

Ciąża u kobiet ze znaczną niepełnosprawnością ruchową

Agnieszka Kobiółka (ABCDEF), Violetta Skrzypulec-Plinta (ABDEG)

Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WKŁAD AUTORÓW: (A) Projekt badania · (B) Zbieranie Danych · (C) Analiza Statystyczna · (D) Interpretacja Danych · (E) Przygotowanie Rękopisu · (F) Gromadzenie Piśmiennictwa · (G) Gromadzenie Funduszy

STRESZCZENIE

Wstęp. Ciąża u kobiet z niepełnosprawnością ruchową w stopniu znacznym traktowana jest jako ciąża wysokiego ryzyka. Celem badania była ocena przebiegu ciąży u kobiet ze znacznym stopniem niepełnosprawności ruchowej.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 21. kobiet (11 po urazie rdzenia kręgowego, 10 z rozszczepem kręgosłupa) posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym, poruszających się na wózku inwalidzkim w okresie ciąży, porodu i wczesnego macierzyństwa, u których poród odbył się do pięciu lat od dnia przeprowadzenia badań. Dane do badań pochodziły z udostępnionej przez uczestniczki projektu dokumentacji medycznej oraz z autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Średni czas od momentu wystąpienia urazu do porodu u kobiet z SCI wynosił 11 lat. Najwięcej zmian w okresie ciąży respondentki zgłosiły w obrębie funkcjonowania układu moczowego. Siedem kobiet zmieniło metodę opróżniania pęcherza moczowego w III trymestrze ciąży. Co najmniej jedno ZUM rozwinęło się u 18 pacjentek (85,7%), nawracające ZUM u 13 (61,9%), a 8 ciężarnych było co najmniej raz hospitalizowanych z tego powodu. Zaparcia wystąpiły u 12 kobiet (57,1%). Nie odnotowano ŻCHZZ, a odleżyny pojawiły się u trzech kobiet. Cięcia cesarskie zostało wykonane u 81% badanych. Poród <37 hbd dotyczył 33,3% ciąż.

Wnioski. U kobiet ze znacznym ograniczeniem mobilności częściej występują zaburzenia zdrowotne związane z niepełnosprawnością i chorobami współistniejącymi, które stanowią czynniki ryzyka w ciąży. Problemy urologiczne były najczęściej obserwowanymi powikłaniami. Znacznie częściej ciąża zostaje zakończona operacyjnie, głównie ze wskazań wynikających z niepełnosprawności.

Słowa kluczowe: ciąża; uraz rdzenia kręgowego; rozszczep kręgosłupa

Adres do korespondencji: : Agnieszka Kobiółka
Katedra Zdrowia Kobiety Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków 12; 40-752 Katowice
Tel./fax: +48 322088752; e-mail: agakobiolka@o2.pl

Liczba słów: 2276 **Tabele:** 4 **Ryciny:** 0 **Piśmiennictwo:** 21

Praca realizowana z badań statutowych Katedry Zdrowia Kobiety – Nr KNW-1-099/N/5/0

Received: 15.11.2018

Accepted: 27.11.2018

Published: 19.12.2018

WSTĘP

Zdrowie reprodukcyjne kobiet ze znacznym stopniem niepełnosprawności ruchowej jest tematem rzadko podejmowanym w badaniach. Zdarza się, że problematyka ciąży i niepełnosprawności jest społecznie tabuizowana lub obciążona stereotypami. Kobiety z niepełnosprawnościami stykają się z ograniczaniem lub ignoracją ich praw reprodukcyjnych lub z umniejszaniem ich zdolności do opieki nad dziećmi [1]. Postęp wiedzy i technologii medycznych przyczynia się do tego, że coraz więcej kobiet z niepełnosprawnościami w stopniu umiarkowanym do znacznego decyduje się na macierzyństwo [2]. Szacuje się, że każdego roku 145000 amerykańskich kobiet ze znacznym stopniem niepełnosprawności ruchowej zachodzi w ciążę [3]. Trudno jest określić, ile w Polsce kobiet z zaburzeniami fizycznymi lub ograniczającymi mobilność jest matkami. Nie wiele jest danych na temat przebiegu ciąży, porodu i połogu u tych kobiet. Najczęściej ciąża u kobiet z niepełnosprawnością fizyczną ze względu na wyższe ryzyko wystąpienia powikłań, traktowana jest jako ciąża wysokiego ryzyka [4]. Badania wskazują, że niepełnosprawność związana z dysfunkcją aparatu ruchu kobiet ciężarnych, może zwiększać ryzyko m.in.: porodu przedwczesnego, niskiej masy urodzeniowej noworodka, ograniczenia wzrastania płodu, rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie [4,5]. W porównaniu z innymi kobietami, u kobiet z niepełnosprawnością ruchową częściej występują zaburzenia zdrowotne związane z samą niepełnosprawnością, jak i chorobami współistniejącymi, które stanowią czynniki ryzyka w ciąży [1,6]. Jednym z najczęściej pojawiających się powikłań w okresie ciąży u kobiet ze znacznym ograniczeniem mobilności są problemy urologiczne [7]. Obserwuje się również spadek stanu funkcjonalnego, wymagający zwiększenia pomocy fizycznej, wzrost ryzyka upadków, odleżyn i nasilenia spastyczności. Zaburzenia mobilności niepełnosprawnych ciężarnych predysponują do występowania żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej zwią-

zanej z ciążą (ZCHZZ) [2,8]. Wśród innych powikłań okresu ciąży u kobiet z niepełnosprawnością fizyczną obserwuje się częstsze występowanie niedoborów żywieniowych, związane np. z zaburzeniami żucia, połykania lub z przewlekłych dysfunkcji przewodu pokarmowego, w tym zaburzeń pracy jelit i przewlekłych zaparć [2,4]. Opiekę nad ciężarną ze znacznym stopniem niepełnosprawności powinien sprawować skoordynowany zespół wielospecjalistyczny, w skład którego oprócz położnika, powinni wchodzić: neurolog, anestezjolog, urolog, fizjoterapeuta, położna oraz inni specjaliści niezbędni w procesie terapeutycznym [4].

CEL PRACY

Celem przedstawionego projektu badawczego była ocena przebiegu ciąży u kobiet ze znacznym stopniem niepełnosprawności ruchowej.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto grupę 21. kobiet posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym, poruszających się na wózku inwalidzkim w okresie ciąży, porodu i wczesnego macierzyństwa, u których poród odbył się do pięciu lat od dnia przeprowadzenia badań, sprawnych intelektualnie. Spośród badanych kobiet 11 było z urazami rdzenia kręgowego (*spinal cord injury*, SCI) oraz 10 z rozszczepem kręgosłupa (*spina bifida*). Wszystkie uczestniczki projektu wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu. Badania prowadzono od lipca 2015 do maja 2018 roku.

Dobór próby badawczej dokonywany był z zastosowaniem nieprobabilistycznego (nielosowego) schematu doboru, co podyktowane było przesłankami dwojakiego rodzaju: określone potrzeby badawcze, jak i ograniczone możliwości ich realizowania. Pierwsze z nich nakazywały poszukiwanie grupy osób o określonej strukturze społecznej, zróżnicowanej pod względem cech demograficznych (wiek, płeć, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkiwania). Na

drugie składały się problemy z wyszukaniem i dotarciem do tych osób. Przy doborze próby wykorzystano często stosowaną w takich sytuacjach metodę kuli śnieżnej (*snowball sampling*), polegającą na rekrutowaniu uczestników przez innych uczestników. Aby dotrzeć, do jak najbardziej zróżnicowanej próby korzystano również z pomocy organizacji pozarządowych, fundacji (np. Fundacja „Jedyna Taka”, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, AXIS Stowarzyszenie Pomocy dla Chorych po Urazie Rdzenia Kręgowego) oraz lokalnych ośrodków pomocy społecznej.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach KNW/0022/KB/189/15 z dnia 16.07.2015 roku.

Dane do badań pochodziły z udostępnionej przez uczestniczki projektu dokumentacji medycznej (wypisy ze szpitala, książeczka zdrowia dziecka, inna dokumentacja) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Z dokumentacji medycznej poddano analizie następujące czynniki: stan zdrowia sprzed ciąży, liczbę odbytych porodów i poronień, występowanie chorób u matki i patofizjologii ciąży, sposób rozwiązania ciąży, czas trwania ciąży, wskazania do cięcia cesarskiego, stan pourodzeniowy noworodka.

W autorskim kwestionariuszu ankiety uwzględniono pytania określające zmienne socjodemograficzne, położnicze oraz dotyczące sytuacji zdrowotnej. Uwzględniono rodzaj, stopień i przyczyny niepełnosprawności, deficyty współistniejące, przebyte operacje, choroby przewlekłe, medyczno-zdrowotne skutki niepełnosprawności i ich wpływ na okres związany z ciążą i porodem. Ze względu na małą liczebność badanej grupy wyniki będą przedstawione bez uwzględnienia podziału na schorzenia. W pracy zaprezentowano część wyników badań.

WYNIKI

Średni wiek w grupie badanych kobiet w chwili porodu dziecka wynosił 30,47 (przedział wiekowy 19- 40 lat). Dla 16 kobiet (76,2%) był to pierwszy poród. Ponad połowa ciąż nie była

Tab. 1. Rodność badanych kobiet

	Zmienna	N	%
Rodność	I	16	76,2
	II	4	19,0
	III	1	4,8
Planowanie ciąży	Tak	11	52,4
	Nie	10	47,6
Leczenie niepłodności	Tak	3	14,3
	Nie	18	85,7

planowana (tab.1.). Wykształcenie wyższe posiadało 13 (61,9%) kobiet, średnie – 7 (33,3%), gimnazjalne – jedna kobieta. Dwie kobiety zamieszkiwały tereny wiejskie, pozostałe miejskie. W związku małżeńskim było 13 (61,9%) kobiet, w wolnym związku – 5 (23,8%), rozwódek

żyjących w wolnym związku – 2. (9,5%), rozwódek żyjących samotnie -1.

W przypadku kobiet po urazie rdzenia kręgowego średni czas od momentu wystąpienia urazu do porodu wynosił 11 lat (przedział czasowy 4-22 lata). Przyczynami SCI były

Tab. 2. Wybrane medyczo-zdrowotne skutki niepełnosprawności i ich wpływ na okres ciąży

	Zmiana	N	%
Przyczyna niepełnosprawności	Rozszczep kręgosłupa	10	47,6
	Uraz rdzenia kręgowego \geq Th6	4	19,1
	Uraz rdzenia kręgowego $<$ Th6	7	33,3
Sposób opróżniania pęcherza moczowego przed ciążą	Samocewnikowaie (IC)	10	47,6
	Cewnik Foley'a na stałe (IDC)	3	14,3
	Manewr Credè	8	38,1
Zmiana sposobu opróżniania pęcherza moczowego w ciąży	Tak – z IC na pieluchomajtki	3	14,3
	Tak – z manewru Credè na pieluchomajtki	2	9,5
	Tak – z IC na IDC	2	9,5
	Nie	14	66,7
Opróżnianie pęcherza moczowego po porodzie tak jak przed ciążą	Tak	21	100,0
	Nie	0	0,0
Zakażenie układu moczowego (ZUM) w ciąży (co najmniej jedno)	Tak	18	85,7
	Nie	3	14,3
Nawracające ZUM w ciąży	Tak	15	71,4
	Nie	6	28,6
Profilaktyczne stosowanie leków przeciwbakteryjnych w ciąży	Tak	5	23,8
	Nie	16	76,2
Hospitalizacja z powodu ZUM w ciąży	Tak	8	38,1
	Nie	13	61,9
Zaparcia w ciąży	Tak	12	57,1
	Nie	9	42,9
Rodzaj porażenia mięśniowego	Wiotki	10	47,6
	Spastyczny	8	38,1
	Bez określenia charakteru	3	14,3
Zmiana porażenia mięśniowego w okresie ciąży	Tak	4	19,0
	Nie	17	81,0
Spadek stanu funkcjonalnego, wymagający zwiększenia pomocy fizycznej (pomoc przy przemieszczaniu z wózka)	Tak	8	38,1
	Nie	13	61,9
Upadki w okresie ciąży	Tak	5	23,8
	Nie	16	76,2
Odleżyny w okresie ciąży	Tak	3	14,3
	Nie	18	85,7
Żylna choroba zatorzakrzepowa w ciąży	Tak	0	0,0
	Nie	21	100,0
Stosowanie profilaktyki farmakologicznej ŻChZZ w ciąży	Tak	4	19,0
	Nie	17	81,0
Autonomiczna dysrefleksja (AD) w ciąży – dotyczy tylko SCI \geq Th6 (n=4)*	Tak	2	50,0*
	Nie	2	50,0*

przede wszystkim wypadki komunikacyjne (10 przypadków), u jednej badanej upadek z wysokości. Paraplegia częściowa występowała u 7. kobiet, paraplegia całkowita u 2., tetraplegia częściowa u 2. kobiet. Wysokość urazu kręgosłupa była zróżnicowana. Uraz na wysokości C5-C7 miała jedna z kobiet, C6 - również 1., Th 6 - 2 osoby, Th8 - 1 osoba, Th11-2 osoby, Th12- 1 kobieta, Th12-L1 - 3 kobiety. Wszystkie uczestniczki badania przebyły minimum jedną operację chirurgiczną związaną z przyczyną niepełnosprawności.

Problemy medyczne i funkcjonalne związane z niepełnosprawnością przedstawiono w tabeli 2. Najwięcej zmian w okresie ciąży dotyczyło funkcjonowania układu moczowego. Przed ciążą główną metodą opróżniania pęcherza moczowego było samocewnikowanie (IC) i manewr Credé - odpowiednio 10 i 8 kobiet. Zmianę sposobu opróżniania pęcherza moczowego w III trymestrze ciąży podało 7 pacjentek. Pięć kobiet zrezygnowało z samocewniko-

wania lub manewru Credé - stosowano tylko pieluchomajtki; u dwóch kobiet zastosowano cewnik na stałe. W badanej populacji kobiet, co najmniej jedno zakażenie objawowe rozwinęło się u 18. pacjentek (85,7%), nawracające ZUM u 13. (61,9%), a 8. ciężarnych było co najmniej raz hospitalizowane z tego powodu. Profilaktyczne stosowanie leków przeciwbakteryjnych w ciąży odnotowano u pięciu pacjentek (23,8%).

Zaparcie było najczęściej zgłaszaną dolegliwością dotyczącą dysfunkcji jelit (12 kobiet - 57,1%). Wszystkie respondentki przed ciążą poruszały się za pomocą wózka inwalidzkiego samodzielnie. W trzecim trymestrze ciąży spadek stanu funkcjonalnego wymagający pomocy innych osób podało 8 kobiet. Upadki w okresie ciąży zgłosiło pięć osób. Wszystkie związane były z transferem z wózka inwalidzkiego na łóżko lub do wanny.

Odleżyny w okresie ciąży zgłosiły 3 kobiety z rozszczepem kręgosłupa. U żadnej uczestniczki badania nie zmieniono wózka inwalidzkiego na

Tab. 3. Powikłania okresu ciąży

Zmienna		N	%
JUGR	Tak	3	14,3
	Nie	18	85,7
Cukrzyca ciążowa	Tak	5	23,8
	Nie	16	76,2
Zagrożający poród przedwczesny	Tak	7	33,3
	Nie	14	66,7
Infekcje układu moczowego	Tak	18	85,7
	Nie	3	14,3
Niedokrwistość	Tak	8	38,1
	Nie	13	61,9
Nadciśnienie w ciąży	Tak	4	19,0
	Nie	17	81,0
Niedoczynność tarczycy	Tak	3	14,3
	Nie	18	85,7

Tab. 4. Wyniki położnicze

Zmienna		N	%
Czas trwania ciąży	≥ 37 hbd	14	66,7
	< 37 hbd	7	33,3
Sposób rozwiązania ciąży	Cięcie cesarskie	17	81,0
	PSN	4	19,0
Wskazania do cięcia cesarskiego *	Neurologiczne/ neurochirurgiczne	17	62,5
	Stan po przebytym cięciu cesarskim	4	16,7
	Zagrażająca zamartwica płodu	3	12,5
	Przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego	1	4,3
Zastosowane znieczulenie	Ogólne	12	70,6
	Regionalne	5	29,4
Masa ciała noworodka	< 2500g	6	28,6
	≥ 2500g	15	71,4

* n=25 ze względu na wystąpienie więcej niż jednego wskazania

większy, ani nie zastosowano dodatkowej amortyzacji siedziska wózka.

Na podstawie dokumentacji medycznej najczęstszymi powikłaniami w okresie ciąży były: ZUM, zagrożający poród przedwczesny, niedokrwistość (tab. 3.).

Ponad 80% badanych kobiet miało wykonane cięcie cesarskie, a poród w 7. przypadkach odbył się przed ukończeniem 37. hbd (tab.4.). Najczęstszymi wskazaniami do cięcia cesarskiego były: wskazania neurologiczne/neurochirurgiczne (62,5%), stan po przebytych cięciu cesarskim (16,7%) i zagrażająca zamartwica płodu (12,5%). W większości przypadków zastosowano znieczulenie ogólne. PSN odbyły 4 kobiety. Wszystkie były po urazie rdzenia kręgowego (jedna - uraz na wysokości Th11, jedna –Th12, dwie – Th12–L1).

DYSKUSJA

W pracy opisano komplikacje, które pojawiły się w czasie ciąży u kobiet ze znacznym ograniczeniem mobilności ruchowej. W szczególności oceniono występowanie problemów urologicznych, skórnych, funkcjonalnych. Jednym z najczęściej pojawiających się powikłań w okresie ciąży u kobiet po SCI i rozszczepie kręgosłupa są problemy urologiczne. Podwyższone ciśnienie śródpecherzowe spowodowane albo małą podatnością pęcherza, albo neurogenną nadreaktywnością wypieracza, jest głównym czynnikiem ryzyka pogorszenia czynności nerek [7]. Ponadto, neurogenna dysfunkcja dolnych dróg moczowych może również prowadzić do nietrzymania moczu, konieczności częstszego cewnikowania czy też zmiany w sposobie opróżniania pęcherza moczowego i nawracających zakażeń układu moczowego (ZUM) [4,9]. W badaniach własnych, co najmniej jedno zakażenie objawowe rozwinęło się u 18. pacjentek (85,7%), nawracające ZUM u 13. (61,9%), a 8. ciężarnych było, co najmniej raz hospitalizowanych z tego powodu. Wysokie wskaźniki tego powikłania odnotowano również w badaniach innych autorów [2,9-11]. Przeprowadzona przez Pannek i wsp. metaanaliza postępowania u kobiet z zaburzeniami układu moczowego w przebiegu ciąży, obejmująca 13 badań retrospektywnych wykazała, że objawowe ZUM rozwinęło się w trakcie ciąży, co najmniej raz u 64% kobiet, a istotne znaczenie odgrywała metoda opróżniania pęcherza. Częstość występowania zakażeń była większa u kobiet z cewnikiem stałym (100%) w porównaniu z pacjentkami samocewnikującymi (38,5%), wykonującymi manewr Crede

(17%) czy z kobietami z samoistnym oddawaniem moczu (53,3%) [11]. Ze względu na brak konkretnych zaleceń dotyczących postępowania zapobiegającego występowaniu przewlekłych zakażeń układu moczowego u tych pacjentek w okresie ciąży, leczenie najczęściej oparte jest na doświadczeniach lekarzy. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion w przypadku SCI u ciężarnych sugeruje częste wykonywanie posiewów moczu lub stosowanie supresji antybiotykowej [12]. W badaniach własnych profilaktyczne stosowanie leków przeciwbakteryjnych w ciąży odnotowano u 5. pacjentek (23,8%). Przyrost masy ciała oraz powiększająca się macica mogą stanowić szczególne zagrożenie dla kobiet z zaburzeniami mobilności. Zmiany środka ciężkości mogą zwiększać ryzyko upadków. Kobiety, które korzystały z wózka inwalidzkiego przed poczęciem, mogą mieć, zwłaszcza w późnym okresie ciąży, ograniczoną mobilność funkcjonalną. Ponadto do zwiększenia się trudności z mobilnością i transferem z wózka inwalidzkiego może przyczynić się nasilająca spastyczność [4]. W badaniach Jackson i Wadley dotyczących przebiegu ciąży u kobiet po urazie rdzenia kręgowego (SCI) pogorszenie spastyczności zgłosiło 12% badanych, a zaburzenia mobilności 15,5% [13]. W innych badaniach zmniejszona mobilność dotyczyła 18% kobiet po SCI [14]. W badaniach własnych upadki w okresie ciąży zgłosiło 5 kobiet (23,5%), a ograniczenia funkcjonalne 8(38,1%) kobiet. Pomoc fizyczna innej osoby była potrzebna w III trymestrze ciąży przy transferze z wózka inwalidzkiego lub okresowym prowadzeniu wózka inwalidzkiego w przypadku dłuższych podróży.

Dodatkowy ciężar ciała może predysponować do wystąpienia odleżyn. Część kobiet ze znaczną dysfunkcją w obrębie narządu ruchu w celu zapewnienia odpowiedniej ochrony skóry, może wymagać zmiany wózka na większy lub dodatkowej jego amortyzacji [4]. U kobiet z urazem rdzenia kręgowego uszkodzenia skóry obserwowane były u 6% do 12% kobiet w ciąży, przy czym częściej narażone były ciężarne z uszkodzeniem rdzenia powyżej T5 [15]. W badaniach własnych uszkodzenia skóry w okresie ciąży zgłosiły 3 kobiety z rozszczepem kręgosłupa. U żadnej z objętych badaniem kobiet nie zmieniono wózka inwalidzkiego na większy, ani nie zastosowano dodatkowej amortyzacji siedziska wózka.

Jak podaje literatura przedmiotu, u kobiet z niepełnosprawnością fizyczną, zwłaszcza u kobiet z wysokimi uszkodzeniami kręgosłupa

w odcinku piersiowym lub szyjnym (powyżej Th5) częściej obserwuje się upośledzenie czynności układu oddechowego wynikające najczęściej z osłabienia mięśni oddechowych lub zmniejszenia klatki piersiowej w następstwie skrzywień kręgosłupa. Powiększająca się macica w okresie ciąży może ograniczyć dodatkowo ruchomość przepony [4]. W jednym z badań, 20% kobiet po urazie rdzenia doświadczało nasilenia zaburzeń oddechowych w czasie ciąży [15]. W badaniach własnych nie odnotowano podobnych przypadków. Cięża i połów to stan zwiększonego ryzyka mobilizacji procesu krzepnięcia, a tym samym choroby zakrzepowozatorowej (około 6x wyższe ryzyko) oraz zatorowości płucnej. Cięża wiąże się z wieloma potencjalnymi czynnikami ryzyka tego powikłania, może działać synergicznie z niepełnosprawnością [4]. W badaniach dotyczących przebiegu ciąży u kobiet po SCI powikłanie to pojawiło się u ponad 8% kobiet, a u kobiet bez niepełnosprawności u 0,1% [16]. W badaniach własnych nie odnotowano ŻCHZZ w okresie ciąży. Podobne wyniki uzyskali Bertschy i wsp. [7]. Zagrożenie ŻCHZZ skutkuje wprowadzaniem profilaktyki przeciwzakrzepowej u wielu kobiet, pomimo braku jednoznacznych dowodów, że korzyści z tej terapii przewyższają ryzyko. Stosowanie farmakologicznej profilaktyki ŻCHZZ należy prowadzić indywidualnie, opierając się na danych z wywiadu i ograniczeniu sprawności fizycznej [4].

Wśród innych powikłań okresu ciąży u kobiet z niepełnosprawnością fizyczną obserwuje się częstsze występowanie niedokrwistości. Może to wynikać z niedoborów żywieniowych lub jest to niedokrwistość w przebiegu choroby przewlekłej [17]. W analizowanym materiale własnym stwierdzono niedokrwistość u ośmiu badanych. Należy wykazać ostrożność przy stosowaniu preparatów żelaza w tej grupie kobiet, ze względu na powszechną skłonność do zaparc.

W badaniach własnych wykazano znaczny odsetek (81%) operacyjnego zakończenia ciąży w porównaniu do innych badań. Najczęstszymi wskazaniami były: wskazania neurologiczne/neurochirurgiczne (62,5%), stan po przebytych cięciu cesarskim (16,7%) i zagrażająca zamarzwica płodu (12,5%). Cztery kobiety, które odbyły PSN były po urazie rdzenia kręgowego (jedna - uraz na wysokości Th11, jedna – Th12, dwie – Th12–L1). Morton i in. w swoich badaniach nie wykazali istotnych różnic statystycznych w sposobie rozwiązania ciąży u kobiet z niepełnosprawnością i bez niej. Około dwie

trzy kobiety z niepełnosprawnością odbyło poród drogami rodnymi [2]. Wszystkie kobiety narażone na autonomiczną dysrefleksję (np. kobiety z SCI T6 i wyższe) otrzymały znieczulenie zewnątrzoponowe lub inne formy znieczulenia regionalnego zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Kolegium Położnictwa i Ginekologii z 2002 r. [12]. W badaniach Arata i wsp. cięcie cesarskie wykonano u 50% kobiet z rozszczepem kręgosłupa [18]. Chociaż istnieją okoliczności, w których cięcie cesarskie jest zalecane dla zapewnienia bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia kobiety i jej dziecka, decyzje te powinny być oparte na rzetelnych wskazaniach, niż wynikać z samego faktu istnienia niepełnosprawności [19]. Kobiety z niepełnosprawnością fizyczną wskazują, że często decyzja o sposobie rozwiązania ciąży podejmowana jest bez konsultacji z nimi. Takie postępowanie personelu medycznego przyczynia się do poczucia, że głównym wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego jest niepełnosprawność kobiety [4,20]. Ponadto ryzyko znieczulenia może być wyższe, zwłaszcza u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Cesarskie cięcie może być technicznie trudniejsze u kobiet ze względu na częstsze operacje brzuszne we wcześniejszych okresach życia [4].

Kobiety z niepełnosprawnością fizyczną narażone są w większym stopniu niż kobiety bez niepełnosprawności na przedwczesne ukończenie ciąży. W kilku opublikowanych wcześniej badaniach dotyczących doświadczeń związanych z ciążą u kobiet z SCI wykazano wyższy wskaźnik porodów przedwczesnych w porównaniu do kobiet bez niepełnosprawności (zakres 8% -19%) [21]. W badaniach Morton i in. wskaźnik przedwczesnych porodów wynosił 40% w grupie kobiet z niepełnosprawnością fizyczną [2]. W populacji kobiet z rozszczepem kręgosłupa wykazano 35% porodów przedwczesnych [18]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych (33,3%). Ponadto dzieci kobiet z niepełnosprawnością fizyczną rodzą się częściej z masą urodzeniową poniżej 2500g [4]. W badaniach własnych 28,6% noworodków miało masę urodzeniową poniżej 2500 g.

WNIOSKI

U kobiet ze znacznym ograniczeniem mobilności częściej występują zaburzenia zdrowotne związane z niepełnosprawnością i chorobami współistniejącymi, które stanowią czynniki ryzyka w ciąży. Problemy urologiczne stanowią najczęściej obserwowane powikłania. Cięża

znacznie częściej zostaje ukończona w sposób operacyjny, głównie ze wskazań wynikających z niepełnosprawności. W celu optymalnego

prowadzenia ciąży u kobiet ze znaczną niepełnosprawnością ruchową zaleca się skoordynowaną opiekę interdyscyplinarną.

1. **Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ et al.** General health, health conditions, and current pregnancy among U.S. women with and without chronic physical disabilities. *Disabil Health J.* 2014;7(2):181–188.
2. **Morton C, Le JT, Shahbandar L et al.** Pregnancy outcomes of women with physical disabilities: A matched cohort study. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation* 2013;5(2): 90-98.
3. **Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ et al.** Prevalence of current pregnancy among U.S. women with and without chronic physical disabilities. *Medical Care* 2013;51(6):555-562.
4. **Signore C, Spong CY, Krotoski D et al.** Pregnancy in women with physical disabilities. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(4):935-947.
5. **Dawood R, Altanis E, Ribes-Pastor P, Ashworth F.** Pregnancy and spinal cord injury. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2014;16:99–107.
6. **Mitra M, Clements KM, Zhang J et al.** Disparities in adverse preconception risk factors between women with and without disabilities. *Maternal and Child Health Journal* 2016; 20(3): 507-515.
7. **Bertschy S, Bostan C, Meyer T et al.** Medical complications during pregnancy and childbirth in women with SCI in Switzerland. *Spinal Cord* 2016; 54: 183–187.
8. **Gajjar DF, Ansar H, Singhal T.** Care of pregnant women with physical disabilities. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition* 2014; 99 (Suppl 1):A147.
9. **Biering-Sorensen F, Bagi P, Hoiby N.** Urinary tract infections in patients with spinal cord lesions: treatment and prevention. *Drugs* 2001;61:1275–1287.
10. **Sterling L, Keunen J, Wigdor E, et al.** Pregnancy outcomes in women with spinal cord lesion. *JOGC.* 2013; 35:39–43.
11. **Pannek J, Bertschy S.** Mission impossible? Urological management of patients with spinal cord injury during pregnancy: a systematic review. *Spinal Cord.* 2011; 49:1028–31.
12. **American College of Obstetrics and Gynecologists.** Obstetric management of patients with spinal cord injuries. ACOG Committee Opinion No. 275. *Obstet Gynecol* 2002;100:625-627.
13. **Jackson AB, Wadley V.** A multicenter study of women's self-reported reproductive health after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:1420-1428.
14. **Baker ER, Cardenas DD, Benedetti TJ.** Risks associated with pregnancy in spinal cord-injured women. *Obstet Gynecol* 1992;80:425-428.
15. **Westgren N, Hultling C, Levi et al.** Pregnancy and delivery in women with a traumatic spinal cord injury in Sweden, 1980–1991. *Obstet Gynecol* 1993;81:926–30.
16. **Ghidini A, Healey A, Andreani M et al.** Pregnancy and women with spinal cord injuries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:1006–10.
17. **Publications Committee Society For Maternal-Fetal Medicine.** Pregnancy in women with spinal cord injuries. *Contemporary OB/GYN* 2012; 58(2): 23.
18. **Arata M, Grover S, Dunne K, Bryan D.** Pregnancy outcome and complications in women with spina bifida. *J Reprod Med* 2000;45:743–8.
19. **Nosek MA, Howland C, Rintala DH et al.** National study of women with physical disabilities: Final report. *Sex Dis* 2001;19:5–39.
20. **Smeltzer SC, Zimmerman VL.** Health promotion interests of women with disabilities. *J Neurosci Nurs* 2005; 37:80–6.
21. **Westgren N, Hultling C, Levi R, Westgren M.** Pregnancy and delivery in women with a traumatic spinal cord injury in Sweden, 1980-1991. *Obset Gynecol* 1993;81:926-930.