

SM i... sprawy kobiece

jak żyć z SM...



SM i... sprawy kobiece

PODSTAWOWE INFORMACJE
O STWARDNIENIU ROZSIANYM

Zeszyt 16





Opracowane na podstawie:
Chloe Neild, *Women's Issues*,
15 MS Essentials, UK MS Society,
London 2006



Tłumaczenie: Medilingua
Redakcja: Izabela Czarnecka
Opracowanie graficzne: Rafał Pudło
Zdjęcie na okładce: pikselstock.pl

ISBN 978-83-60780-00-8 (dla serii)
ISBN 978-83-60780-17-6



© Copyright by Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Warszawa 2007
Wydanie I



Spis treści

Wstęp: SM a sprawy kobiece.....	4
SM a hormony.....	5
Miesiączkowanie.....	5
A. Wpływ leków na cykl miesięczkowy	
B. Trudności w radzeniu sobie z krwawieniem podczas menstruacji	
Antykoncepcja.....	7
A. Hormonalne środki antykoncepcyjne	
B. Implanty i wstrzyknięcia	
C. Badania dotyczące doustnych środków antykoncepcyjnych i SM	
Seks, intymność i związki.....	10
Decyzja o posiadaniu potomstwa.....	10
Ciąża.....	11
A. Czy SM wpływa na możliwość zajścia w ciążę?	
B. Jakie jest ryzyko, że dziecko będzie miało SM?	
C. Jak SM wpływa na przebieg ciąży i porodu?	
D. Ciąża a rzuty choroby	
E. Objawy SM a ciąża	
F. Leki a ciąża	
Planowanie okresu po porodzie.....	15
A. Czy matka z SM może karmić piersią?	
B. Radzenie sobie z rzutami choroby po porodzie	
Menopauza.....	17
SM i leki modyfikujące przebieg choroby a nowotwory.....	19
Dodatkowe informacje.....	21



Wstęp: SM a sprawy kobiece

Fakt, że na stwardnienie rozsiane częściej chorują kobiety, zwłaszcza młode, rodzi szereg pytań. Czy choroba ma podłoże hormonalne? Czy miesiączkowanie potęguje objawy? Czy przyjmowane leki wpływają na płodność? Czy choroba może zaburzać przebieg ciąży i porodu? Czy SM wpływa na hormonalną terapię zastępczą oraz objawy menopauzy? I – na koniec – podstawowe: dlaczego SM występuje częściej u kobiet?

W broszurze staramy się odpowiedzieć przynajmniej na część z nich. Niestety, choroba kryje jeszcze wiele tajemnic, a rozwiązanie niektórych kwestii, jak związek zachorowalności na SM z płcią, czeka na odpowiedź, którą może przyniosą badania naukowe.



SM a hormony

SM to choroba autoimmunologiczna, która – jak wiele podobnych – występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. Stosunek liczby kobiet z SM do liczby chorujących mężczyzn wynosi około 2:1, przy czym u kobiet chorobę tę rozpoznaje się najczęściej przed menopauzą. Nasuwa się zatem pytanie, czy mogą tu odgrywać rolę hormony.

żeńskie hormony płciowe – estrogen i progesteron – mają działanie znacznie wykraczające poza układ rozrodczy kobiety. Uważa się, że wpływają także na układ odpornościowy i nerwowy. Zdaniem niektórych naukowców odgrywają swoją rolę także w SM, choć z dotychczasowych badań nie wynika, na czym ona polega. W organizmie kobiet występuje również testosteron. Pewne badanie na niewielkiej liczbie chorych wykazało, że stężenie testosteronu u kobiet z SM jest mniejsze niż u kobiet zdrowych, choć jednocześnie nie zauważono istotnej różnicy stężenia testosteronu u mężczyzn z SM i zdrowych. Ustalenie, czy układ wewnątrzwydzielniczy (układ organizmu odpowiedzialny za wytwarzanie hormonów) u chorych na SM działa nieprawidłowo, wymaga jeszcze badań. Niestety, dotychczas ich nie przeprowadzono.



Miesiączkowanie

Kobiety z SM często zgłaszają nasilenie objawów choroby podczas menstruacji. Istnieje jednak niewiele danych naukowych dotyczących wpływu miesiączkowania na SM. W pewnym badaniu 149 kobiet wypełniało kwestionariusz. Siedemdziesiąt procent z nich odnotowało, że objawy SM zmieniały się regularnie w trakcie cyklu. Odnotowane zmiany, polegające zazwyczaj na nasileniu objawów, występowały

nawet do siedmiu dni przed i do trzech dni po rozpoczęciu się krwawienia miesięczkowego. Najczęściej występującymi objawami były: osłabienie, zaburzenia równowagi, męczliwość i stany depresyjne.

Nasilenie objawów w okresie mniej więcej odpowiadającym miesiączce może być związane z innymi czynnikami, na przykład wyższą temperaturą ciała. Wiadomo, że tuż przed miesiączką, w drugiej połowie cyklu, temperatura ciała wzrasta o około 1°C. Ten wzrost temperatury może powodować nasilenie objawów SM, tak jak upał czy gorączka.

Tuż przed i podczas miesiączki mogą zaostrzać się objawy SM, co wynika między innymi z podwyższonej temperatury ciała.

Jak widać, potwierdzenie związku pomiędzy SM a miesiączką wymaga przeprowadzenia dodatkowych badań.

A. Wpływ leków na cykl miesięczkowy

Niektóre leki stosowane w SM mogą być przyczyną nieregularnych cykli. Należą do nich leki przeciwdepresyjne, określane jako selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. O mitoksantronie – leku stosowanym w leczeniu postępującej nawracająco-ustępującej postaci SM – wiadomo, że powoduje czasem zaburzenia cyklu. Także interferon beta może wywoływać zaburzenia miesięczkowania, na przykład płamienia między miesiączkami. Z leków modyfikujących przebieg choroby jedynie octan glatirameru nie ma żadnego wpływu na miesięczkowanie. Na szczęście te działania niepożądane leków zazwyczaj samoczynnie ustępują po kilku miesiącach stosowania.

B. Trudności w radzeniu sobie z krwawieniem podczas menstruacji

Niektóre kobiety z SM mają kłopoty w radzeniu sobie z uciążliwościami towarzyszącymi menstruacji. Na przykład tracą zręczność w stosowaniu kobiecych produktów higienicznych ze względu na drżenia lub ograniczony zakres ruchu ramion, a zarazem nie życzą sobie pomocy w tego typu czynnościach. W takim przypadku można rozważyć możliwość zmniejszenia krwawienia lub całkowitego wstrzymania miesiączkowania. Istnieje wiele różnych sposobów, jak choćby stosowanie środków antykoncepcyjnych. Jeśli kobieta z SM zdecyduje się na ten krok, ważne jest omówienie tej sytuacji z ginekologiem.

Antykoncepcja

SM nie wpływa na płodność. Wybór metody zapobiegania ciąży należy do kobiety, podobnie jak w przypadku kobiet zdrowych. Chore na SM mogą na ogół stosować dowolne dostępne metody antykoncepcyjne.

Stwardnienie rozsiane nie wpływa na płodność. Jeśli nie planujemy posiadania dzieci, trzeba rozważyć zastosowanie odpowiednich metod antykoncepcyjnych.

Przed podjęciem decyzji o stosowaniu środków antykoncepcyjnych, należy skonsultować się z lekarzem, z którym bez skrupowania i swobodnie będziemy mogły porozmawiać o wszystkich sprawach z tym związanych. Powinien to być ginekolog, który dysponuje choćby podstawową wiedzą o SM. Podejmując decyzję o wyborze metody antykoncepcji, dobrze jest uwzględnić takie czynniki jak sprawność rąk, koordynacja,

stosowane leki, ewentualne ryzyko zakażenia oraz osobiste preferencje. Ważne jest też, aby otwarcie omówić z lekarzem wszystkie możliwości, bowiem nie każda metoda zapobiegania ciąży może być dla nas odpowiednia, jak choćby te, których stosowanie wymaga dodatkowych środków ostrożności. Na przykład krążki dopochwowe mogą zwiększać ryzyko zakażenia układu moczowego i być niewskazane w przypadku zaburzeń pracy pęcherza moczowego. Przyjmowanie pigułek antykoncepcyjnych przy ograniczonej ruchomości może wymagać dodatkowych badań okresowych ze względu na zwiększone ryzyko powstawania zakrzepów w żyłach kończyn dolnych. Jak u każdej kobiety, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych związane jest z typowymi ograniczeniami, jak waga, palenie papierosów itp.

A. Hormonalne środki antykoncepcyjne

Stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych wiąże się z niewielkim ryzykiem zajścia w ciążę i wielu kobietom odpowiada przyjmowanie pigułki antykoncepcyjnej (dwuskładnikowej, zawierającej estrogen i progestagen, albo jednoskładnikowej, zawierającej wyłącznie progestagen). Kobiety stosujące w leczeniu SM pewne leki, jak karbamazepina, przeciwdziałająca skurczom i bólom, czy modafinil – przeciw męczliwości, muszą pamiętać, że preparaty te mogą zmniejszać skuteczność pigułki antykoncepcyjnej. To samo dotyczy niektórych terapii uzupełniających, na przykład preparatów z dziurawca (*Hypericum perforatum*), stosowanych przeciw stanom depresyjnym. Ginekologa należy poinformować o wszystkich przyjmowanych przez nas lekach. Będzie on mógł ocenić przydatność dla nas konkretnego środka antykoncepcyjnego oraz uprzedzić o potrzebie stosowania dodatkowego zabezpieczenia (na przykład prezerwatywy).

B. Implanty i wstrzyknięcia

Inną możliwością stanowi implant progestagenny. Działa on do 5 lat, dzięki czemu nie trzeba pamiętać o codziennym przyjmowaniu pigułki antykoncepcyjnej. Dostępne są też bardzo skuteczne wstrzyknięcia zawierające progestagen, stosowane raz na trzy miesiące, choć również i ta metoda może nie być odpowiednia dla wszystkich kobiet. Obie te metody antykoncepcyjne mogą powodować działania niepożądane, ich stosowanie należy zatem omówić z lekarzem.

C. Badania dotyczące doustnych środków antykoncepcyjnych i SM

Nie ma żadnych badań potwierdzających wpływ doustnych środków antykoncepcyjnych na ryzyko wystąpienia SM. Wyniki badań dotyczące ich wpływu na częstość nawrotów (rzutów) choroby nie są jednoznaczne. Podczas gdy jedno badanie wykazało, że doustne środki antykoncepcyjne mogą opóźnić pierwsze kliniczne rzuty SM, inne nie potwierdziło istnienia takiego związku. Również w tym przypadku wymagana jest większa liczba badań, aby możliwe stało się ustalenie związku między hormonami wchodzącymi w skład doustnych środków antykoncepcyjnych (takimi jak estrogen czy progestagen) oraz SM.

Doustne środki antykoncepcyjne nie wpływają na przebieg SM. Jedynym przeciwwskazaniem może być przyjmowanie leków obniżających skuteczność ich działania.

Seks, intymność i związki

Uszkodzenia włókien nerwowych wywołane przez SM wpływają niekiedy na życie płciowe, a objawy SM mogą powodować obniżenie aktywności seksualnej. Te fizyczne zaburzenia seksualne oraz wpływ SM na nastawienie do seksu i związków opisano szczegółowo w broszurze „SM i... seks”.

Decyzja o posiadaniu potomstwa

U większości kobiet z SM chorobę rozpoznaje się po dwudziestym lub trzydziestym roku życia, w okresie, w którym myślą o założeniu rodziny. SM nie jest powodem, aby zrezygnować z posiadania dziecka, choć decyzja o zajściu w ciążę powinna zostać szczegółowo omówiona z rodziną, przyjaciółmi i lekarzem.

Główne czynniki decydujące o ewentualnym zajściu w ciążę w przypadku kobiet z SM są prawdopodobnie takie same, jak w przypadku pozostałych osób: w jaki sposób dziecko wpłynie na moje życie i czy jest to odpowiedni moment? Decyzja o posiadaniu potomstwa jest kwestią bardzo osobistą i przy jej rozważaniu należy brać pod uwagę obecne i przyszłe czynniki emocjonalne, finansowe i zdrowotne.

Stwardnienie rozsiane nie oznacza konieczności rezygnacji z posiadania dzieci. Wiele kobiet z SM ma wspaniałe rodziny.

A. Czy SM wpływa na możliwość zajścia w ciążę?

SM nie wpływa na płodność chorych kobiet. Jednakże niektóre leki stosowane w leczeniu SM mogą mieć wpływ na cykl miesięczkowy. Ponadto niektóre leki są niebezpieczne dla płodu. Ogólnym zaleceniem, dotyczącym zresztą nie tylko kobiet z SM, jest przerwanie kuracji lekami na co najmniej trzy miesiące przed planowanym zajściem w ciążę. Ważne jest, aby przed dokonaniem zmian w sposobie przyjmowania leków omówić to z lekarzem, ponieważ nagłe odstawienie niektórych leków może być niebezpieczne.

SM samo w sobie nie wpływa na wytwarzanie plemników u mężczyzn. U niektórych mężczyzn z SM występują jednak zaburzenia wzrodu i wytrysku. Badania naukowe potwierdzają też, że pewne metody leczenia SM powodują zmniejszenie liczby plemników w nasieniu, a leki łagodzące objawy SM, w tym przeciwdepresyjne, mogą zaburzać wytrysk. Istnieją jednak alternatywne metody zapłodnienia. W przypadku wystąpienia trudności należy je omówić z lekarzem. W ostateczności pomoc można uzyskać w klinice leczenia bezpłodności. Więcej informacji o zaburzeniach tego rodzaju i sposobach radzenia sobie z nimi można znaleźć we wspomnianym już zeszycie „SM i... seks”.

B. Jakie jest ryzyko, że dziecko będzie miało SM?

W przeciwieństwie do takich chorób jak mukowiscydoza czy płasawica Huntingtona, SM nie jest chorobą dziedziczną. Ryzyko wystąpienia SM u dzieci, których jedno z rodziców jest chore na SM, szacuje się na 2%. Innymi słowy, prawdopodobieństwo wystąpienia SM występuje u dwojga na sto dzieci urodzonych przez rodziców z tą chorobą. Większość dzieci rodziców z SM (980 na 1000) nie zachoruje. Ogólnie

w populacji ryzyko szacuje się jak 1 do 800. A zatem, chociaż choroba rodzica zwiększa ryzyko wystąpienia SM u dziecka, to jest ono bardzo małe.

SM nie jest chorobą dziedziczną. Nie należy się obawiać, że dziecko osoby chorej na SM również zachoruje.

C. Jak SM wpływa na przebieg ciąży i porodu?

SM nie wpływa bezpośrednio na przebieg ciąży ani porodu. Badania wskazują, że prawdopodobieństwo prawidłowej ciąży i urodzenia zdrowego dziecka u matek z SM jest takie samo, jak u matek zdrowych. Nie ma też danych świadczących o ewentualnym wpływie SM na zwiększenie ryzyka wystąpienia ciąży ektopowej (gdy płód rozwija się w jajowodzie), poronienia, przedwczesnego porodu, urodzenia martwego dziecka czy wad wrodzonych. Na ogół, tak jak w przypadku innych kobiet, poród naturalny u kobiet z SM uważany jest za optymalny. SM nie oznacza konieczności cięcia cesarskiego.

SM nie wpływa na przebieg ciąży i nie zwiększa prawdopodobieństwa powikłań podczas porodu.

Podczas samego porodu, kwestie osłabienia, bolesnych skurczów czy sztywności mięśni nóg można rozwiązać dzięki pomocy lekarza lub położnej. Wiele kobiet preferuje znieczulenie zewnątrzoponowe podczas porodu. U kobiet z SM można bezpiecznie stosować zarówno znieczulenie zewnątrzoponowe, jak i znieczulenie do cięcia cesarskiego.

D. Ciąża a rzuty choroby

Przeprowadzono wiele badań naukowych, oceniających wpływ ciąży na przebieg SM. Wszystkie potwierdziły, że ciąża ma działanie ochronne, częstość rzutów choroby się zmniejsza,

szczególnie podczas trzeciego trymestru (tj. pomiędzy szóstym i dziewiątym miesiącem ciąży). Przyczyny nie są do końca znane, ale uważa się, że pewną rolę odgrywa tu stężenie hormonów, zwłaszcza estrogenu. Poprawa funkcjonowania podczas ciąży może być również związana z faktem, że zmniejsza się aktywność układu immunologicznego, co zapobiega odrzuceniu płodu przez organizm matki. Podobnie ochronny wpływ ciąży obserwuje się u kobiet dotkniętych innymi chorobami autoimmunologicznymi.

Podczas ciąży ryzyko pojawienia się rzutu spada. Wzrasta ono tuż po porodzie, co wynika ze zmęczenia opieką nad niemowlęciem i zmian hormonalnych.

Rodzaj porodu oraz karmienie piersią nie ma wpływu na przebieg stwardnienia rozsianego u matki. Z badań wynika jednak, że 1 do 2 miesiące po porodzie występuje większa liczba rzutów choroby. Okres zwiększonego ryzyka może trwać od trzech do dziewięciu miesięcy, a następnie częstość występowania nawrotów powraca do poziomu sprzed ciąży. Ten poporodowy wzrost częstości rzutów równoważy niejako poprawę w przebiegu choroby podczas ciąży, tak że ogólny wpływ ciąży na przebieg SM jest neutralny.

E. Objawy SM a ciąża

Chociaż podczas ciąży rzadziej dochodzi do rzutów choroby, to jednak SM wpływa na samopoczucie ciężarnej, a pewne objawy choroby są silniejsze. Wiele kobiet podczas ciąży zauważa u siebie na przykład zwiększoną męczliwość. Z objawem tym można sobie radzić uważnie organizując czas (zob. broszurę „SM i... zmęczenie.” Zaostrzenie zaburzeń równowagi i bólów kręgosłupa wynika z faktu, że wzrost masy ciała związany z ciążą powoduje przesunięcie środka ciężkości. W tym okresie

przydatna może się okazać kula czy laska, zapobiegająca potknięciom i upadkom. Podczas ciąży mogą się też nasilić lub zaostrzyć występujące już wcześniej dolegliwości ze strony pęcherza moczowego czy jelit.

F. Leki a ciąża

Przed zejściem w ciążę należy porozmawiać z lekarzem neurologiem o występujących objawach i przyjmowanych lekach. Niektóre leki nie są wskazane w czasie ciąży, więc lekarz może zechcieć przejrzeć wszystkie przepisane leki. W przypadku nieplanowanego zejścia w ciążę należy przede wszystkim możliwie szybko skontaktować się z lekarzem.

Oceniając, czy pacjentka powinna przerwać leczenie danym lekiem, lekarz bierze pod uwagę ewentualne zagrożenie dla niej i dla płodu. Jednak działanie wielu leków podczas ciąży jest nieznane. Nie prowadzi się badań klinicznych, oceniających wpływ leków na rozwój płodu, gdyż są one nieetyczne. Dowody szkodliwego działania leków u ludzi pochodzą jedynie z niewielkiej liczby przypadków kobiet, które zaszły w ciążę podczas leczenia danym lekiem albo z doświadczeń na zwierzętach. W obu przypadkach nie są to dane pewne i jednoznaczne.

W przypadku leków modyfikujących przebieg choroby istnieją dwa badania, podczas których oceniano wpływ interferonu beta na przebieg ciąży. Jedno z nich wykazało, że u kobiet przyjmujących interferon beta podczas ciąży nieznacznie zwiększyło się ryzyko poronienia, drugie jednak nie potwierdziło tego związku. Ze względu na ograniczoną ilość informacji zaleca się, aby kobiety zaprzestały przyjmowania leków modyfikujących przebieg choroby, w tym interferonu beta (nazwy handlowe Betaferon, Avonex i Rebif) czy octanu glatirameru (nazwa handlowa Copaxone) co najmniej trzy miesiące przed podjęciem prób zejścia w ciążę. W przypadku zejścia w ciążę w okresie przyjmowania leków modyfikujących

przebieg choroby, należy skontaktować się z lekarzem tak szybko, jak to możliwe.

Leki immunomodulujące powinny być odstawione na trzy miesiące przed planowaną ciążą.

Steroidy uważa się za leki stosunkowo bezpieczne, również podczas ciąży. Zazwyczaj jednak unika się ich przepisywania ciężarnym w pierwszym trymestrze, kiedy następuje rozwój narządów u płodu i wymagana jest szczególna ostrożność.

Jeśli chodzi o leki stosowane w leczeniu innych schorzeń, zaleca się daleko posuniętą ostrożność. Jednak, jeśli odstawienie leków mogłoby stanowić poważne zagrożenie dla matki lub płodu, lekarz może zalecić ich dalsze przyjmowanie lub przepisać alternatywne preparaty.

Lekarz może niekiedy zaproponować pacjentce niefarmakologiczne sposoby radzenia sobie z objawami SM. Wszystkie sposoby leczenia powinno się wznowić natychmiast po porodzie, choć niektóre z nich mogą być niewskazane w przypadku karmienia piersią.

Planowanie okresu po porodzie

Nawet dla zupełnie zdrowych kobiet czas tuż po porodzie jest okresem wzmoczonego wysiłku, wymagającym przystosowania się do nowej sytuacji. Dla młodych matek z SM szczególnie ważne jest wcześniejsze zorganizowanie sobie pomocy. Można na przykład skontaktować się z członkami rodziny oraz przyjaciółmi i sporządzić listę osób chętnych do wsparcia w określonych czynnościach, można też zorientować się, czy lokalna przychodnia oferuje pomoc pielęgniarską. Wiele kobiet czuje się pewniej, wiedząc, że może liczyć na wsparcie, oraz potwierdza, że planowanie zawczasu ułatwia zorganizowanie życia po przyjściu na świat dziecka.

A. Czy matka z SM może karmić piersią?

SM nie powinno być powodem, dla którego kobieta rezygnuje z karmienia piersią. Pokarm kobiecy jest dla dziecka dobrym źródłem składników odżywczych i na ogół karmienie piersią jest wskazane w ciągu pierwszych sześciu miesięcy (26 tygodni) życia dziecka. Zawarte w mleku matki składniki wspomagają układ odpornościowy dziecka oraz zapewniają inne korzyści zdrowotne zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Matki z SM powinna uspokoić wiadomość, że karmienie piersią nie wiąże się ze zwiększeniem ryzyka występowania rzutów choroby.

Niektóre matki z SM, u których karmienie piersią przyczynia się do narastania męczliwości, mogą zdecydować się karmić krócej, na przykład trzy lub cztery pierwsze miesiące życia dziecka. Przejście na karmienie z butelki umożliwi wykorzystanie bliskich do większego udziału w opiece nad niemowlęciem. Dodatkowe godziny snu pomogą młodej matce szybciej uporać się z powracającym zmęczeniem.

Przyjmowanie leków immunomodulujących jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią.

Kobieta planująca karmienie piersią powinna zasięgnąć porady dotyczącej technik ułatwiających karmienie, na przykład w zakresie pozycji przy karmieniu, ponieważ niektóre objawy SM mogą utrudniać tradycyjne ułożenie przy karmieniu piersią. Należy też umożliwić lekarzowi ocenę przyjmowanych leków ze względu na ryzyko przekazywania ich dziecku z mlekiem matki. Przykładowo, karmienie piersią jest przeciwwskazane u kobiet przyjmujących leki modyfikujące przebieg choroby, ponieważ przenikają one do mleka matki. W takich przypadkach można opóźnić powrót do stosowania tych leków i karmić piersią choćby przez kilka tygodni. Niektóre kobiety wolą karmić

dziecko z butelki od urodzenia. Dziś specjalne mieszanki dla noworodków i niemowląt zawierają wszystkie niezbędne składniki odżywcze.

B. Radzenie sobie z rzutami choroby po porodzie

Niektóre kobiety decydują się na wznowienie przyjmowania leków modyfikujących przebieg choroby wkrótce po porodzie, ponieważ zmniejsza to liczbę rzutów. Nie jest to jednak wskazane w przypadku matek karmiących piersią. Kobiety, które chciałyby karmić piersią, ale obawiają się rzutów choroby, powinny zasięgnąć porady lekarza. Za bezpieczne dla matki i dziecka uważa się niektóre steroidy, na przykład prednizolon, podawane w umiarkowanych dawkach.

Ze względu na zwiększone ryzyko występowania rzutów choroby w ciągu pierwszych miesięcy po porodzie, kiedy wszystkie niemal matki odczuwają szczególne zmęczenie, ważne jest zapewnienie dodatkowej pomocy i wsparcia tym chorym na SM. Dla matek pracujących zawodowo dobrym rozwiązaniem jest urlop wychowawczy. Innym pomaga wcześniejsze zaplanowanie pomocy ze strony rodziny, przyjaciół i zapewnienie sobie świadczeń socjalnych.



Menopauza

Menopauza (klimakterium) jest okresem burzliwych zmian hormonalnych, który może być trudny dla wielu kobiet, nie tylko chorych na SM. W okresie menopauzy wytwarzanie estrogenu przez organizm znacznie spada. Nie ma danych wskazujących na jakikolwiek wpływ tego procesu na częstość występowania rzutów czy postęp SM. Mogą się jednak nasilać pewne objawy choroby, jak męczliwość czy dolegliwości związane z układem moczowym.

Niektóre kobiety kwestionują skuteczność hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) – polegającej na uzupełnianiu estrogenu – w walce z objawami SM podczas menopauzy. Pewne badanie wykazało, że spośród 19 pacjentek z SM 54 procent odnotowało nasilenie objawów choroby wraz z pojawieniem się menopauzy, a 75 procent chorych stwierdziło u siebie złagodzenie objawów po podjęciu HTZ.

Hormonalna terapia zastępcza nie jest jednak odpowiednia dla wszystkich kobiet. W szczególności nie jest wskazana dla kobiet palących dużo papierosów, chorych na zakrzepicę, pewne rodzaje nowotworów lub dotkniętych ciężką chorobą serca, wątroby czy nerek. Hormonalna terapia zastępcza wiąże się też ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka piersi, chorób serca i udaru mózgu. Na ogół więc jej stosowanie zaleca się tylko kobietom, które mają trudnościami z uporaniem się z przykrymi objawami towarzyszącymi przekwitaniu. Oczywiście stosowanie HTZ wymaga stałej kontroli lekarskiej i wykonywania regularnych badań kontrolnych, w tym mammografii.

Hormonalna terapia zastępcza zmniejsza ryzyko wystąpienia osteoporozy.

Decyzja o zastosowaniu hormonalnej terapii zastępczej w przypadku kobiet z SM wymaga rozważenia pewnych dodatkowych kwestii. Okresy unieruchomienia, brak ruchu i przewlekłe przyjmowanie steroidów zwiększają ryzyko wystąpienia osteoporozy. Hormonalna terapia zastępcza może tu pomóc, ponieważ przeciwdziała spadkowi gęstości kości. W przypadku kobiet ze znacznym stopniem niepełnosprawności, na przykład poruszających się na wózku inwalidzkim lub przewlekłe leżących, stosowanie HTZ nie jest wskazane,

bowiem występuje u nich zwiększone ryzyko zakrzepicy (czyli tworzenia się skrzepów krwi).

Kobiety z SM mogą stosować wszystkie formy hormonalnej terapii zastępczej (tabletki, plastry, żele oraz implanty). Z tabletek należy zrezygnować w przypadku trudności w połykaniu lub zaburzonej sprawności manualnej.

SM i leki modyfikujące przebieg choroby a nowotwory

Niektóre kobiety pytają o związek SM i leków modyfikujących przebieg choroby z występowaniem nowotworów. Badano te zagadnienia i nie znaleziono dowodów, wskazujących, jakoby SM lub przyjmowanie leków modyfikujących przebieg choroby miało wpływ na zwiększenie częstości występowania nowotworów, w tym nowotworów narządów rodnych i piersi.



Dodatkowe informacje

Publikacje Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

PTSR wydało szereg broszur i książek dotyczących różnych aspektów życia z SM oraz sposobów radzenia sobie z objawami choroby, na przykład dla osób nowo zdiagnozowanych, rodziców, dzieci osób z SM. Pełną i aktualną listę publikacji znajdziesz na stronie www.ptsr.org.pl lub dzwoniąc do Centrum Informacji o SM pod numer Infolinii: 0801 313 333.

Strona internetowa PTSR

W Internecie jest wiele różnych informacji o stwardnieniu rozsianym i jego leczeniu. Najbardziej wiarygodne i pomocne znajdziesz na stronie PTSR: www.ptsr.org.pl

Infolinia o SM

Jeśli mieszkasz daleko od dużych miast kraju bądź oddziału PTSR, pomocne informacje uzyskasz dzwoniąc na numer Infolinii o SM: 0-801 313 333. Połączenie płatne jak za rozmowę lokalną.

Centrum Informacyjne SM

Pełny dostęp do najnowszej wiedzy o leczeniu i badaniach oraz wsparcie konsultantów: psychologa, doradcy zawodowego, prawnika, uzyskasz w Centrum Informacyjnym SM. Centrum czynne jest codziennie od 9.00 do 17.00.

W ramach CISM działa:

- telefoniczna poradnia psychologiczna
- telefoniczna pomoc doradcy zawodowego
- telefoniczna pomoc rzecznika praw osób chorych z SM

CISM mieści się w Warszawie przy placu Konstytucji 3/94, 00-647 Warszawa, tel. (+48 22) 622-94-78, e-mail: cism@ptsr.org.pl, komunikator tlen: cism@tlen.pl gadu-gadu: 1690270

© **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, 2007**

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*, SM) jest najczęstszą chorobą neurologiczną młodych dorosłych, która powoduje niepełnosprawność. W Polsce na SM cierpi około 60 tysięcy osób. W SM dochodzi do uszkodzenia mieliny – otoczki komórki nerwowej w centralnym układzie nerwowym. To uszkodzenie zaburza przepływ informacji z mózgu i rdzenia kręgowego do pozostałych części ciała. Niektórzy chorzy na SM doświadczają zaostrzeń (rzutów) i okresów poprawy. Dla innych choroba oznacza stały postęp niepełnosprawności. Dla każdego jest nieprzewidywalna.

PTSR jest organizacją pożytku publicznego, prowadzoną przez chorych i działającą na rzecz chorych.

Możesz wspomóc Towarzystwo:

- zostając jego członkiem
- ofiarując swój czas jako wolontariusz
- ofiarując darowiznę

Numer konta: 51 2130 0004 2001 0405 6198 0002

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

ul. Bagatela 13/43, 00-585 Warszawa

Tel.: (+48 22) 856 76 66, faks: (+48 22) 849 10 65

biuro@ptsr.org.pl

Centrum Informacyjne SM

Pl. Konstytucji 3/94, 00-646 Warszawa

Tel.: (+48 22) 745 11 25 do 27, (+48 22) 696 57 51

Faks: (+48 22) 622 94 68

Infolinia o SM 0-801 313 333

cism@ptsr.org.pl

komunikatory internetowe: tlen: cism@tlen.pl

gadu-gadu: 1690270

www.ptsr.org.pl

KRS 0000083356



Publikacja powstała dzięki wsparciu PFRON
w ramach programu PARTNER 2006
oraz firmie Sanofi Aventis