství a porod však zanechávají po tělesné a psychické stránce dalekosáhlé změny a úplný návrat do předporodního stavu nenastane téměř nikdy. V prvních 24 hodinách se mohou objevit akutní poporodní nebo poanesteziologické komplikace. Časná neboli raná šestinedělí zahrnuje prvních 7 dní porodu, kdy dochází k největším změnám. Pozdní šestinedělí je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů, obecně 42. dnem šestinedělí končí (3).

V tomto období plněm hormonálních změn se velmi zvyšuje riziko poporodních relapsů. Jednou z preventivních možností je podání kortikoidů. Francouzští vědci prováděli retrospektivní sledování dvou skupin pacientek. První skupina 22 žen byla po dobu šestinedělí bez léčby a druhá skupina 20 pacientek byla po dobu 6 měsíců léčena 1000 mg Solumedrolu. V obou skupinách došlo k nárůstu relapsů v prvních měsících po porodu, avšak u první skupiny neléčených pacientek byl ve srovnání s druhou skupinou, pacientek léčených, několikrát násobně vyšší. V léčbě kortikoidy

nebyly pozorovány žádné závažné nežádoucí účinky. Problematickým bodem ovšem zůstává otázka kojení (12).

Další, dnes preferovanou variantou, je podání intravenózních imunoglobulinů (IVIG). Jejich velkou výhodou je velmi dobrá snášenlivost a možnost kojení. Izraelští vědci prováděli velkou studii s podáním IVIG u 108 těhotných pacientek rozdělených do tří skupin. První skupina byla bez terapie, druhá skupina užívala IVIG pouze po porodu a třetí skupina byla léčena IVIG již v těhotenství. Výsledky těchto studií ukazují nižší výskyt relapsů u druhé skupiny pacientek léčených IVIG v poporodním období než u pacientek bez léčby. Avšak významně nižší výskyt poporodních relapsů byl u skupiny těhotných, kdy byly pacientky léčeny již v těhotenství. Při podávání IVIG se vždy musí postupovat s určitou opatrností. Prezentovaná data jsou velmi důležitá zejména v oblasti ukazující na bezpečnost a efektivnost podání IVIG již během těhotenství (12).

Evropská multicentrická studie GAMPP navazující na předcházející výsledky prezentující podání IVIG v poporodním období zahrnovala 163 pacientek z 9 evropských zemí. Pacientky byly léčeny preparátem Octagam, kdy první skupina dostávala 150 mg/kg 1x měsíčně po dobu 6 měsíců s první dávkou 24 hodin po porodu. Druhá skupina se odlišovala vyšší dávkou úvodu, první den po porodu dostaly 400 mg/kg, druhý den 300 mg/kg, třetí den 150 mg/kg a dále již jednou měsíčně po dobu 6 měsíců stejnou dávku. Po dobu léčby byly pacientky aktivně podporovány v kojení. V obou sledovaných skupinách se počet relapsů pohyboval na stejné úrovni jako před porodem nebo lehce nižší. Studie však neprokázala výraznější efekt vyšších dávek u druhé skupiny sledovaných žen (12).

„Bohužel i přes tyto jednoznačně pozitivní výsledky IVIG zatím nebyly registrovány jako oficiální lék pro prevenci relapsů v poporodním období a hlavní limitací jejich podání stále zůstává vysoká cena. V České republice ale ani v okolní Evropě v současnosti neexistuje žádná oficiální doporučení pro podání těchto léků.“ (Horáková, 2007, roč. 8, č. 1, str. 34)

Doporučenou a efektivní dávkou se tedy zdá být podání 15 g IVIG v období 24-48 hodin po porodu, a dále pak 15 g 1x měsíčně maximálně po dobu 6 měsíců. Potom to období by se mělo stát úvodní terapií (12).



Kojení představuje širozený způsob výživy pro optimální vývoj dítěte. Vzniká při něm úzký citový vztah mezi matkou a dítětem, což má blahodárný vliv pro jeho tělesný i duševní vývoj. Mateřské mléko obsahuje důležité živiny, protilátky a látky povzbuzující obranyschopnost organismu. I přes tato fakta je otázka, zda u onemocnění RS kojit a jak dlouho otázkou zatím nedořešenou. Neexistuje však jednoznačný vztah mezi kojením a počtem relapsů po porodu. Řada klinických pozorování ukazuje, že protrahované kojení zvyšuje riziko ataky. Předpokládá se, že ovlivňujícím faktorem je zde hormon prolaktin, který má prozánětlivé účinky a zřejmě riziko vzniku ataky zvyšuje. Kompromitujícím řešením je tedy kojit 3-4 měsíce a přechod na úvodní terapii (4,12,20).

## 2.6 Přijetí role matky a psychická vyrovnanost

Těhotenství, porod a šestinedělí patří mezi psychicky nejnáročnější období v životě ženy. V krátkém období se žena musí vyrovnávat nejen s fyzickými změnami, ale hlavně se změnami v oblasti hormonální činnosti a v oblasti emocí. Silné emoční výkyvy, pocity štěstí i úzkosti, emoční vyrovnanost i emoční labilita, ambivalence ve vztahu k dítěti doprovází graviditu, porod i období po porodu. Některé ženy toto náročné období zvládají bez problémů, ale některé, a to i ty, které prožívají plánované a chtěné těhotenství, mají v tomto období potíže v interakci se svým okolím. Emoční labilita se objevuje především u žen prvorodiček, které se v péči o své první dítěte poprvé čírolematky přijmou. Také ženy trpící psychickým poruchami mohou v období po porodu potíže se zvládnutím situace. V těchto případech se od okolí rodičky, především od rodinných příslušníků, očekává ohleduplnost a empatické chování v interakci se ženou, která hledá svou vlastní cestu v přijetí role matky (11,18).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 3 Průzkum

Průzkum je jedna z forem poznání, která se zabývá zjišťováním skutečností a vztahů mezi nimi. Jeho cílem je získat informace o určitém jevu nebo jevech, které jsou relevantní pro daný obor. Pomocí průzkumu se získávají základní údaje i vhodnost použité metody.

### 3.1 Cíl hypotézy

**Cíl práce:** Zjistit, zda riziko vzniku onemocnění RS je ovlivněno úběhem těhotenství a naopak, zda má těhotenství šestinedělí vliv na průběh onemocnění.

#### Dílčí cíle:

1. Zjistit, v jakém stádiu onemocnění byly respondentky před otěhotněním a v jakém stádiu onemocnění se nacházely po skončení šestinedělí.
2. Zmapovat, zda se během těhotenství nebo šestinedělí objevily ataky.
3. Analyzovat vztah mezi onemocněním a délkou těhotenství.
4. Zjistit vztah mezi způsobem jakým bylo těhotenství ukončeno a samotným onemocněním.
5. Analyzovat vztah mezi onemocněním a kojením.

#### Hypotézy:

**Hypotéza 1** – Domníváme se, že u žen s onemocněním RS bylo těhotenství a porod spíše komplikovanější než bez komplikací.

**Hypotéza 2** – Předpokládám, že u žen s onemocněním RS se ataky objevily spíše v průběhu šestinedělí než v průběhu těhotenství.

**Hypotéza 3** – Myslím si, že ženám s onemocněním RS nebylo doporučeno kojení vzhledem k nasazení terapie porodu.

**Hypotéza 4** – Předpokládám, že se ženy s onemocněním RS nacházejí v těžším stádiu onemocnění po ukončení šestinedělí než před porodem.

## 3.2 Metodika práce

Kšetření je použito kvantitativního i kvalitativního průzkumu, které byly provedeny prostřednictvím dotazníkového šetření a rozhovoru s respondenkami s onemocněním RS v těhotenství.

### 3.2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky a potřebné údaje ke konstrukci dotazníku byly získány prostřednictvím odborné literatury, časopisů a internetových odkazů.

### 3.2.2 Charakteristika souboru respondentek

Zkoumaný soubor respondentek musel splňovat určitá kritéria pro dotazník a rozhovor.

#### Pro dotazník

1. Klientky s onemocněním RS v těhotenství
2. Těhotenství probíhalo nejdéle 7 let zpětně
3. Vybrané pracoviště ambulance MS centra při neurologické klinice 1.LFUK a VFN v Praze

#### Pro rozhovor

1. Klientky s onemocněním RS v těhotenství
2. Klientky v domácím prostředí

### 3.2.3 Užití metody šetření

V bakalářské práci bylo použito kvantitativního i kvalitativního průzkumu. Kvalitativní průzkum byl zjišťován u klientky s RS pomocí rozhovoru a kvantitativní průzkum pomocí dotazníku u klientek s RS, které navštívily ambulanci MS centra při neurologické klinice 1.LFUK a VFN v Praze.

K získání potřebných dat byla využita dotazníková metoda. Dotazník vlastní konstrukce obsahuje soustavu pečlivě připravených a formulovaných otázek vytvořených pro získání potřebných dat průzkumného šetření.

### V dotazníku byly použity otázky:

1. **Uzavřené** – vyznačující se p ředemp ředloženýmivariantami odpo vědi, kdysirespondentvybírájednuzmožností.
2. **Otevřené** – nenavrhujížádnémožnéodpo vědi, respondentjemusínapsatsám.
3. **Polouzavřené** – jednáseokombinaceoboup ředchozíchtyp ůotázek.

Dotazník pro klientky je rozd ělen do dvou částí. První část dotazníku je zam ěřenana zjišt ěnídemografických ůdaj ů. Otázky vedruhépolovin ějsou zam ěřeny např ůběhceléhoť ěhotenství, šestined ělíakojenístímtoonemocn ěním.

#### 3.2.4 Realizacešet ření

Dotazníky se začaly rozdávat 16.11.2009 za pomoci paní MUDr. Ivety Novákové. Byly rozdány klientkám, které navšt ěvovaly ambulatní část MS centra při kontrolách jejich zdravotního stavu. Sb ěř dat byl ukon ěčen 25.2.2010. Z celkového množství 60 podaných dotazníků se vrátilo 43, návratnost tedy byla 72%. Zvrácen ých 43 dotazníků jich po vyt řídění bylo do zkoumaného vzorku za řazeno 30, zbylých 13 dotazníků bylyovy řazeno znedostate ěného vypln ění.

#### 3.2.5 Zpracovánízískaných dat

Získaná data byla zpracována vp řiložené tabulce a výsledky šet ření byly převedeny do jednoduchých tabulek ětností, které byly následn ě dopln ěny výpo ěty relativní ětnosti. Výpo ětená relativní ětnost byla znázorn ěna pomocí graf ů. Vzorcem relativní ětnosti je  $f_i = n_i/n * 100$

#### Symbolypoužit ěv tabulkách:

-absolutní ětnost	$n_i$
-relativní ětnost %	$f_i$
-celková ětnost	$\Sigma$

Výsledky relativní ětnosti poskytují informace o tom, jak velká část z celkového po ětu hodnot p řipadá na danou díl ěí hodnotu. Nej ěast ěji se udává v % a násobí 100. V práci je využitovy se ěčov ých graf ů.

## 4 Interpretace dat

Získaná data z dotazníkového šetření jsou zobrazena a uvedena v příložených tabulkách a grafech.

### 4.1 Dotazník pro respondentky

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 43 respondentek s onemocněním RS během těhotenství, hodnotitelných bylo 30 dotazníků. Všechna získaná data byla vyhodnocena a uvedena v příložených tabulkách a grafech.

#### Demografické údaje:

Tato problematika je věnována otázka číslo: 1

#### Informativní otázky:

Natuto oblast jsou zaměřeny otázky čísla: 2, 3, 4, 22

#### Údaje o průběhu těhotenství, šestinedělní a kojení s onemocněním RS:

Tuto problematiku zahrnují otázky čísla: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

**Hypotéza 1** se vztahovaly otázky čísla: 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17

**Hypotéza 2** jsou zaměřeny otázky čísla: 10, 11, 18

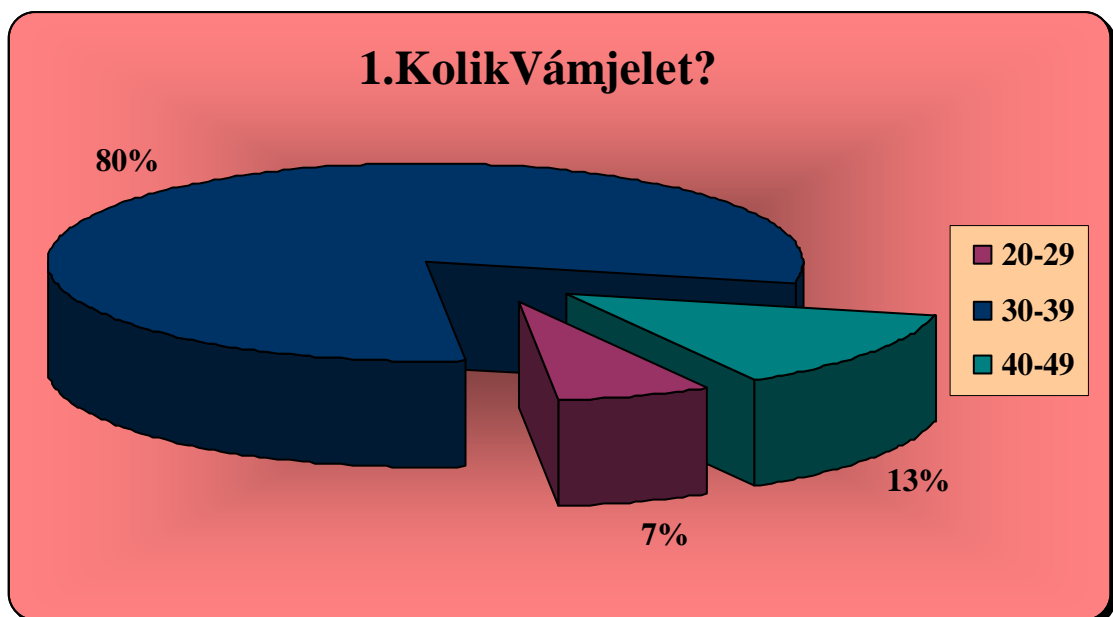
**Hypotéza 3** jsou věnovány otázky čísla: 19, 20, 21

**Hypotéza 4** se vztahovaly otázky čísla: 4, 22

## Otázka č.1

Kolik Vám jelet?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
20-29	2	7%
30-39	24	80%
40-49	4	13%
$\Sigma$	30	100%



### Komentář:

7% respondentek se nachází ve věku 20-29, což jsou 2 ženy

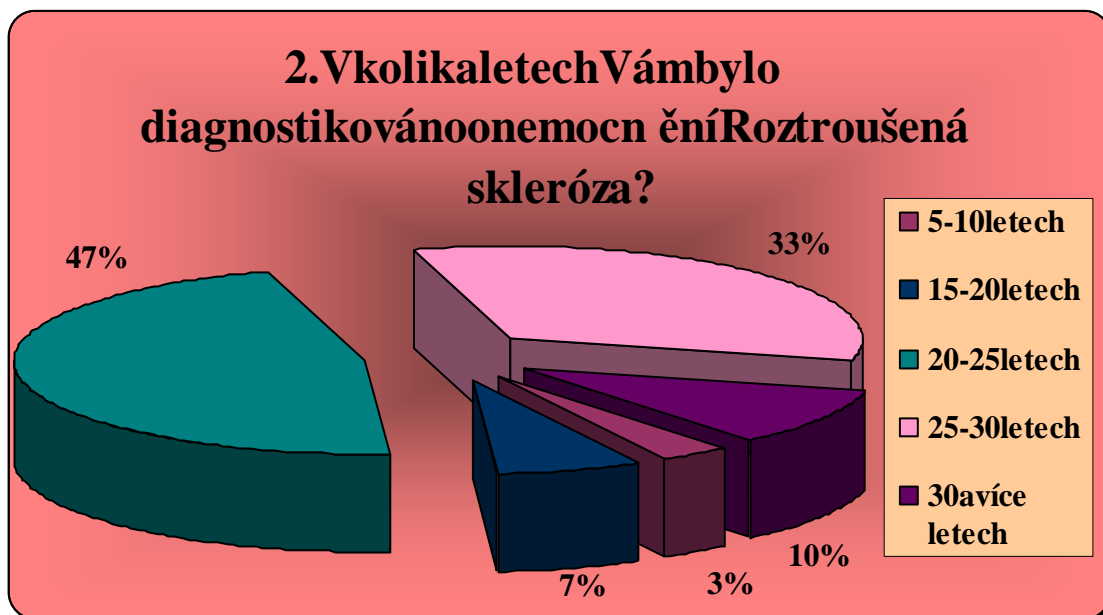
80% respondentek se nachází ve věku 30-39, což je 24 žen

13% respondentek se nachází ve věku 40-49, což jsou 4 ženy.

## Otázka č.2

V kolika letech Vám bylo diagnostikováno onemocnění Roztroušená skleróza?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
5-10let	1	3%
15-20let	2	7%
20-25let	14	47%
25-30let	10	33%
30avícelet	3	10%
$\Sigma$	30	100%



### Komentář:

U 3% respondentek bylo onemocnění RS diagnostikováno mezi 5-10 rokem života, což je 1 žena.

U 7% respondentek bylo onemocnění RS diagnostikováno mezi 15-20 rokem života, což jsou 2 ženy.

U 47% respondentek bylo onemocnění RS diagnostikováno mezi 20-25 rokem života, což je 14 žen.

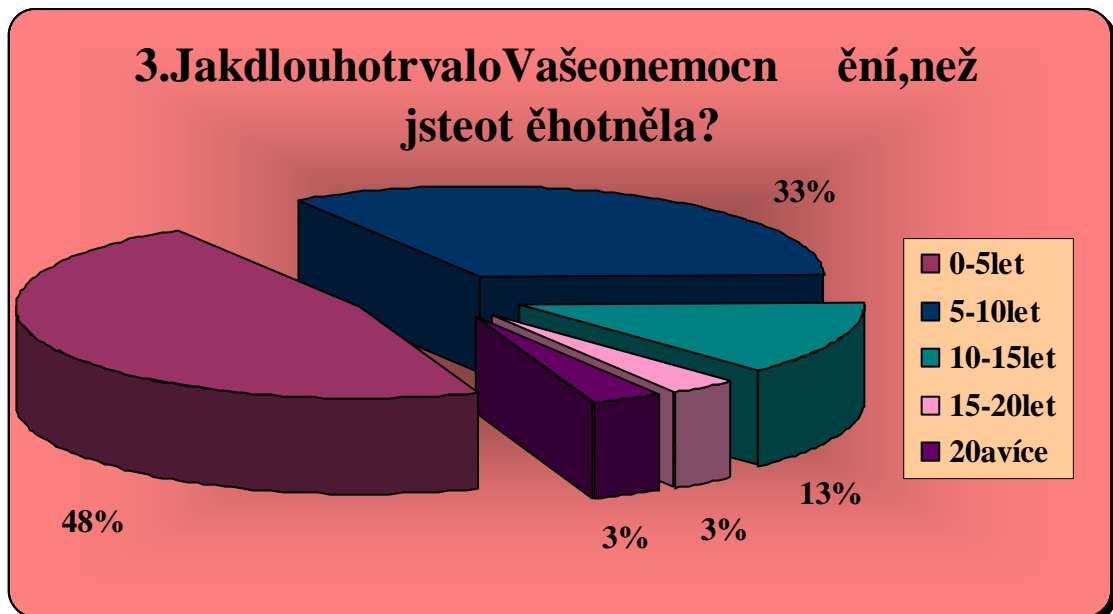
U 33% respondentek bylo onemocnění RS diagnostikováno mezi 25-30 rokem života, což je 10 žen.

U 10% respondentek bylo onemocnění RS diagnostikováno po 30. roce života, což jsou 3 ženy.

### Otázka č.3

Jak dlouho trvalo Vaše onemocnění, než jste otěhotněla?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
0-5let	14	48%
5-10let	10	33%
10-15let	4	13%
15-20let	1	3%
20avíce	1	3%
Σ	30	100%



#### Komentář:

U 48% respondentek trvalo onemocnění RS 0-5let než otěhotněly, což je 14 žen.

U 33% respondentek trvalo onemocnění RS 5-10let než otěhotněly, což je 10 žen.

U 13% respondentek trvalo onemocnění RS 10-15let než otěhotněly, což jsou 4 ženy.

U 3% respondentek trvalo onemocnění RS 15-20let než otěhotněly, což je 1 žena.

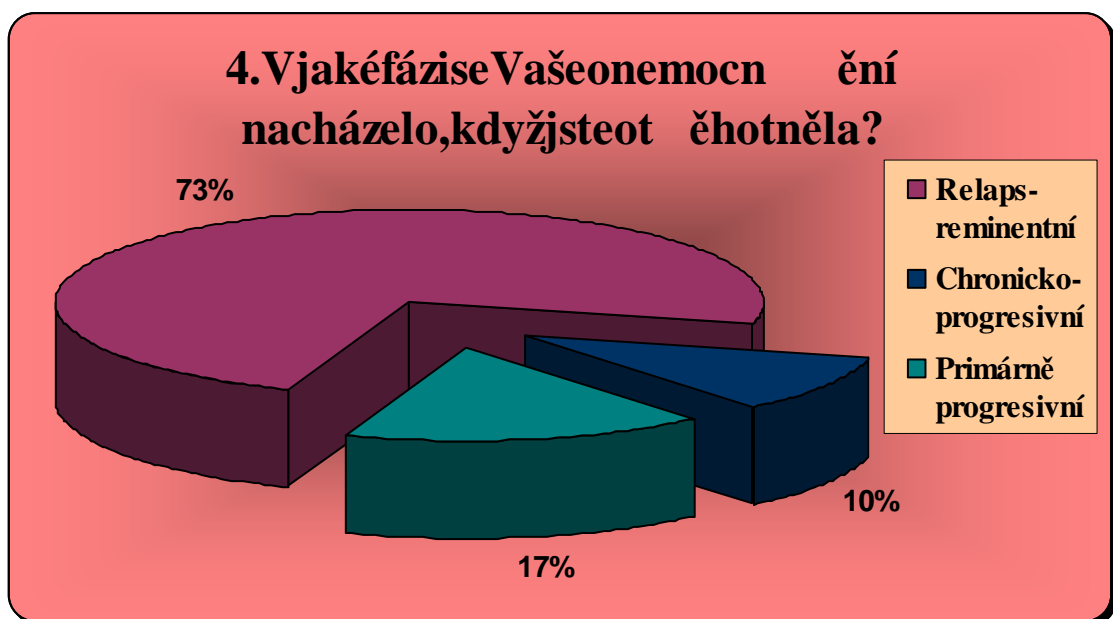
U 3% respondentek trvalo onemocnění RS 20 a více let než otěhotněly, což je 1 žena.



## Otázka č.4

V jaké fázi se Vaše onemocnění nacházelo, když jste onemocnění začala?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Relaps-reminiscentní	22	73%
Chronicko-progresivní	3	10%
Primárně progresivní	5	17%
Σ	30	100%



### Komentář:

73% respondentek se nacházelo v Relaps-reminiscentní fázi onemocnění, když onemocnění začalo, což je 22 žen.

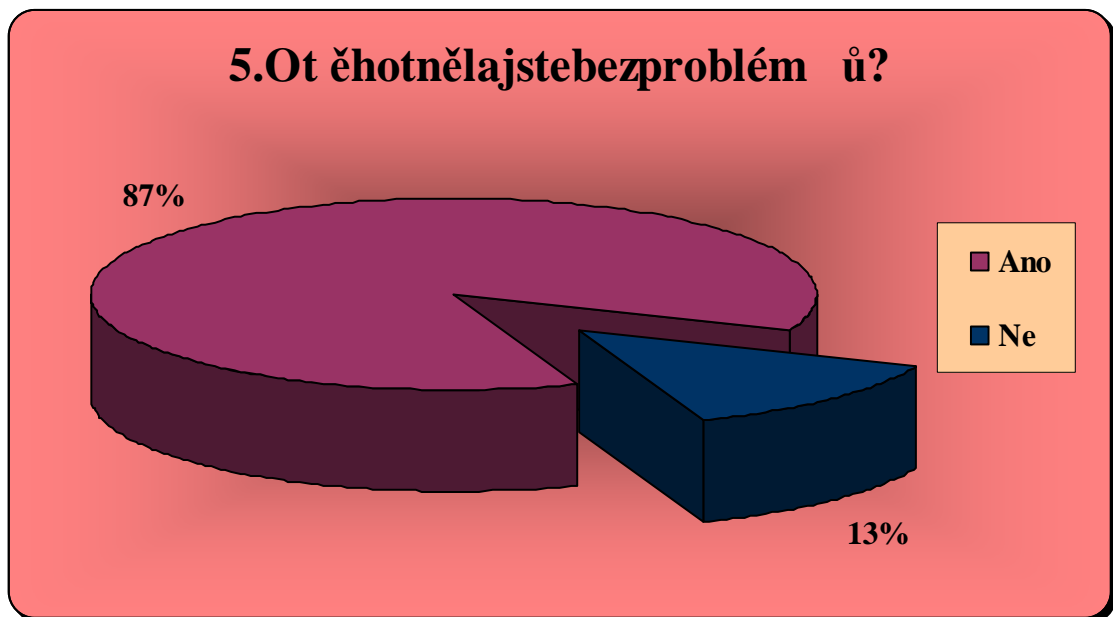
10% respondentek se nacházelo v Chronicko-progresivní fázi onemocnění, když onemocnění začalo, což jsou 3 ženy.

17% respondentek se nacházelo v Primárně progresivní fázi onemocnění, když onemocnění začalo, což je 5 žen.

## Otázka č.5

Otěhotněl jste bez problémů?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Ano	26	87%
Ne	4	13%
$\Sigma$	30	100%



### Komentář:

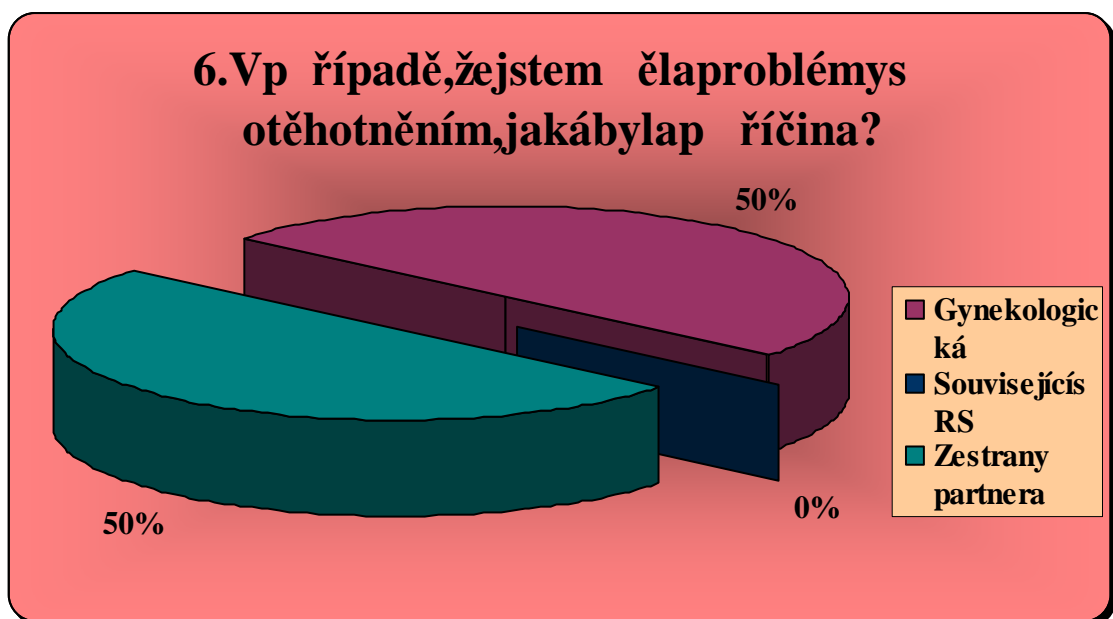
87% respondentek uvedlo, že otěhotněly bez problémů, což je 26 žen.

13% respondentek uvedlo, že měly problémy s otěhotněním, což jsou 4 ženy.

## Otázka č.6

Vpřípadě, že jste měla problém s otěhotněním, jaká byla příčina?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Gynekologická	2	50%
Související s RS	0	0%
Z strany partnera	2	50%
Σ	4	100%



Natuto otázku odpovídaly 4 respondentky, jelikož 26 respondentek otěhotnělo bez problémů.

### Komentář:

50% respondentek mělo problém s otěhotněním z důvodu gynekologického, což jsou 2 ženy.

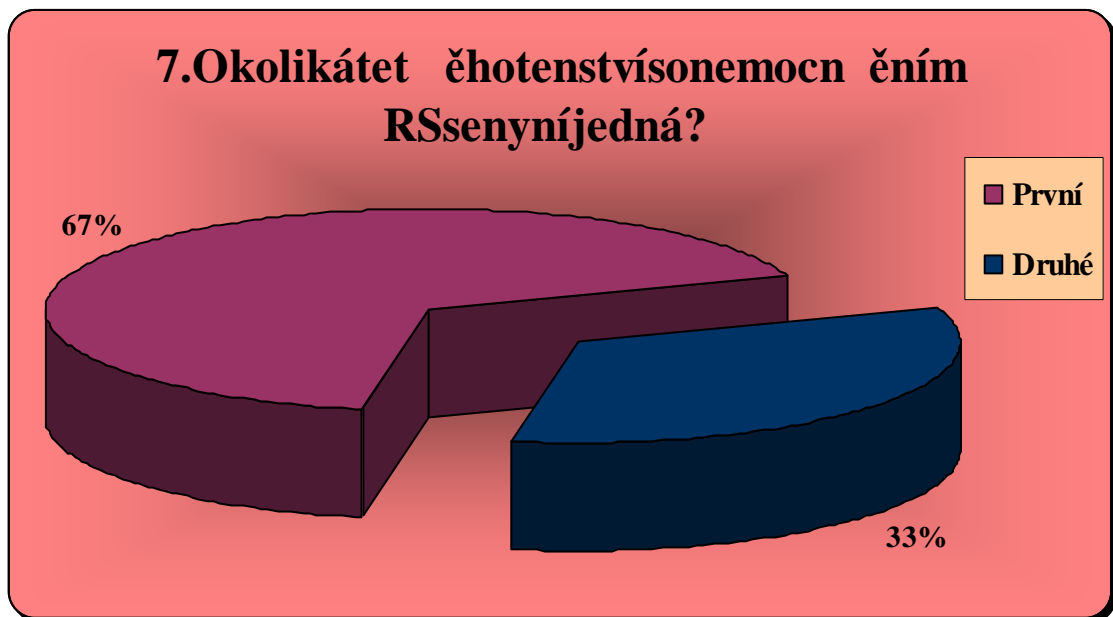
0% respondentek mělo problém s otěhotněním z důvodu souvisejícím s onemocněním RS, což je 0 žen.

50% respondentek mělo problém s otěhotněním z důvodu z strany partnera, což jsou 2 ženy.

## Otázka č.7

Okolikátět ěhotenstvísonemocn ěnímRSsenyníjedná?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
První	20	67%
Druhé	10	33%
Σ	30	100%



**Komentář:**

67%respondentekuvešlo,žesejednalooprvnít

ěhotenstvísRS,cožje20žen.

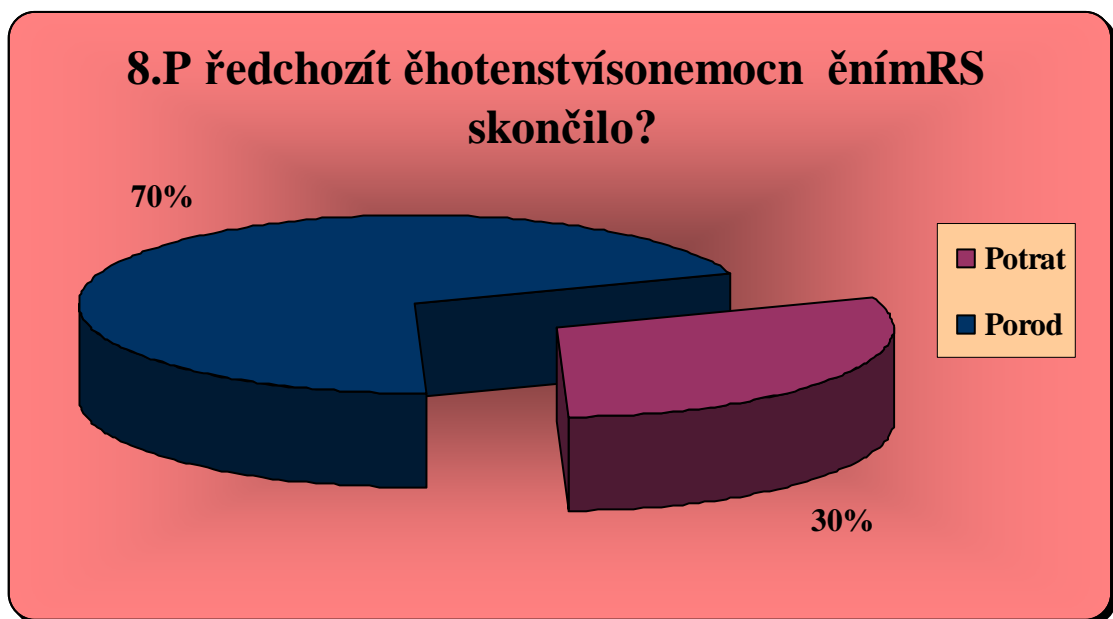
33%respondentekuvešlo,žesejednaloodruhé

ěhotenstvísRS,cožje10žen.

## Otázka č.8

Předchozí těhotství skončilo?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Potrat	3	30%
Porod	7	70%
$\Sigma$	10	100%



Natuto otázku odpovědělo 12 respondentek, jelikož u 20 respondentek se jednalo o první těhotství.

### Komentář:

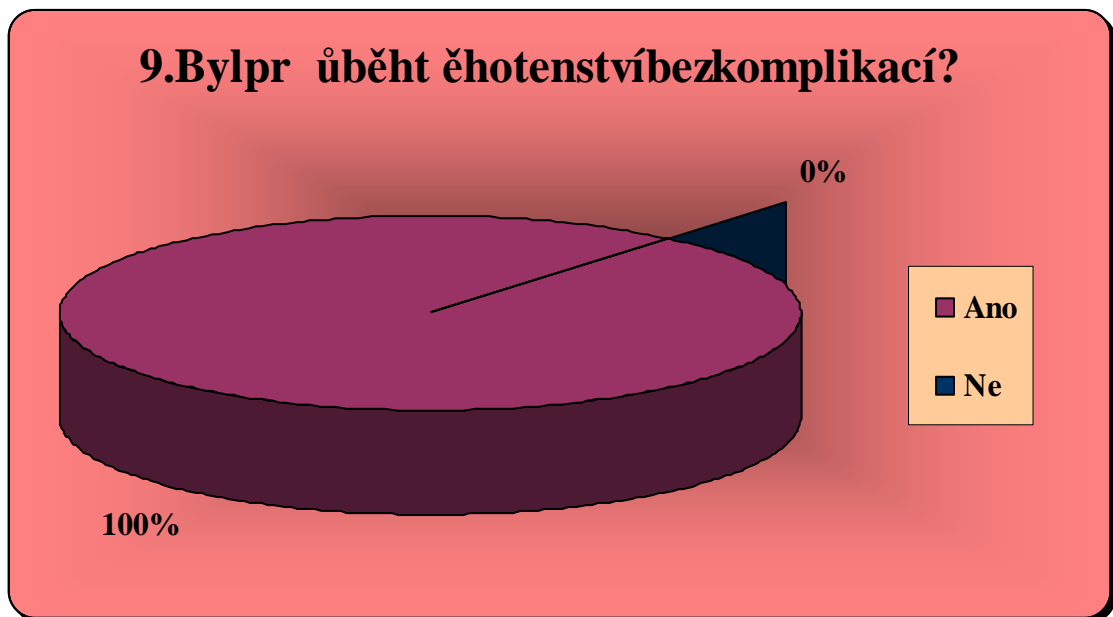
U 30% respondentek skončilo těhotství v minulém těhotství potratem, což jsou 3 ženy.

U 70% respondentek skončilo těhotství v minulém těhotství porodem, což je 9 žen.

## Ozázka č.9

Bylpr úběht ěhotenstvíbezkomplikací?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Ano	30	100%
Ne	0	0%
$\Sigma$	30	100%



**Komentář:**

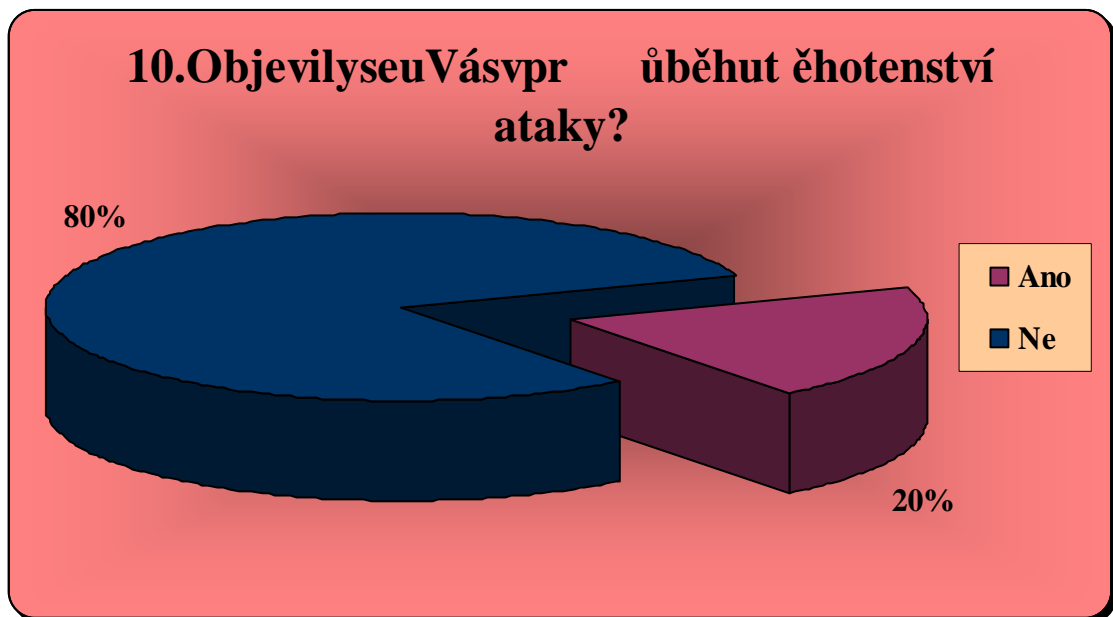
**100%** respondentek uvedlo, že bylpr úběht ěhotenstvíbezkomplikací, což je 30 žen.

**0%** respondentek uvedlo, že vpr úběht ěhotenstvíse vyskytly komplikace, což je 0 žen.

## Otázka č.10

Objevily se u Vás v průběhu onemocnění ataky (zhoršení onemocnění)?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Ano	6	20%
Ne	24	80%
$\Sigma$	30	100%



**Komentář:**

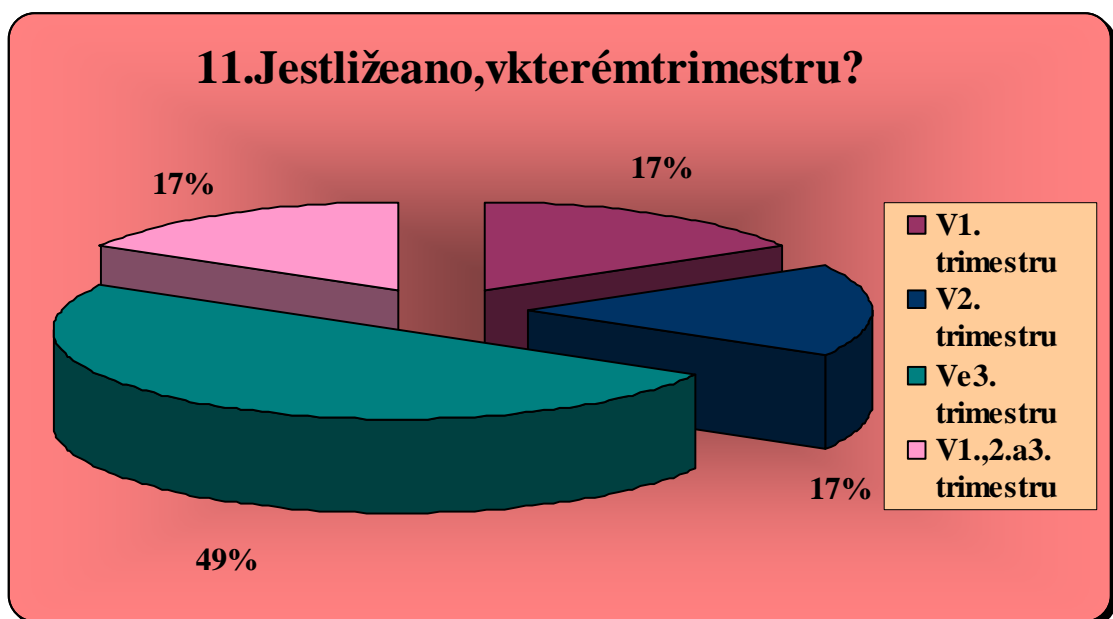
U 20% respondentek se v průběhu onemocnění objevily ataky, což je 6 žen.

U 80% respondentek se v průběhu onemocnění neobjevily ataky, což je 24 žen.

## Otázka č.11

Jestliže ano, v kterém trimestru?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
V1.trimestru	1	17%
V2.trimestru	1	17%
Ve3.trimestru	3	49%
V1.,2.a3.trimestru	1	17%
Σ	6	100%



Natuto otázku odpovědělo 6 respondentek, jelikož u 24 respondentek se tato otázka neobjevila.

### Komentář:

U 17% respondentek se objevila otázka v 1. trimestru

utěhotnění, což je 1 žena.

U 17% respondentek se objevila otázka v 2. trimestru

utěhotnění, což je 1 žena.

U 49% respondentek se objevila otázka v 3. trimestru

utěhotnění, což jsou 3 ženy.

U 17% respondentek se objevila otázka v 1., 2., a 3.

trimestru utěhotnění,

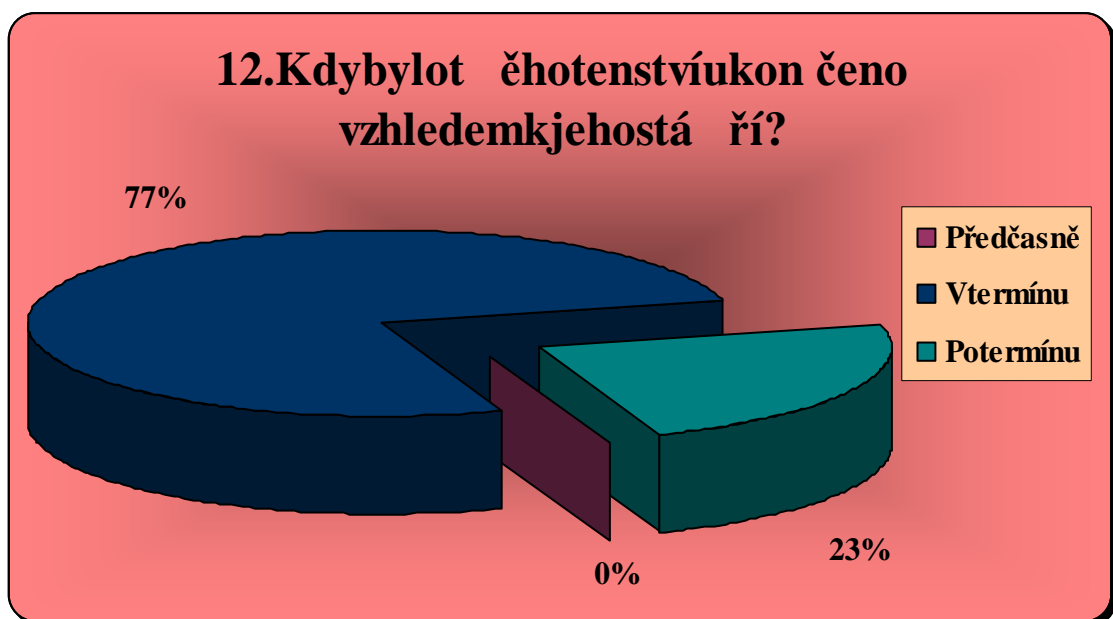
což je 1 žena.



## Otázka č.12

Kdybylot ěhotenstvíukon čeno,vzhledemkjestá ří?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Předčasně	0	0%
Vtermínu	23	77%
Potermínu	7	23%
Σ	30	100%



**Komentář:**

0%respondentekrodilop ředčasně,cožje0žen.

77%respondentekrodilovtermínuporodu,cožje23žen.

23%respondentekrodilopotermínuporodu,cožje7žen.

### Otázka č.13

Jestliže bylo Vaše těhotenství ukončeno předčasně nebo před termínem porodu, tak jakého druhu úvod?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Porodnického	7	100%
Onemocnění RS	0	0%
Σ	7	100%



Natuto otázku odpovědělo 7 respondentek, jelikož 23 respondentek rodilo v termínu porodu.

#### Komentář:

U 100% respondentek byl příčinou předčasněho porodu nebo porodu před termínem porodnická, což je 7 žen.

U 0% respondentek bylo příčinou předčasněho porodu nebo porodu před termínem onemocnění RS.

## Otázka č.14

Jakým způsobem bylo těhotenství ukončeno?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Spontánní porod	19	63%
Císařský řez	11	37%
$\Sigma$	30	100%



### Komentář

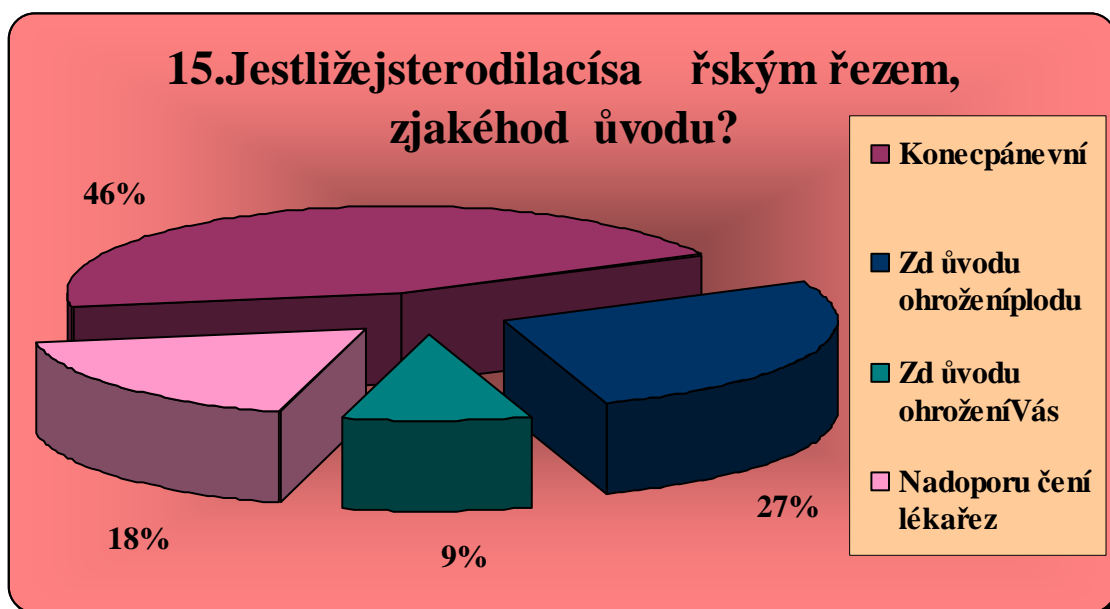
63% respondentek rodilo spontánně, což je 19 žen.

37% respondentek rodilo císařským řezem, což je 11 žen.

## Otázka č.15

Jestliže jste rodila císařským řezem, z jakého důvodu?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Konec pánevní	5	46%
Z důvodu ohrožení plodu	3	27%
Z důvodu ohrožení Vás	1	9%
Nadporučení lékaře	2	18%
$\Sigma$	11	100%



Natuto otázku odpovědělo 11 respondentek, jelikož 19 respondentek rodilo spontánně.

### Komentář:

U 46% respondentek byl důvodem císařského řezu konec pánevní, což je 5 žen.

U 27% respondentek byl důvodem císařského řezu ohrožení plodu, což jsou 3 ženy.

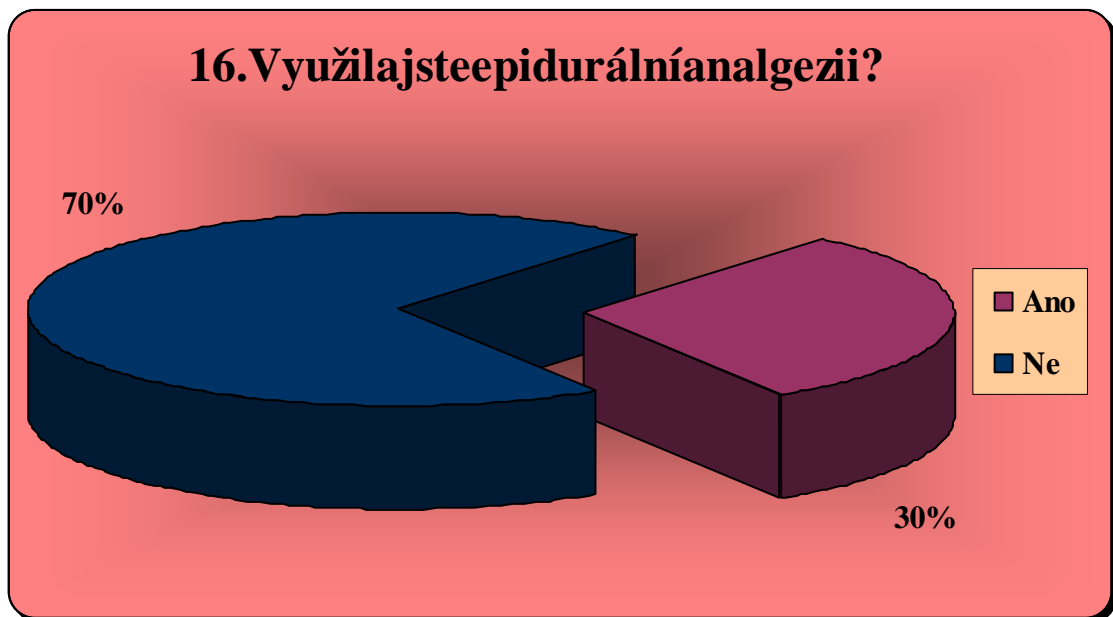
U 9% respondentek byl důvodem císařského řezu ohrožení matky, což je 1 žena.

U 18% respondentek byl důvodem císařského řezu doporučení lékaře na základě onemocnění RS, což jsou 2 ženy.

## Otázka č.16

Využil jste poroduepidurální analgezií?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	9	30%
Ne	21	70%
Σ	30	100%



**Komentář:**

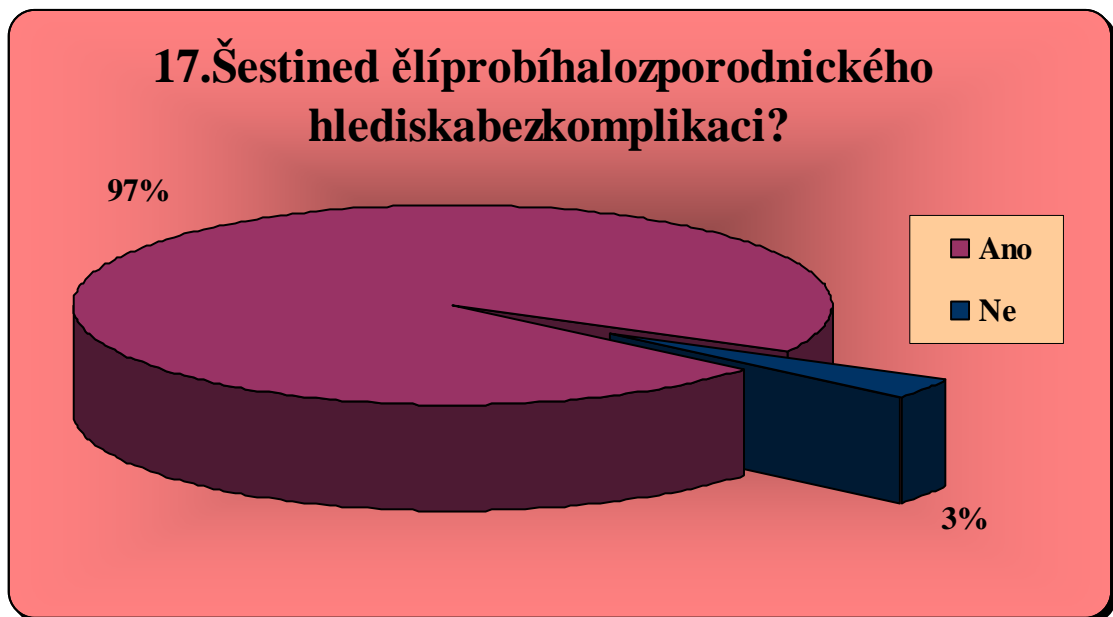
70% respondentek využilo poroduepidurální analgezií, což je 21 žen.

30% respondentek nevyžilo poroduepidurální analgezií, což je 9 žen.

## Otázka č.17

Šestinedělí probíhalo z porodnického hlediska bez komplikací ?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	29	97%
Ne	1	3%
Σ	30	100%



**Komentář:**

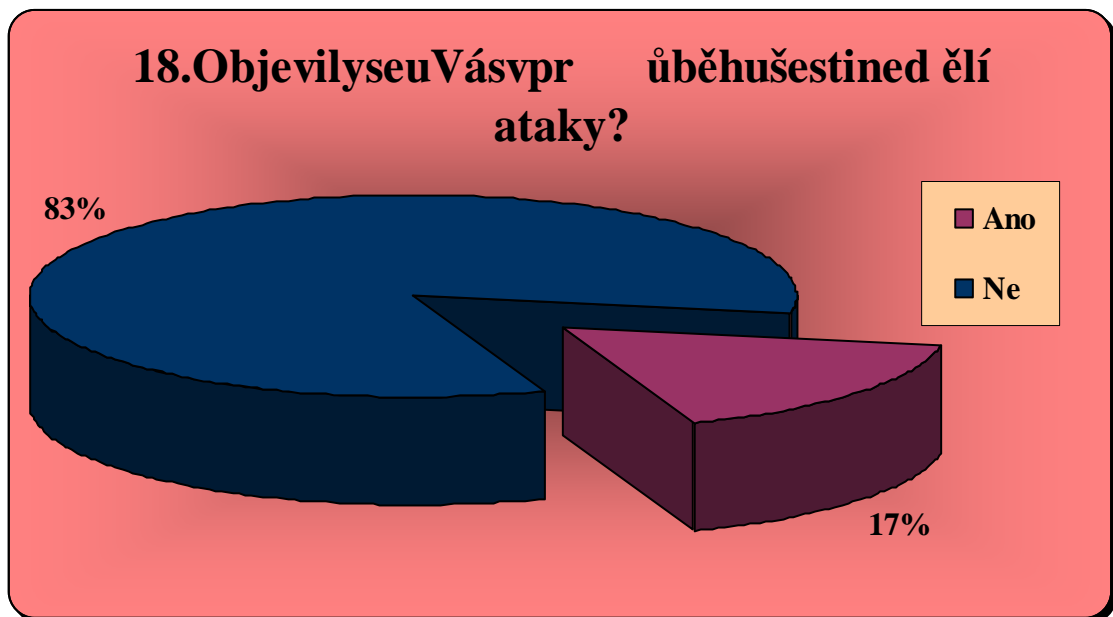
U 97% respondentek probíhalo šestinedělí bez komplikací, což je 29 žen.

U 3% respondentek se v průběhu šestinedělí vyskytly komplikace, což je 1 žena.

## Otázka č.18

Objevily se u Vás v průběhu šesti nedělí ataky (zhoršení onemocnění)?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Ano	5	17%
Ne	25	83%
$\Sigma$	30	100%



**Komentář:**

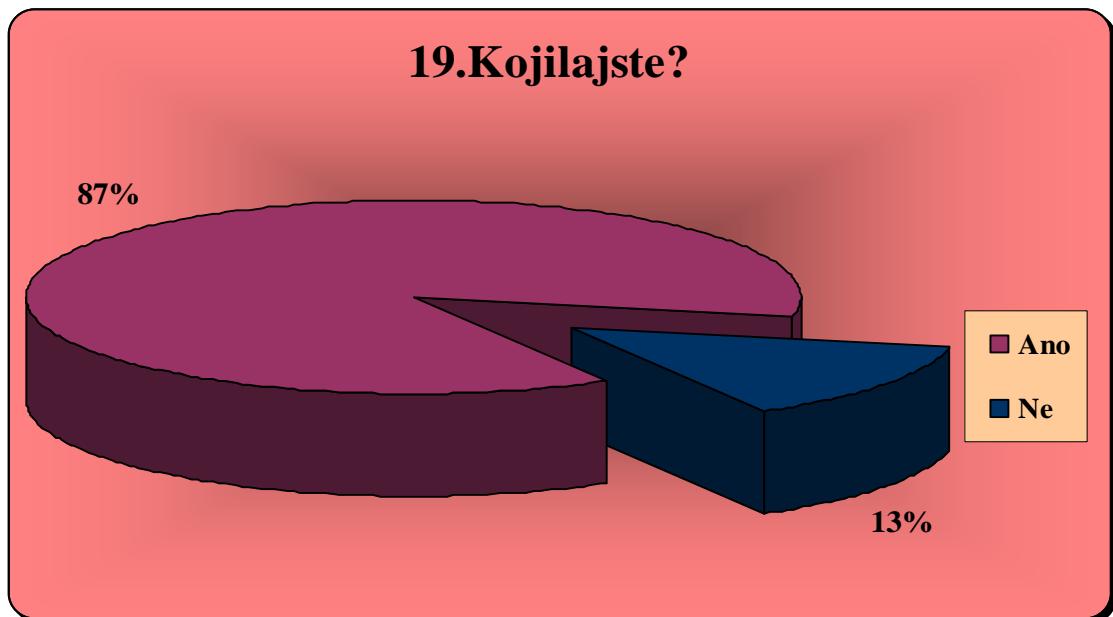
U 17% respondentek se objevily v průběhu šesti nedělí ataky, což je 5 žen.

U 83% respondentek se neobjevily v průběhu šesti nedělí ataky, což je 25 žen.

## Otázka č.19

Kojilajste?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Ano	26	87%
Ne	4	13%
$\Sigma$	30	100%



**Komentář:**

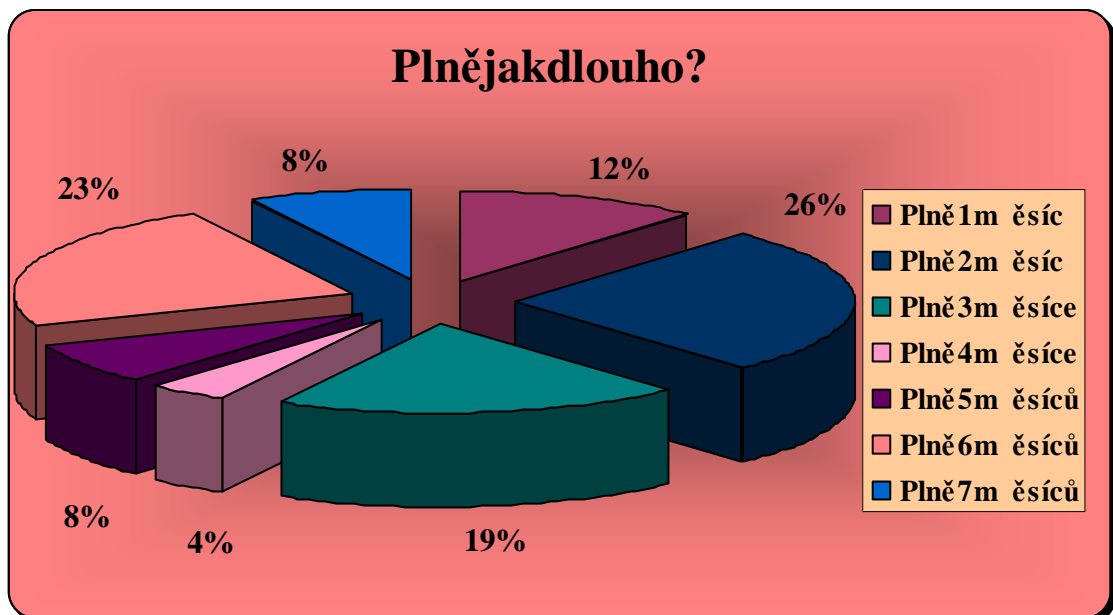
**87% respondentekkojilo, což je 26 žen.**

**13% respondenteknekojilo, což jsou 4 ženy.**



## Plnějakdlouho?

Odpovědi	$n_i$	$f_i(\%)$
Plně1m ěsíc	3	12%
Plně2m ěsíc	7	26%
Plně3m ěsíce	5	19%
Plně4m ěsíce	1	4%
Plně5m ěsíců	2	8%
Plně6m ěsíců	6	23%
Plně7m ěsíců	2	8%
$\Sigma$	26	100%



Natutootázkuodpovědělo26respondentek,jelikož4respondentkynekojily .

### Komentář:

12%respondentekuvědlo,žepln ěkojilo1m ěsíc,cožjsou3ženy.

26%respondentekuvědlo,žepln ěkojilo2m ěsíce,cožje7žen.

19%respondentekuvědlo,žepln ěkojilo3m ěsíce,cožje5žen.

4%respondentekuvědlo,žepln ěkojilo4m ěsíce,cožje1žena.

8%respondentekuvědlo,žepln ěkojilo5m ěsíců,cožjsou2ženy.

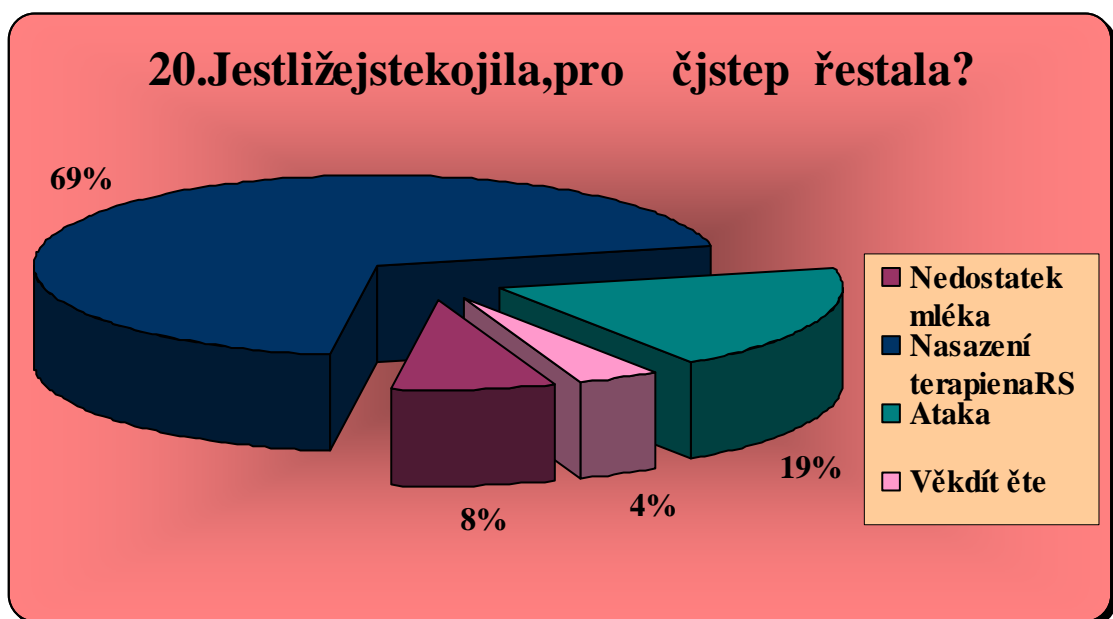
23%respondentekuvědlo,žepln ěkojilo6m ěsíců,cožje6žen.

8%respondentekuvědlo,žepln ěkojilo7m ěsíců,cožjsou2ženy.

## Otázka č.20

Jestliže jste kojila, pro čjstep řestala?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Nedostatek mléka	2	8%
Nasazení terapie na RS	18	69%
Ataka	5	19%
Věk dítě	1	4%
Σ	26	100%



Natuto otázku odpovědělo 26 respondentek, jelikož 4 respondentky nekojily .

### Komentář:

8% respondentek řestalo kojit z důvodu nedostatku mléka, což jsou 2 ženy.

69% respondentek řestalo kojit z důvodu nasazení terapie na RS, což je 18 žen.

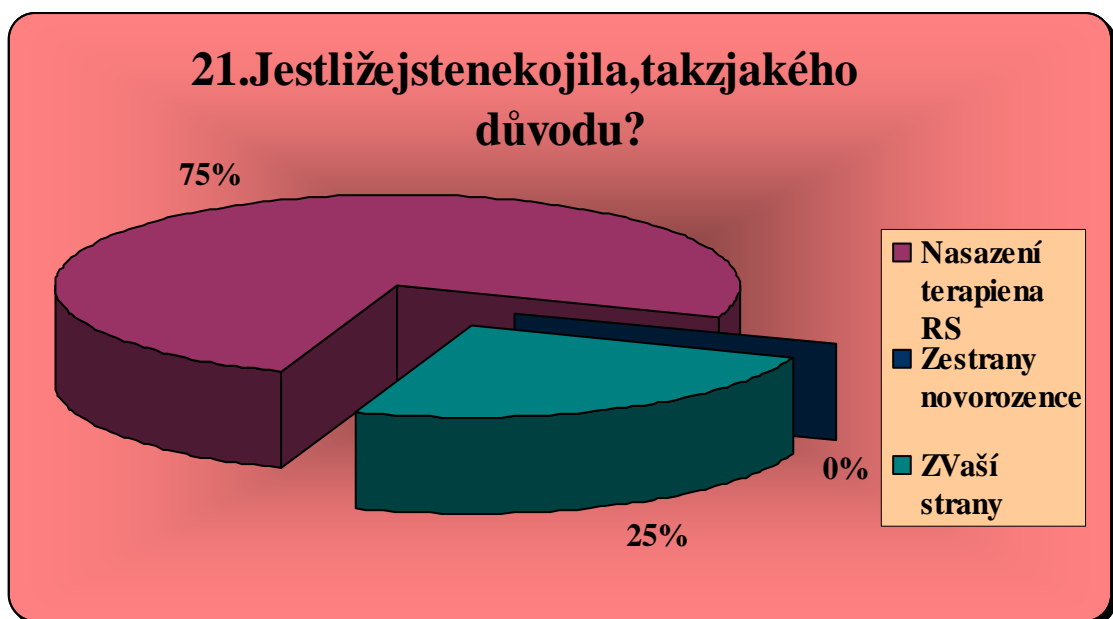
19% respondentek řestalo kojit z důvodu ataky, což je 5 žen.

4% respondentek řestalo kojit z důvodu věku dítěte, což je 1 žena.

## Otázka č.21

Jestliže jste nekojila, tak z jakého důvodu?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Nasazení terapie na RS	3	75%
Zestrany novorozence	0	0%
Z Vaší strany	1	25%
$\Sigma$	4	100%



Na tuto otázku odpověděly 4 respondentky, jelikož 26 respondentek kojilo.

### Komentář:

75% respondentek nekojilo z důvodu nasazení terapie na RS hned po porodu, což jsou 3 ženy.

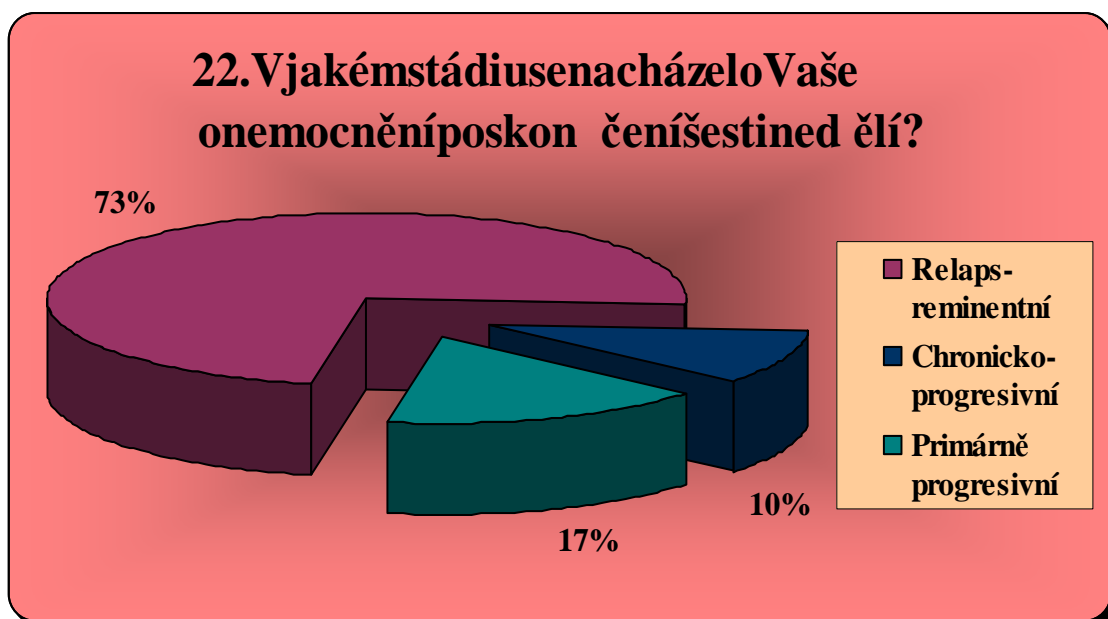
0% respondentek nekojilo z důvodu zstrany novorozence, což je 0 žen.

25% respondentek nekojilo z důvodu zstrany matky, což je 1 žena.

## Otázka č.22

V jakém stádiu se nacházelo Vaše onemocnění při poskoništění šestinedělí?

Odpovědi	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Relaps-reminetní	22	73%
Chronicko-progresivní	3	10%
Primárně progresivní	5	17%
$\Sigma$	30	100%



### Komentář:

73% respondentek se poskoništění šestinedělí nacházelo v Relaps-reminetní fázi onemocnění, což je 22 žen.

10% respondentek se poskoništění šestinedělí nacházelo v Chronicko-progresivní fázi onemocnění, což jsou 3 ženy.

17% respondentek se poskoništění šestinedělí nacházelo v Primárně progresivní fázi onemocnění, což je 5 žen.

## 5 Rozhovory s respondentkou – klientkou s onemocněním RS

Kvalitativní výzkum byl prováděn pomocí rozhovoru u respondentky s onemocněním RS během těhotenství. Rozhovor se uskutečnil 12.1.2010 v domácím prostředí v kompenzovaném stavu. V rozhovoru bylo použito 12 otázek týkajících se subjektivního pojetí a průběhu celého těhotenství a šestinedělí u klientky s onemocněním RS již před těhotenstvím.

### 1. „V kolika letech se objevily první příznaky Vašeho onemocnění, jaké byly?“

„V 21 letech jsem začala pociťovat mírné slabosti dolních končetin, nezávislé například po předchozí námaze. Zpočátku jsem tomu nevěnovala velkou pozornost. Poněkud později se ale přidal i silnější brnění nohou a to mě donutilo vyhledat lékaře. Absolvoval jsem několik vyšetření a konečný verdikt zněl: Roztroušená skleróza.“

### 2. „Ovlivnila RS Vaše rozhodnutí založit rodinu?“

„Skoro každá žena plánuje, že jednou bude mít děti a já jsem si to tak vždycky představovala a děti jsem si moc přála. Zpočátku po mé diagnostice jsem ale zrodinného života neměla v plánu vůbec nic. Postupem času jsem se s voubou nemocí smířila a zjistila, že není důvod se měm životě vyhýbat. Pro mě přijatelnou variantou bylo mít děti i s možným zhoršením mého onemocnění, než se celý život trápit tím, že žádné nemám.“

### 3. „Kolik máte dětí?“

„Mám dvě děti, chlapce a holčičku.“

### 4. „Bylo Vaše těhotenství řádně plánované?“

„Při prvním dítěti jsme vše s naší ošetřující neuroložkou pečlivě naplánovaly, aby těhotenství probíhalo v plánované době. A také to vyšlo, těhotenství probíhalo bez komplikací a narodil se nám zdravý chlapeček. Druhé dítě jsme s manželem samozřejmě přáli, ale přišlo nějak nečekaně brzy. Naštěstí v tu dobu jsem byla asi čtvrt roku od poslední ataky a cítila jsem se dobře. Nakonec i druhé těhotenství proběhlo bez komplikací a narodil se nám zdravý holčička.“

## **5. „Jakou léčbu jste užívala před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu?“**

„U prvního i druhého dítěte jsem před těhotenstvím i v těhotenství užívala nízké dávky kortikoidů (4 mg preparátu Medrolu ob den). Po porodu jsem se cítila dobře a abych mohla kojit, což jsem si přála, docházela jsem jednou měsíčně na intravenózní léčbu imunoglobulíny.“

## **6. „Objevily se u Vás v těhotenství ataky?“**

„Ne, v obou případech jsem se v těhotenství cítila po všech stránkách velmi dobře.“

## **7. „Jakým způsobem bylo těhotenství ukončeno?“**

„První dítě v roce 2002 jsem rodila plánovaným císařským řezem v celkové anestezii. Indikací bylo jednak onemocnění RS, ale také velký váhový odhad miminka. Mám drobnou postavu a normální váží 42 kg, chlapeček vážil 3600 g.“

„Druhé dítě v roce 2006 jsem rodila v jiné porodnici přirozenou cestou. „Vy jste sice drobná, ale pánev máte normální“, prohlásil pan doktor a vyšlo to. Narodila se nám holčička a vážila 3060 g.“

## **8. „Využila jste při porodu epidurální analgezií a anestezii?“**

„U prvního porodu plánovaným císařským řezem mi epidurální anestezie ze strany porodníků nebyla doporučena. Hlavním důvodem bylo mé onemocnění RS. Naopak u druhého porodu, spontánního, mi porodníci epidurální analgezií doporučili, právě kvůli mému onemocnění. Porod by prý měl být šetrný a nezbytečně prodloužený.“

## **9. „Objevily se u Vás všestítné bolesti ataky?“**

„Žádné ataky se neobjevily a v rámci možností jsem se cítila dobře. Trochu unaveně, ale stejně jako ostatní maminky.“

## **10. „Kojila jste?“**

„Ano ráda. Chlapečka jsem kojila 9 měsíců a samozřejmě od šestého měsíce byl přikrmován. Přestala jsem kvůli atakám, kdy mi znovu nasadily léčbu kortikoidy.“

Holčičku jsem kojila jen 4 měsíce po ukončení infuzí imunoglobulinů s nasazením preventivní kortikoidní pulsní léčby. Bohužel ataky se stejně objevily.“

**11. „Jak jste z počátku zvládala tuto náročnou životní situaci v roli matky?**

**Měla jste pomoc a podporu okolí?“**

„Poprvé to všechno bylo mnohem složitější a těžší, u číla jsem se novým vzhledem v péči o své dítě. Často jsem byla velmi unavená, ale našťáště mám skvělou rodinu, která mi vždy byla blízko. Neapodruhé to už byl druhá čka.“

**12. „Jak zpočátku se Vám pohlížela na Vaše zdravotní stav?“**

„Nic bych neměnila. Momentálně jsem více než dva roky bez atak, zařazená do speciální studie, užívám pouze kyselinu fumarovou a je mi fajn.“

## 6 Analýza rozhovoru s respondentkou:

Z rozhovoru bylo patrné, že si klientka uvědomovala své závažné onemocnění a zpočátku se s ním nedokázala smířit a představit si rodinný život. Těžké rozhodnutí, které učinila, ji nakonec pomohlo na své pohlížení z jiné perspektivy. Oběťhotenství probíhalo bez komplikací a narodily se jí zdravé děti, za které je velmi vděčná.

Z rozhovoru vyplývá, že těhotenství a šestinedělí u takto nemocné klientky nemusí být vždy nijak ohroženo ani komplikováno. Důležitým poznatkem je také, že se nyní klientka cítí dobře a dva roky je již bez atak, užívá pouze kyselinu Fumarovou. Udivující je však přístup jednotlivých zdravotnických pracovišť ve způsobu vedení porodu a poskytování informací o epidurální analgezií či anestezii u klientky s onemocněním RS.

Naučit se žít a hlavně sítímto onemocněním je velmi těžké, ale na druhou stranu nikdo nás nikdy neví, co ho v životě čeká a kde všude číhá nějaké nebezpečí. Proto by každý člověk v rámci možnosti měl vést, co nejlepší a kvalitní život a dovolit si splnit své sny.



## 7 DISKUZE

Metodou průzkumného šetření bylo použití kvantitativního (dotazník) a kvalitativního (rozhovor) průzkumu. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda roztroušená skleróza negativně ovlivňuje průběh těhotenství a naopak, zda má těhotenství a šestinedělí vliv na průběh onemocnění. Dílčími cíli bylo stanovené př. Prvním cílem bylo zjistit v jakém stádiu onemocnění byly respondentky před otěhotněním a v jakém stádiu se nacházely po skončení šestinedělí, druhým zmapovat, zdaseb během těhotenství nebo šestinedělí objevily ataky. Třetí analyzovat vztah mezi onemocněním a délkou těhotenství, čtvrtým zjistit vztah mezi způsobem jakým bylo těhotenství ukončeno samotným onemocněním a pátým dílčím cílem bylo analyzovat vztah mezi onemocněním a kojením. Stanovené dílčí cíle byly ověřeny pomocí dotazníkového šetření a pomocí rozhovoru.

Dotazníkové šetření bylo realizováno v ambulanci MS centra při neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Zkoumaný soubor klientek musel splňovat některá kritéria, klientky musely být nemocné s RS již před těhotenstvím. Těhotenství, která se posuzovala nesměla být starší více než 7 let, to znamená, že byly zkoumány pouze ženy, které rodily od roku 2003. Rozhovor se uskutečnil v domácím prostředí sklientkou v kompenzovaném stavu RS, která má dvě děti.

Dotazník pro klientky s onemocněním RS byl sestaven ze čtyř částí. První část byla věnována úvodnímu dopisu, druhá se skládala z demografických údajů, třetí z obecných informativních otázek a část čtvrtá obsahovala otázky zaměřené na průběh těhotenství, šestinedělí a kojení s onemocněním RS. V dotazníku byly použity uzavřené, otevřené a polouzavřené otázky. Před realizací samotného průzkumného šetření byla provedena pilotní studie u 5 respondentek kvůli odhalení potenciálních chyb, tyto dotazované byly zařazeny ke zpracování.

Demografickým údajům byla věnována otázka číslo 1, která zjišťovala věk respondentek. Největší skupinu tvořilo 24 respondentek (80%) ve věkovém rozmezí 30-39 let, dále 4 respondentky (13%) ve věkovém rozmezí 40-49 let a 2 respondentky (7%) ve věkovém rozmezí 20-29 let.

Třetí částí týkající se informativních otázek se v šenovaly otázky s čísly 2, 3, 4, 22. Druhou otázkou bylo zjištěno v kolika letech bylo respondentkám diagnostikováno onemocnění RS. Největší skupinu tvořilo 14 respondentek (47%), kterým bylo diagnostikováno onemocnění RS ve věkovém rozmezí 20-25 let, dále 10 respondentek (33%) ve věkovém rozmezí 25-30 let, 3 respondentky (10%) ve věkovém rozmezí 30 a více let, 2 respondentky (7%) ve věkovém rozmezí 15-20 let a 1 respondentka (3%) v rozmezí 5-10 let. V porovnání s teoretickou částí se v mém průzkumném šetření zjistilo, že vznik onemocnění je většinou mezi 20.-30. rokem života.

Za nejdůležitější otázky byly považovány, otázky zaměřené na těhotenství, šestinedělí a kojení s onemocněním RS. V 5. otázce jsem zjistila, že 26 respondentek (87%) otěhotnělo bez problémů a jen 4 respondentky (13%) měly komplikace s otěhotněním. Navazující šestá otázka upřesňuje o jaké problémy se u 4 respondentek jednalo. Gynekologická příčina se hlásila u 2 respondentek (50%), příčina související s onemocněním RS nebyla příčinou problému s otěhotněním ani u jedné respondentky (0%) a u 2 respondentek (50%) byla příčina ze strany partnera. Z tohoto výsledku jsem odnívám, že RS nehraje roli v početí.

Otázka číslo 7 zjišťovala o kolikáté těhotenství s RS se u respondentek nyní jednalo. O první těhotenství se jednalo u 20 respondentek (67%) a o druhé těhotenství u 10 respondentek (33%). Na osmou otázku odpovědělo 10 respondentek, jelikož u ostatních se jednalo o první těhotenství s RS. U 3 respondentek (30%) skončilo předchozí těhotenství s RS potratem a u 7 respondentek (70%) porodem. V dotazníkovém šetření nebylo dále dotazováno jaká byla příčina potratu.

Ve 12. otázce se zjistilo, že žádná respondentka (0%) nerodila předčasně, 23 respondentek (77%) rodilo v termínu a 7 respondentek (23%) rodilo po termínu porodu. Z toho u 7 respondentek (100%) byla příčina porodu po termínu z porodnického hlediska a u žádné respondentky (0%) se nejednalo z důvodů onemocnění RS. Výsledky poukazují, že RS nemá vliv na délku těhotenství.

Ve 14. otázce se zjistilo, že 19 respondentek (63%) rodilo spontánně a 1 respondentka (37%) císařským řezem. Na 15. otázku odpovědělo 1 respondentka,

kteře rodily císařským řezem. U 5 respondentek (46%) bylo pŕíčinou císařského řezu konec pánevní, u 3 respondentek (27%) ohrožení plodu, u 1 respondentky (9%) ohrožení matky a u 2 respondentek (18%) se jednalo o primární císařský řez na základě doporučení lékaře z dŕívodu onemocnění RS. V literatuře týkající se RS se uvádí, že jedinou indikací císařskému řezu by nemělo být pouze onemocnění RS, ovšem já jsem v praktické části zjistila, že i s tímto pŕístupem se můžeme setkat. Z celkového počtu 19 respondentek (100%), kteře rodily spontánní cestou využilo epidurální analgezie i pouhě 4 respondentky (21%) a ostatních 11 respondentek (100%), kteře rodily císařským řezem využilo epidurální analgezie i pouhých 5 respondentek (45%). Dle mého názoru epidurální analgezie i anestezii využilo poměrně málo respondentek. Teoretická část uvádí, že u klientek s onemocněním RS by mělo být maximální úsilí věnováno šetrnému vedení porodu, bez zbytečného prodlužování a epidurální analgezie. U císařského řezu se také dává pŕednost epidurální anestezii jelikož, že u žen s onemocněním RS tolik nezatažuje.

V 17. otázce se zjistilo, že u 29 respondentek (97%) probíhalo šestinedělí z porodnického hlediska bez komplikací. Pouze 1 respondentka (3%) udává komplikace v šestinedělí, kteře nejsou specifikovány. U 5 respondentek (17%) se v pŕůběhu šestinedělí objevily ataky a u 25 respondentek (83%) se ataky v pŕůběhu šestinedělí neobjevily.

**Hypotéza 1** – Domnívám se, že u žen s onemocněním RS bylo těhotenství a porod spíše s komplikacemi než bez komplikací.

Z pŕůzkumného šetření i z rozhovoru je patrné, že u většiny dotazovaných respondentek se komplikace v těhotenství ani u porodu neobjevily. U 30 respondentek (100%) těhotenství probíhalo bez komplikací a u žádné respondentky (0%) se komplikace neobjevily. Zarážejícím faktem je, alez ŕstává, že se ještě v dnešní době objeví roztroušená skleróza, jako jediná indikace k císařskému řezu. Hypotéza se nepotvrdila.

**Hypotéza 2** – Pŕedpokládám, že u žen s onemocněním RS se objevily více ataky v pŕůběhu šestinedělí než v pŕůběhu těhotenství.

Z pŕůzkumného šetření jsem zjistila, že ze 30 dotazovaných respondentek bylo 6 respondentek (20%), u kteřých se v pŕůběhu těhotenství objevily ataky.

U 1 respondentky (17%) se ataka objevila v prvním trimestru, u 1 respondentky (17%) v druhém trimestru, u 3 respondentek (49%) ve třetím trimestru a u 1 respondentky (17%) se ataky objevily v prvním, druhém i třetím trimestru. Ze stejného množství dotazovaných respondentek bylo 5 respondentek (17%) u kterých se objevily ataky v šestinedělí.

Literatura však uvádí, že větší riziko vzniku ataky se vyskytuje v šestinedělí než v třetím trimestru. V dotazníku již dále nebylo zjišťováno, jestli dříve nebyla časná léčba v šestinedělí. Hypotéza se nepotvrdila.

**Hypotéza 3** – Myslím si, že ženám s onemocněním RS nebylo doporučeno kojení vzhledem k nasazení terapie po porodu.

Z průzkumného šetření jsem zjistila, že 26 dotazovaných respondentek (87%) kojilo a pouhé 4 respondentky (13%) nekojily vůbec. Z těchto 26 respondentek 3 respondentky (12%) kojily jeden měsíc, 7 respondentek (26%) kojilo dva měsíce, 5 respondentek (19%) kojilo tři měsíce, 1 respondentka (4%) kojila čtyři měsíce, 2 respondentky (8%) kojily pět měsíců, 6 respondentek (23%) kojilo šest měsíců a 2 respondentky (8%) kojily 7 měsíců. Z těchto respondentek přestaly 2 respondentky (8%) kojit kvůli nedostatku mléka, 18 respondentek (69%) z důvodů nasazení terapie na RS, 5 respondentek (19%) z důvodů ataky a 1 respondentka (4%) ukončila kojení v dostatečném věku dříve.

Z dotazovaných 4 respondentek, které nekojily 3 respondentky (75%) nekojily z důvodů nasazení terapie na RS ihned po porodu, u žádné respondentky (0%) nebyl důvod ze strany novorozence a u 1 respondentky (25%) byl přičiněn na straně matky. I přesto, že prozatím názor v oblasti kojení s onemocněním RS není jednotný, výsledky mého průzkumného šetření ukazují, že více jak tři čtvrtiny dotazovaných respondentek kojily. Hypotéza se nepotvrdila.

**Hypotéza 4** – Předpokládám, že se ženy s onemocněním RS nacházejí v těžším stádiu onemocnění nebo končící šestinedělí nebo v prvních čtyřech měsících.

Ve čtvrté otázce se zjistilo, že 22 respondentek (73%) se nacházely v relaps-reminiscentní fázi onemocnění než otěhotněly, 3 respondentky (10%) v chronicko-progresivní fázi onemocnění a 5 respondentek (17%) v primárně-progresivní fázi

onemocnění. Oproti tomu 22. otázka zjišťuje v jaké fázi onemocnění se respondenty nacházely po ukončení šestinedělí. Stejná část 22 respondentek (73%) se opět nacházela v relaps-remitentní fázi onemocnění, 3 respondentky (10%) v chronicko-progresivní fázi a 5 respondente k (17%) se opět nacházelo v primárně-progresivní fázi onemocnění. Zjištěným poznatkem bylo, že u některých respondentek se sice průběh onemocnění změnil, ale ve výsledném hodnocení zůstala data nezměněna. Hypotéza se nepotvrdila.

## ZÁVĚR

V závěru práce bych chtěla zhodnotit cíle, které jsem si předem stanovila. Hlavním cílem bylo zjistit, zda roztroušená skleróza a negativně ovlivňuje průběh těhotenství, šestinedělí a naopak, zda má těhotenství a šestinedělí vliv na průběh onemocnění. Důležitým cílem bylo stanovení předtím. Prvním důležitým cílem bylo zjistit, v jakém stádiu onemocnění byly respondentky před otěhotněním a v jakém stádiu onemocnění se nacházely po skončení šestinedělí, druhým důležitým cílem bylo zmapovat, zda se během těhotenství nebo šestinedělí objevily ataky. Třetím důležitým cílem bylo analyzovat vztah mezi onemocněním a délkou těhotenství, čtvrtým zjistit vztah mezi způsobem jakým bylo těhotenství ukončeno a samotným onemocněním. Posledním pátým důležitým cílem bylo analyzovat vztah mezi onemocněním a kojením. Stanovené cíle byly následně ověřeny pomocí dotazníkového šetření pomocí rozhovoru.

Prvním důležitým cílem bylo zjistit, v jakém stádiu onemocnění byly respondentky před otěhotněním a v jakém stádiu onemocnění se nacházely po skončení šestinedělí. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že u některých respondentek se sice průběh onemocnění změnil, ale ve výsledném hodnocení zůstala data nepozměněna. Z tohoto důvodu usuzuji, že těhotenství nemá výrazný vliv na trvalou progresi onemocnění. Cíl byl splněn.

Druhým důležitým cílem bylo zmapovat, zda se během těhotenství nebo šestinedělí objevily ataky. Těhotenství u žen s onemocněním RS je stav určitě imunotolerance, přesto se v některých případech mohou objevit ataky, jako tomu bylo i v mém průzkumném šetření. Naopak v šestinedělí, období plně hormonálních změn, riziko vzniku atak zvyšuje. Avšak z dotazníkového šetření jsem zjistila, že respondentek u kterých se v šestinedělí objevily ataky bylo méně, než respondentek, u kterých se objevily ataky v těhotenství. Cíl byl splněn.

Třetím důležitým cílem bylo analyzovat vztah mezi onemocněním a délkou těhotenství. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že RS nemá žádný vliv na délku těhotenství. Cíl byl splněn.

Čtvrtým důležitým cílem bylo zjistit vztah mezi způsobem jakým bylo těhotenství ukončeno a samotným onemocněním. Teoretická část uvádí, že RS nemá vliv na průběh

avedení porodu. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že více jak polovina respondentek rodila spontánně, ale setkala jsem se i s indikací k císařskému řezu, kvůli samotnému onemocnění RS. Také mě udivilo, že i plánované císařské řezy pro konečnou pánevní byly povětšinou prováděny v celkové anestézii, která jak uvádí odborná literatura není u klientek s RS vhodnou volbou. Cílem bylo splnění.

Pátým dílem cílem bylo analyzovat vztah mezi onemocněním a kojením. Přestože problematika kojení v souvislosti s tímto onemocněním není jednoznačná, z mého průzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentek kojila. Hlavním důvodem u respondentek, které vůbec nekojily bylo nasazení terapie RS ihned po porodu. Velká část respondentek, které kojily, přestaly kvůli znovu nasazení terapie RS nebo pro objevení se ataky.

Hlavním cílem bylo tedy zjistit, zda roztroušená skleróza negativně ovlivňuje průběh těhotenství, šestinedělí a naopak, zda má těhotenství a šestinedělí vliv na průběh onemocnění. Podle mého průzkumného šetření se domnívám, že RS nemá zásadní vliv na průběh těhotenství a šestinedělí. Otázka kojení je stále nedořešenou a z mého pohledu záleží na individuálním stavu klientky. Na základě dotazníkového šetření a literárních poznatků vyplývá, že ani těhotenství neovlivňuje zásadním směrem další průběh onemocnění. Toto onemocnění se v dnešní době vyskytuje poměrně často a to zejména v mladém věku. Není výjimkou, že i tyto ženy si touží založit vlastní rodinu a také na to mají plné právo. Zdravotnický personál, jako celek, by tedy měl být v této problematice dostatečně edukován, aby byla těmto klientkám poskytována kvalitní péče.

Podle mého názoru by měla existovat a hlavně se dodržovat úzká multioborová spolupráce, která by zajišťovala individuální přístup a řešení jednotlivých abnormalit. Jednotlivá pracoviště by se měla více zajímat o vzdělávání svých zaměstnanců a poskytovat jim nově získané informace, které souvisejí s jejich obory. V dnešní vyspělé době, podmíněné mnoha výzkumy se stále častěji setkáváme s dříve nepředstavitelnými možnostmi a proto by znaší neinformovaností nemělo docházet k neadekvátní péči jednotlivých případech.

Práce je určena především studentům porodní asistence, stejně tak vní  
ale mohou najít užitečné rady porodní asistentky a sestry z praxe, které se vztahují péči  
matky v prenatálním, perinatálním a postnatálním období.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Zdeněk. 2006. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-433-4.
2. BEJDÁKOVÁ, Jitka. 2006. *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1214-8.
3. ČECH, Evžen. 2006. *Porodnictví*. 2. přeprac. a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. DOČKALOVÁ, Jarmila. *Kojení*. [online], [cit. 2010-01-31]. Dostupné na internetu : <http://www.ordinace.cz/clanek/kojeni/>
5. HÁJEK, Zdeněk. aj. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
6. HAVRDOVÁ, Eva. 2001. *Neuroimunologie*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2001. ISBN 80-85912-24-4.
7. HAVRDOVÁ, Eva. 2000. *Roztroušená skleróza*. 2. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-117-X.
8. HAVRDOVÁ, Eva. 2005. *Roztroušená skleróza*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. ISBN 80-7345-069-0.
9. HAVRDOVÁ, Eva. 2009. *Roztroušená skleróza*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-187-5.
10. HAVRDOVÁ, Eva. 2005. *Roztroušená skleróza mozkomíšní*. In: NEVŠÍMALOVÁ, Soňa a kol. 2005 *Neurologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-160-2.
11. HOLÁSKOVÁ, Kamila. *Sociální interakce se ženou v období šestinedělí*. [online], [cit. 2010-02-20]. Dostupné na internetu: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2008113001>

12. HORÁKOVÁ, Hana. *Roztroušená skleróza amatérů*. Neurologie pro praxi. 2007, roč. 8, č. 1, s. 32-34. ISSN 1213-1814.
13. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
14. KOLIBA, Peter. a kol. 2005. *Gravidita a roztroušená skleróza mozkomíšní*. Česká gynekologie. 2005, ro. č. 70, č. 11, s. 426-430. ISSN 1210-7832.
15. NĚMCOVÁ, Jitka a MAURITZOVÁ Ilona. 2009. *Skript a tvorba bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maureas r.o. 2009. Praha. ISBN 978-80-90 2876-0-0.
16. PAŘÍZEK, Antonín. 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galen, 2009. ISBN 978-80-653-3.
17. PAŘÍZEK, Antonín. *Sport a těhotenství*. [online]. [cit. 2010-01-10] Dostupné na internetu: <http://www.porodnice.cz/sport-tehotenstvi-0>
18. RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. Area s.r.o. 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
19. ROZTOČIL, Aleš a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. SCHNEIDROVÁ, Dagmar. 2006. *Kojení*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1308-X.
21. TYRLÍKOVÁ, Ivana a kol. 2005. *Neurologie pro sestry*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-287-6.
22. VOKURKA, Martin., HUGO, Jan a kol. 2009. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.
23. WABERŽINEK, Bernard a kol. 2007. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolínium. 2007. ISBN 978-80-246-1020-7.

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A</b> - Žádost provedení výzkumného šetření	I
<b>Příloha B</b> - Dotazník pro ženy s roztroušenou sklerózou	II
<b>Příloha C</b> - Kurtského škála	V
<b>Příloha D</b> - Mapa světazorňující četnost onemocnění RS	VI
<b>Příloha E</b> - Hlavní symptomy roztroušené sklerózy	VII
<b>Příloha F</b> - Ložiska demyelinizace v mozku u pacientů s RS	VIII
<b>Příloha G</b> - Nárůst invalidity jednotlivých forem RS	IX
<b>Příloha H</b> - Tabulka výsledků kvantitativního výzkumu	X

# PŘÍLOHY

## Příloha A - Žádost o provedení výzkumného šetření v MS centru při neurologické klinice 1. LF UK a VFN

Vážená paní  
Doc. MUDr. Eva Havrdová, CSc.  
Vedoucí MS centra  
Kateřinská 30, 12000, Praha 2 – Nové město

V Praze 16.11.2009

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na ambulanci MS centra při  
neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze**

Vážená paní docentko,

dovoluujeme si Vás požádat o povolení provést výzkumné šetření na ambulanci MS centra při neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, v rámci vypracování závěrečné bakalářské práce studentky Petry Klikarové, narozené 26.12.1987, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu ošetrovatelství, obor porodní asistentka, prezenční formy, Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze.

Cílem práce je zjistit, zda roztroušená skleróza negativně ovlivňuje průběh těhotenství, porodu, šestinedělí a naopak, zda má vliv těhotenství a šestinedělí na průběh onemocnění.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je součástí žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Jany Endlicherové, která působí na VŠZ o. p. s., jako pedagogický pracovník.

Výsledky šetření Vám rády poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Petra Klikarová  
studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka

Vyjádření vedení instituce:

*Soubles'ce*  
*Hein*

Datum: 16.11.2009



Podpis, razítko:

## **Příloha B - Dotazník pro ženy s roztroušenou sklerózou**

### **Dotazník Roztroušená skleróza v těhotenství a šestinedělí**

Vážený pane, milá slečno,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu ošetřovatelství na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. v Praze, obor porodní asistentka. Součástí ukončení mého studia státní závěrečnou zkouškou je i vytvoření bakalářské práce, v mém případě výzkumného charakteru. Tématem tohoto výzkumu je **Roztroušená skleróza v těhotenství a šestinedělí**.

Myslím, že problematika tohoto onemocnění v souvislosti s těhotenstvím není ještě natolik známá. Tímto výzkumem bych tedy chtěla objasnit, do jaké míry ovlivňuje roztroušená skleróza (RS) těhotenství a naopak, také ovlivnění šestinedělí a problematiku kojení.

Tento výzkum je určen **ženám, které již rodily**, a proto bych Vás tedy chtěla požádat o vyplnění dotazníku. Nemusíte se ničeho obávat, dotazník je anonymní a nikde nebude uvedené Vaše jméno.

Předem Vám moc děkuji za Vaše cenné informace, které při nejmenším využiji v mé bakalářské práci. Zejména ale doufám, že by moje práce mohla být přínosem informací právě Vám, ženám s tímto závažným onemocněním.

Vám ivybranou odpověď označte řízkem, popřípadě vyplňte vlastními slovy!

Spřáním hezkého

Petra Klikarová

1. Kolik Vám je let?  
.....
2. V kolika letech Vám bylodiagnostikováno onemocnění roztroušená skleróza?  
.....
3. Jak dlouho trvalo Vaše onemocnění než jste ošetřena?  
.....
4. V jaké fázi se Vaše onemocnění nacházelo, když jste ošetřena?
  - Průběh relaps-remitentní (stádium atak a remisí)
  - Průběh chronicko-progresivní
  - Primárně progresivní průběh

5. Otěhotněla jste bez problémů?
- Ano
  - Ne
6. V případě, že jste měla problém s otěhotněním, jaká byla příčina?
- Gynekologická
  - Související s Vaším onemocněním
  - Jiné.....
7. Okolikrát jste otěhotněla s onemocněním RS senyní jedná?
- První
  - Druhé
  - Jiné.....
8. Předchozí otěhotnění s onemocněním RS skončilo?
- Potratem
  - Porodem
9. Byl průběh otěhotnění bez komplikací (fyziologický)?
- Ano
  - Ne
10. Objevily se u Vás v průběhu otěhotnění ataky (zhoršení onemocnění)?
- Ano
  - Ne
11. Jestliže ano, v kterém trimestru?
- V 1. trimestru (do 12. týdne otěhotnění)
  - V 2. trimestru (od 12. do 26. týdne otěhotnění)
  - V 3. trimestru (od 26. do 40. týdne otěhotnění)
12. Kdy byl otěhotnění ukončen vzhledem k jeho stavu?
- Předčasně
  - V termínu
  - Po termínu – prodloužení
13. Jestliže bylo Vaše otěhotnění ukončen předčasně nebo po termínu porodu, tak z jakého důvodu?
- Porodnického
  - Onemocnění RS

14. Jakým způsobem bylo těhotenství ukončeno?
- Spontánní porod
  - Císařský řez
15. Jestliže jste rodila císařským řezem, z jakého důvodu?
- Konec pánevní
  - Z důvodu ohrožení plodu (nedostatek kyslíku, ...)
  - Z důvodu ohrožení Vás (vysoký krevní tlak, nepostupující porod, ...)
  - Nadoporučení lékaře z důvodu onemocnění RS
16. Využili jste říporodu epidurální analgezie?
- Ano
  - Ne
17. Šestinedělí probíhalo z porodnického hlediska bez komplikací?
- Ano
  - Ne
18. Objevily se u Vás průběhu šestinedělí ataky (zhoršení onemocnění)?
- Ano
  - Ne
19. Kojili jste?
- Ano. In jak dlouho? .....
  - Ne
20. Jestliže jste kojila, proč jste přestala?
- Nedostatek mléka
  - Nasazení terapie na RS
  - Jiné .....
21. Jestliže jste **ne**kojila, tak z jakého důvodu?
- Nasazení terapie na RS po porodu
  - Ze strany novorozence (nízká porodní hmotnost, novorozenecká žloutenka)
  - Ze Vaší strany (nedostatek mléka, vpáčené bradavky, ...)
22. V jakém stádiu se nacházel Vaš onemocnění poskončení šestinedělí?
- Průběh relaps-remitentní (stádium atak a remisí)
  - Průběh chronicko-progresivní
  - Primárně progresivní průběh

## Příloha C-Kurtského škála

0	Normální neurologický náleznález (všechny FS stupeň 0)
1	Žádná disabilita, minimální neurologický náleznález v 1 FS (stupeň 1)
1,5	Žádná disabilita, minimální neurologický náleznález ve většince 1 FS (stupeň 1)
2	Minimální disabilita v 1 FS (1 FS stupeň 2, ostatní 0 nebo 1)
2,5	Minimální disabilita ve 2 FS (2 FS stupeň 2, ostatní 0 nebo 1)
3	Lehká disabilita v 1 FS (1 FS stupeň 3, ostatní 0 nebo 2) nebo mírná disabilita ve 3-4 FS (3-4 FS stupeň 2, ostatní 0 nebo 1) a zároveň už bez omezení
3,5	Chodící, ale se střední disabilitou v 1 FS (1 FS stupeň 3) a 1-2 FS stupně 2 nebo 2 FS stupně 3 nebo 5 FS stupně 2 (ostatní FS stupně 0 nebo 1)
4	Schopnost chůze bez pomůcky a odpočinku na alespoň 500m, činnost 12 hodin denně navzdory relativně těžké disabilitě sestávající z 1 FS stupně 4 (ostatní 0 nebo 1) nebo kombinace nižších stupňů nepřesahujících limity předchozích stupňů
4,5	Schopnost chůze bez pomůcky a odpočinku na alespoň 300m, činnost po většinu dne, těžká invalidita sestávající z 1 FS stupně 4 (ostatní 0 nebo 1) nebo kombinace nižších stupňů nepřesahujících limity předchozích stupňů
5	Schopnost chůze bez pomůcky a odpočinku na alespoň 200m (ekvivalentem FS je 1x stupeň 5 a ostatní 0 nebo 1 nebo kombinace nižších stupňů překračující definici prostupeň 4,5)
5,5	Schopnost jít bez pomoci a odpočinku 100m
6	Nutná jednostranná opora (hůl, berle) k užití alespoň 100m bez přestávky nebo s přestávkou
6,5	Chůze s oboustrannou oporou (hole, berle) na alespoň 20m bez přestávky
7	Pacient není schopen jít ani 20m s oporou, převážně odkázán na vozík, na kterém se přepravuje sám, tráví na vozíku buď méně nebo více než 12h
7,5	Pacient není schopen jít s pomocí většinou několik kroků, omezen pouze na vozík, potřebuje pomoc při transportu na vozík a jízdě na něm
8	Pacient převážně odkázán na vůz nebo vozík, ale většinu dne tráví mimo vůz, jsou zachovány některé sebeobslužné schopnosti – obecně možnost užití čehopoužití horních končetin
8,5	Pacient většinu dne upoután na vůz, má určitou schopnost užívat horních končetin, zachovány některé sebeobslužné schopnosti
9	Bezmocnost, pacient upoután na vůz, schopný jíst a komunikovat
9,5	Zcela bezmocný ležící pacient, neschopný efektivně komunikovat a jíst/polykat
10	Smrt v důsledku RS

**Zdroj:** [http://cs.wikipedia.org/wiki/Kurtzkeho\\_stupnice\\_posti%C5%BEn%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kurtzkeho_stupnice_posti%C5%BEn%C3%AD)

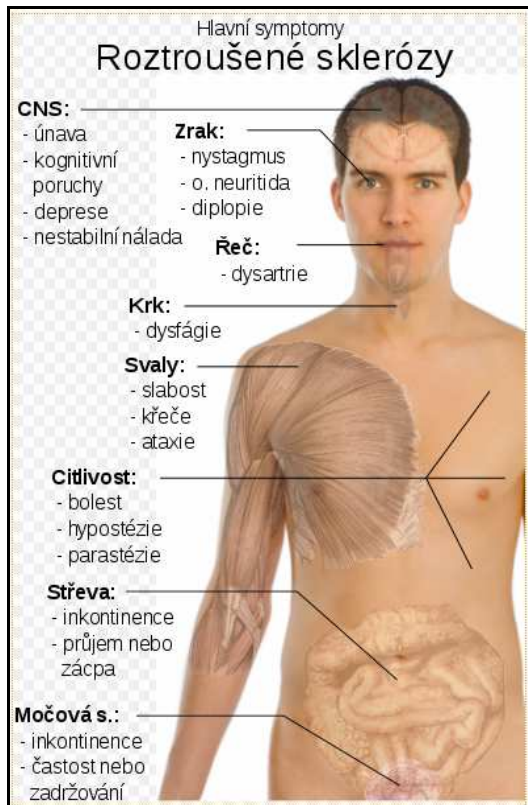


## Příloha D - Mapy světového rozložení četnosti onemocnění RS



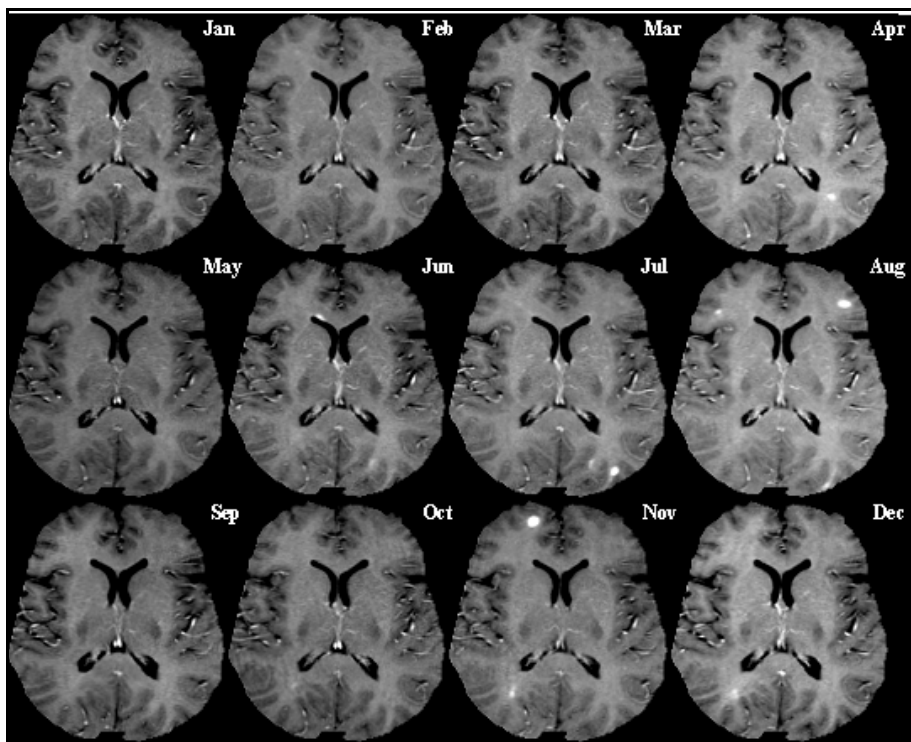
**Zdroj:** [http://cs.wikipedia.org/wiki/Roztrou%C5%A1en%C3%A1\\_skler%C3%B3za](http://cs.wikipedia.org/wiki/Roztrou%C5%A1en%C3%A1_skler%C3%B3za)

## Příloha E - Hlavní symptomy Roztroušené sklerózy



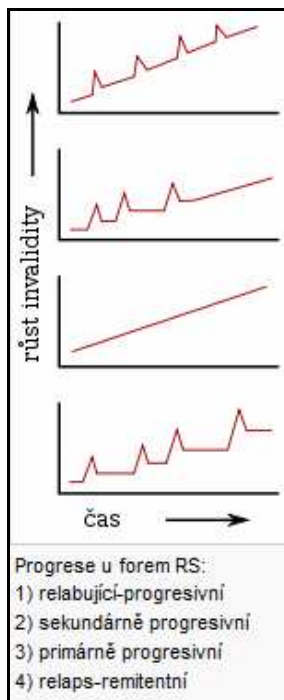
**Zdroj:** [http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Symptoms\\_of\\_multiple\\_sclerosis\\_cs.svg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Symptoms_of_multiple_sclerosis_cs.svg)

**Příloha F - Ložiska demyelinizace v mozku u pacienta s RS  
vm 12měsíčních intervalech**



**Zdroj:** [http://cs.wikipedia.org/wiki/Roztrou%C5%A1en%C3%A1\\_skler%C3%B3za](http://cs.wikipedia.org/wiki/Roztrou%C5%A1en%C3%A1_skler%C3%B3za)

## Příloha G-Nár ůst invalidity u jednotlivých forem RS



**Zdroj:** [http://cs.wikipedia.org/wiki/Roztrou%C5%A1en%C3%A1\\_skler%C3%B3za](http://cs.wikipedia.org/wiki/Roztrou%C5%A1en%C3%A1_skler%C3%B3za)

**Příloha H-Tabulkavýsledk úkvantitativního výzkumu**

respondent	číslo otázky																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
1.	37	33	2	P-P	Ne	jiné	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	S.C.	ohr.M	Ano	Ano	Ano	A2m.	ataka	/	P-P								
2.	36	23	7	P-P	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	poter.	por.	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A7m.	TpRS	/	P-P								
3.	40	28	10	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	S.C.	dop.lé	Ano	Ano	Ne	Ne	/	TpRS	R-R								
4.	33	27	4	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ano	1,2,3tr	poter.	por.	spont.	/	Ne	Ano	Ano	A1m.	ataka	/	Ch-P								
5.	35	18	16	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	Ne	/	TpRS	R-R								
6.	30	21	3	Ch-P	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ano	Ano	Ano	A3m.	TpRS	/	Ch-P								
7.	36	7	26	R-R	Ne	gyn.	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	S.C.	KP	Ano	Ano	Ne	A2m.	TpRS	/	R-R								
8.	31	19	8	Ch-P	Ano	/	druhé	potrat	Ano	Ano	3trim.	term.	/	S.C.	KP	Ne	Ano	Ne	Ne	/	ned.m	Ch-P								
9.	41	36	2	R-R	Ano	/	druhé	porod	Ano	Ne	/	poter.	por.	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A6m.	věkd.	/	R-R								
10.	48	37	5	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A5m.	TpRS	/	R-R								
11.	37	22	8	R-R	Ano	/	druhé	porod	Ano	Ne	/	poter.	por.	S.C.	KP	Ne	Ano	Ne	A2m.	TpRS	/	R-R								
12.	37	27	3	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ano	2trim.	term.	/	S.C.	KP	Ne	Ano	Ne	A1m.	TpRS	/	R-R								
13.	35	21	9	P-P	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A3m.	TpRS	/	P-P								
14.	30	25	4	R-R	Ano	/	druhé	potrat	Ano	Ne	/	poter.	por.	S.C.	ohr.P	Ano	Ano	Ne	A1m.	ned.m	/	R-R								
15.	36	26	10	R-R	Ne	partne	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ano	Ano	Ne	A3m.	ataka	/	R-R								
16.	32	28	3	R-R	Ano	/	druhé	potrat	Ano	Ne	/	term.	/	S.C.	ohr.P	Ne	Ano	Ne	A2m.	ned.m	/	R-R								
17.	35	24	7	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ano	1trim.	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A2m.	TpRS	/	R-R								
18.	39	28	5	P-P	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	poter.	por.	S.C.	ohr.P	Ne	Ano	Ne	A4m.	TpRS	/	P-P								
19.	32	20	8	Ch-P	Ano	/	druhé	porod	Ano	Ano	3trim.	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ano	A2m.	TpRS	/	R-R								
20.	35	21	13	P-P	Ano	/	druhé	porod	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A3m.	TpRS	/	P-P								
21.	34	23	6	R-R	Ne	partne	druhé	porod	Ano	Ne	/	term.	/	S.C.	KP	Ano	Ano	Ne	A3m.	TpRS	/	R-R								
22.	31	26	5	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ano	3trim.	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A6m.	TpRS	/	R-R								
23.	31	27	1	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ano	Ano	Ne	A6m.	ataka	/	R-R								
24.	42	27	10	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ano	A6m.	TpRS	/	R-R								
25.	28	24	3	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ne	Ne	A6m.	TpRS	/	R-R								
26.	27	23	4	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A2m.	TpRS	/	R-R								
27.	31	21	3	R-R	Ano	/	druhé	porod	Ano	Ne	/	poter.	por.	spont.	/	Ano	Ano	Ne	A6m.	TpRS	/	R-R								
28.	34	23	4	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	Ne	/	TpRS	R-R								
29.	33	23	4	R-R	Ano	/	druhé	porod	Ano	Ne	/	term.	/	spont.	/	Ne	Ano	Ne	A5m.	TpRS	TpRS	R-R								
30.	30	23	2	R-R	Ano	/	první	/	Ano	Ne	/	term.	/	S.C.	dop.lé	Ne	Ano	Ne	A7m.	ataka	/	R-R								

