



**Zalecenia Komitetu
ds. Planowania Rodziny
przy Sekcji Rekomendacji
i Inicjatyw Klinicznych PTR**

1. „Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, porodu i karmienia piersią u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów oraz inne zapalne choroby stawów”.

dr hab. n. med. Marzena Olesińska

Klinika i Poliklinika Układowych Chorób Tkanki Łącznej; Instytut Reumatologii;
Warszawa

2. „Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, porodu i karmienia piersią u chorych na toczeń rumieniowaty układowy”.

prof. dr hab. n. med. Maria Majdan

Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej; Uniwersytet
Medyczny w Lublinie; Lublin

3. „Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, porodu i karmienia piersią u chorych z zespołem antyfosfolipidowym”.

dr n. med. Lidia Ostanek

Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych; Pomorski Uniwersytet Medyczny;
Szczecin

4. „Rekomendacje postępowania położniczego oraz zasad współpracy reumatologiczno-położniczej u kobiet w ciąży z chorobami reumatycznymi”.

dr n. med. Justyna Teliga-Czajkowska¹, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski², prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel³

¹Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WNoZ, WUM; Warszawa

²II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM; Warszawa

³Pracownia Perinatologii i Kardiologii Perinatalnej przy II katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM; Warszawa

5. „Zasady edukacji i komunikacji z pacjentami chorymi na choroby reumatyczne w aspekcie planowania ciąży”.

dr n. med. Mariola Kosowicz

Zakład Psychoonkologii; Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie;
Warszawa

Patronat Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wiland, Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych; Uniwersytecki Szpital Kliniczny;
Wrocław

1. Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, połogu i karmienia piersią u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów oraz inne zapalne choroby stawów

dr hab. n. med. Marzena Olesińska



1. Edukacja chorego

Konieczne jest, by lekarz reumatolog omówił z chorym na zapalną chorobę stawów (Z.Ch.S.) planującym rodzicielstwo zagadnienia wpływu choroby (jej aktywności, leczenia) na możliwość prokreacji i bezpieczeństwo ciąży.

2. Ocena niekorzystnego wpływu choroby

U pacjentki planującej ciążę należy przeprowadzić ocenę stanu choroby (aktywności, uszkodzenia narządów wewnętrznych) i zdefiniować czynniki ryzyka powikłań ciąży (np. przeciwciała antyfosfolipidowe, anty-SSA /Ro, anty-SSB /La).

3. Planowanie ciąży

Korzystnym dla przyszłej matki i rozwijającego się dziecka jest zaplanowanie ciąży w okresie utrzymującej się co najmniej 6 miesięcy remisji lub małej aktywności choroby.

4. Bezpieczeństwo leczenia

W okresie planowania ciąży należy odstawić leki o niekorzystnym lub nieznanym wpływie na rozwój zarodka i płodu, w tym następujące leki przeciwreumatyczne: metotreksat, leflunomid, cyklofosfamid, mykofenolan mofetylu, a z leków biologicznych abatacept, tocilizumab i rytuksymab. Inhibitory TNF- α należy odstawić zaraz po stwierdzeniu ciąży.

5. Odpowiednie leczenie

Decyzja o rodzaju leczenia chorej na Z.Ch.S. w ciąży i laktacji powinna uwzględniać konieczność skutecznej redukcji aktywności choroby matki oraz bezpieczeństwo dziecka. Wśród leków dopuszczonych do stosowania w ciąży są leki antymalaryczne, sulfasalazyna, azatiopryna, cyklosporyna, glikokortykosteroidy oraz NLPZ.

1. Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, połogu i karmienia piersią u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów oraz inne zapalne choroby stawów

dr hab. n. med. Marzena Olesińska



6. Monitorowanie aktywności choroby

Przez okres ciąży należy monitorować aktywność zapalnej choroby stawów co 4-12 tygodni, w zależności od stanu pacjentki.

7. Choroby towarzyszące

Należy także kontrolować i leczyć stany często wikłające przebieg ciąży, takie jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zakażenia dróg moczowych.

8. Łączona opieka specjalistyczna

Zaleca się by opieka nad chorą na Z.Ch.S. w ciąży była sprawowana przez zespół specjalistów: reumatologa, położnika i pediatry (neonatologa) oraz innych specjalistów, zależnie od przebiegu choroby matki.

9. Wsparcie chorego

Z uwagi na szczególną sytuację emocjonalną pacjentów z chorobą reumatyczną planujących rodzinę konieczne jest zapewnienie tym chorym wsparcia psychicznego.

dr hab. n. med. Marzena Olesińska

**Klinika i Poliklinika Układowych Chorób Tkanki Łącznej;
Instytut Reumatologii; Warszawa**

2. Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, połogu i karmienia piersią u chorych na toczeń rumieniowaty układowy

prof. dr hab. n. med. Maria Majdan



1. Przed planowaniem ciąży u chorej na toczeń rumieniowaty układowy (TRU) należy ocenić aktywność choroby oraz stopień nieodwracalnego uszkodzenia narządów.
2. Najkorzystniejsze jest planowanie ciąży u kobiet na TRU z osiągniętą niską aktywnością choroby lub w okresie remisji trwającej przynajmniej 6 miesięcy.
3. Przed planowaną ciążą u chorej na TRU należy wykonać oznaczenie autoprzeciwciał, których obecność może łączyć się ze specyficznymi problemami ciążowymi :
 - przeciwciała antyfosfolipidowe (aCL; anty B2GPI; LAC)
 - przeciwciała anty-SSA/Ro; anty-SSB/La
4. Przed planowaniem ciąży u chorej na TRU należy odpowiednio dostosować leczenie; szczególnie wskazane jest stosowanie hydroksychlorochiny, która obniża aktywność choroby w czasie ciąży bez negatywnego wpływu na dziecko.
5. Intensywność leczenia TRU nie powinna być zredukowana przy zaistnieniu ciąży.
6. W czasie ciąży u chorych na TRU mogą być stosowane: glukokortykoidy, aspiryna w małych dawkach, heparyny drobnocząsteczkowe, immunoglobuliny, paracetamol.
7. Można stosować w czasie ciąży przy zachowaniu ostrożności: hydroksychlorochinę, chlorochinę, azatioprynę, cyklosporynę.
8. W czasie ciąży przeciwwskazane jest stosowanie: cyklofosfamidu, metotreksatu, leflunomidu, mykofenolanu mofetylu, leków biologicznych oraz w trzecim trymestrze NLPZ.

2. Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, połogu i karmienia piersią u chorych na toczeń rumieniowaty układowy

prof. dr hab. n. med. Maria Majdan



9. U chorych na TRU z przeciwciałami anty Ro i anty La, które mogą przechodzić przez łożysko, istnieje zwiększone ryzyko rozwoju tocznia noworodkowego ze zmianami skórnymi, cytopeniami oraz u niektórych noworodków wrodzonego bloku serca. Zaleca się monitorowanie serca płodu w czasie ciąży u chorych na TRU z przeciwciałami anty Ro i anty La pod kątem wystąpienia tego powikłania.
10. Chore na TRU z toczniowym zapaleniem nerek mają duże ryzyko rozwoju związanego z ciążą nadciśnienia tętniczego i mają większe ryzyko zaostrzenia choroby nerek w czasie ciąży. Chore na toczniowe zapalenie nerek w czasie ciąży wymagają rygorystycznej kontroli ciśnienia oraz monitorowania pracy nerek a w razie zaostrzeń leczenia immunosupresyjnego toczniowego zapalenia nerek. Preferowane leki to glukokortykoidy, azatiopryna, hydroksychlorochina. W szczególnych przypadkach może być podana cyklosporyna oraz wlewy immunoglobulin.
11. U chorych na TRU z rozpoznany wtórnym zespołem antyfosfolipidowym przez całą ciążę należy stosować heparynę drobnocząsteczkową oraz aspirynę w małych dawkach.
12. Chora na TRU powinna być monitorowana w ciąży co miesiąc przez współpracujących ze sobą położnika i reumatologa.

prof. dr hab. n. med. Maria Majdan

**Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej;
Uniwersytet Medyczny w Lublinie; Lublin**

3. Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, połogu i karmienia piersią u chorych z zespołem antyfosfolipidowym

dr n. med. Lidia Ostanek



1. Chora na zespół antyfosfolipidowy (APS) w okresie rozrodczym, zwłaszcza planująca ciążę powinna być dokładnie poinformowana o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań, w tym ciężkich, które mogą wystąpić w przebiegu ciąży i w okresie okołoporodowym, nawet w przypadku zastosowania właściwego leczenia.
2. Obowiązuje bezwzględny zakaz palenia papierosów.
3. Ciąża powinna być odradzana w następujących sytuacjach klinicznych:
 - ciężkie nadciśnienie płucne (ciśnienie skurczowe w tętnicy płucnej $>50\text{mmHg}$ lub objawowe)
 - niewydolność serca
 - przewlekła niewydolność nerek (stężenie kreatyniny $\geq 2,6\text{mg/dl}$)
 - wcześniej przebyte ciężkie stany przedrzucawkowe, rzucawka lub zespół HELLP pomimo leczenia aspiryną i heparyną
 - udar mózgu w czasie ostatnich 6 msc.
 - ciężkie zaostrzenie SLE w czasie ostatnich 6 msc.
4. Przed ciążą powinien być oznaczony pełen profil przeciwciał antyfosfolipidowych (aPL): antykoagulant toczniowy (LA), przeciwciała antykardiolipinowe (aCL), przeciwciała przeciw B2GPI (aB2GPI).
5. Ciężarne pacjentki z APS powinny być leczone przez zespół wielodyscyplinarny: reumatologa, ginekologa, a w uzasadnionych przypadkach również hematologa.
6. Proponowany schemat opieki nad ciężarną z APS:
 - wizyty co 4 tyg. do 26-28 Hbd., a następnie co 1-2 tyg.
 - na każdej wizycie pomiar ciśnienia tętniczego krwi (RR), a o ile to możliwe co tydzień w warunkach domowych
 - badanie moczu co 1 msc. W przypadku \uparrow białkomoczu \uparrow RR ocena białkomoczu dobowego
 - zachowanie szczególnej czujności pod względem wystąpienia objawów potencjalnej zakrzepicy (na każdej wizycie). W przypadku jej podejrzenia - badanie usg metodą Dopplera
 - ścisły monitoring pod kątem wystąpienia objawów stanu przedrzucawkowego (ból głowy, ból brzucha, zaburzenia widzenia, zaburzenia świadomości) na każdej wizycie >20 Hbd.
 - ultrasonograficzna, położnicza i dopplerowska ocena: przepływów maciczno-łożyskowych od 18-20 Hbd., wielkości płodu, ilości płynu owodniowego i ogólnego stanu płodu, przepływów w tętnicy pępowinowej

3. Płodność, planowanie ciąży i farmakoterapia w okresie ciąży, połogu i karmienia piersią u chorych z zespołem antyfosfolipidowym

dr n. med. Lidia Ostanek



7. Sugerowany schemat leczenia zespołu antyfosfolipidowego w ciąży.

7.1. Pacjentki z APS bez wcześniejszej zakrzepicy i z nawracającymi wczesnymi (okres przedembrionalny lub embrionalny) poronieniami:

tylko niskie dawki aspiryny lub łącznie z: albo niefrakcjonowaną heparyną (5000-7500 IU sc. co 12 godz.) lub LMWH w dawce profilaktycznej (enoxaparyna 40mg sc./24 godz., tinzaparyna 4500 U sc./24 godz., dalteparyna 5000 U sc./24 godz.) Po porodzie profilaktyka przeciwzakrzepowa z zastosowaniem warfaryny lub lepiej LMWH do 6 tyg.

7.2. Pacjentki z APS bez wcześniejszej zakrzepicy i z izolowanymi nawracającymi utratami ciąży pod postacią ciąży obumarłej (>10 Hbd.) lub wcześniejszym porodem przedwczesnym(<34 Hbd.) w przebiegu wczesnego stanu przedrzucawkowego lub niewydolności łożyska:

niskie dawki aspiryny plus profilaktyczne lub średnie dawki heparyny niefrakcjonowanej (7500-10000 IU sc. co 12 godz., lub co 8-12 godzin dostosowane do wydłużenia APTT), lub LMWH w dawkach niskich lub pośrednich (enoksaparyna 40-60 mg sc./24 godz., dalteparyna 5000 U sc./24 godz., lub tinzaparyna 4500 U sc./24 godz.) Po porodzie profilaktyka przeciwzakrzepowa z heparyną lub lepiej LMWH do 6 tyg.

7.3. Pacjentki z APS i wcześniejszą zakrzepicą :

niskie dawki aspiryny plus terapeutyczne dawki heparyny niefrakcjonowanej (sc. co 8-12 godz., w dawce wydłużającej wyjściowe wartości APTT 1,5-2 razy) lub LMWH w dawce terapeutycznej (enoxaparyna 1mg/kg.c.c. sc./24 godz., dalteparyna 100 U/kg.c.c. co 12 godz., lub enoxaparyna 1,5 mg./k.c.c./24 godz., lub dalteparyna 200 U/kg.c.c./24 godz.). Po porodzie warfaryna lub LMWH w dawce terapeutycznej, jeśli są wskazania, nawet do końca życia.

We wszystkich przypadkach dodatkowo suplementacja wapnia (1000 mg/dzień) i wit. D (800 IU/dzień).

dr n. med. Lidia Ostanek

**Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych;
Pomorski Uniwersytet Medyczny; Szczecin**

4. Rekomendacje postępowania położniczego oraz zasad współpracy reumatologiczno-położniczej u kobiet w ciąży z chorobami reumatycznymi.

dr n. med. Justyna Teliga-Czajkowska

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski

prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel



1. Planowanie ciąży powinno nastąpić w okresie co najmniej półrocznej remisji lub stabilizacji choroby podstawowej i przy optymalizacji leczenia ze względu na embriotoksyczność. Opieka przedkoncepcyjna wymaga ścisłej współpracy reumatologiczno-położniczej.
2. W przypadku konieczności odroczenia planów prokreacyjnych należy stosować skuteczną antykoncepcję. Bezpieczne dla wszystkich pacjentek chorych na choroby reumatyczne metody zapobiegania ciąży to, według bezpieczeństwa (nie skuteczności): metody barierowe (prezerwatywa, kapturek, diafragma z/lub bez kremów plemnikobójczych), wkładka wewnątrzmaciczna, preparaty progestagenowe (tylko niskodawkowe, zawierające progestageny II generacji). Ze względu na zwiększony potencjał zakrzepowy hormonalnych metod antykoncepcyjnych należy unikać preparatów złożonych zawierających estrogeny oraz progestagen III generacji oraz jednoskładnikowych zawierających wysokie dawki progestagenów. U pacjentek ze stabilnym przebiegiem TRU nawet z dodatnimi przeciwciałami antyfosfolipidowymi ale bez APS, dopuszcza się stosowanie preparatów złożonych estrogen + progestagen II generacji, mając jednak na uwadze średnie zwiększenie ryzyka zakrzepowego (RR 1,4).
3. Planując ciążę należy pacjentkę poinformować o możliwości wystąpienia powikłań położniczych: straty ciąży (poronienia), porodu przedwczesnego, PIH - nadciśnienia indukowanego ciążą i stanu przedrzucawkowego, IUGR - zahamowania wewnątrzmacicznego wzrastania płodu oraz o ryzyku zaostrzenia TRU, APS oraz rozwoju tocznia noworodkowego.
4. Przed ciążą należy wykonać badania w celu wykrycia niedokrwistości, małopłytkowości, choroby nerek (badanie ogólne moczu, stężenie kreatyniny [optymalnie poniżej 1,4 mg%], klirens kreatyniny [optymalnie powyżej 60 ml/min], białko w dobowej zbiorce moczu [poniżej 3 g/dobę], białko całkowite i albuminy w surowicy krwi). Dodatkowo określa się występowanie przeciwciał antyfosfolipidowych, przeciwciał anti-Ro/SS-A i anti-La/SS-B.

4. Rekomendacje postępowania położniczego oraz zasad współpracy reumatologiczno-położniczej u kobiet w ciąży z chorobami reumatycznymi.

dr n. med. Justyna Teliga-Czajkowska

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski

prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel



5. Po potwierdzeniu ciąży zaleca się oprócz badania przedmiotowego, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, oznaczenie morfologii krwi, badania ogólnego moczu GFR oraz przeciwciał aPL, anty Ro/SS-A, anty La/SS-B jeśli nie były oznaczane przed ciążą. W odstępach nie dłuższych niż comiesięcznych, powinny być wykonywane badanie ogólne moczu, morfologia krwi z liczbą płytek, pomiar ciśnienia tętniczego krwi a raz w trymestrze GFR, stężenie mocznika i kwasu moczowego oraz u pacjentek przyjmujących leczenie immunomodulujące - posiew moczu.
6. Pomocne w różnicowaniu zaostrenia choroby podstawowej i stanu przedrzucawkowego będzie oznaczenia przeciwciał anty-dsDNA i komplementu C3 i C4, CH50. Jeżeli w przeszłości występował stan przedrzucawkowy, szczególnie pojawiający się wcześniej, warto rozważyć profilaktykę niskimi dawkami ASA (Ib/A).
7. U pacjentek ciężarnych z chorobami układowymi tkanki łącznej konieczne jest przeprowadzenie zalecanych dokładnych badań ultrasonograficznych płodu. Pierwsze, z oceną przezierności karku oraz częstości rytmu serca powinno być wykonane między 11 a 13.6 tygodniem ciąży. Częstość rytmu serca musi być podana liczbowo. W przypadkach kobiet, u których są dodatnie przeciwciała anty-Ro (SS-A) i/lub anty-LA (SS-B) zalecany jest pomiar czasu przewodzenia przedsionkowo – komorowego (AV) między 15 a 22 tygodniem ciąży co 7 dni, a po 22 tygodniu ciąży 1 raz w miesiącu. Pomiar czasu wykonywany jest w badaniu dopplerowskim, od początku fali A w napływie przez zastawkę mitralną do otwarcia zastawki aortalnej. Norma wynosi między 110 a 150 ms. Jeśli czas jest powyżej 150 ms konieczna jest pilna konsultacja w referencyjnym ośrodku kardiologii prenatalnej w celu podjęcia decyzji dotyczącej wdrożenia leczenia przezłożyskowego.
8. W grupie pacjentek z APS, nadciśnieniem tętniczym sprzed ciąży i z PIH od 28-30 tygodnia ciąży, u kobiet z IUGR od momentu wystąpienia patologii, zaleca się cotygodniowy test niestresowy wraz z przepływami Dopplerowskimi.
9. Ze względu na konieczność wzmocnienia nadzoru nad dobrostanem płodu, sugeruje się przyjęcie pacjentki do końcowej hospitalizacji między 36 a 38 tygodniem ciąży (wcześniej o ile występują objawy IUGR, stanu przedrzucawkowego, HELLP). Sugerowane badania to: codzienne testy nie stresowe, ocena biometrii i przepływów Dopplerowskich w naczyniach płodu i ew. test stresowy – OCT - sprawdzający wydolność łożyska.

4. Rekomendacje postępowania położniczego oraz zasad współpracy reumatologiczno-położniczej u kobiet w ciąży z chorobami reumatycznymi.

dr n. med. Justyna Teliga-Czajkowska

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski

prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel



10. Przy braku powikłań położniczych i zaostrzeń choroby podstawowej zaleca się poród około wyznaczonego terminu porodu. Powinno się unikać ciąży przeterminowanej i ew. rozważyć indukcję porodu. Sugerowana metoda porodu u pacjentek z chorobami reumatycznymi to poród drogami natury, a cięcie cesarskie ze wskazań położniczych. Na wybór drogi porodu mają również wpływ inne wskazania medyczne (np. uogólniony obrzęk płodu, szanse na przeżycie a cięcie cesarskie), wskazania organizacyjne (konieczność dalszej diagnostyki), dalsze postępowanie z noworodkiem (np. odesłanie). Niezależnie od ew. zaostrzeń sugeruje się podawanie sterydów w czasie porodu i cięcia cesarskiego wszystkim pacjentkom otrzymującym przewlekłe sterydy celem wyrównania spodziewanej niewydolności nadnerczy. Szeroko akceptowany schemat to trzy dawki po 100 mg hydrocortisonu IV co 8 godzin (IIb/B).
11. Przy porodzie dziecka kobiety z chorobą reumatyczną powinien być obecny pediatra/neonatolog. Wśród częstych patologii obserwowanych u tych dzieci jest zbyt mała masa urodzeniowa w stosunku do wieku ciążowego - SGA, rzadziej zaburzenia rytmu - bradykardia, bloki przedsionkowo-komorowe (u pacjentek z dodatnimi przeciwciałami Ro/SSA), nadciśnienie tętnicze (zwłaszcza przy wysokodawkowej sterydoterapii matki) oraz przejściowy toczeń noworodków.
12. Ze względu na podwyższone ryzyko zaostrzenia choroby podstawowej w okresie połogu należy zaraz po porodzie wdrożyć leczenie podtrzymujące w dawkach jak w ciąży. W przypadku terapii sterydami istotna jest profilaktyka zakażeń okołoporodowych. Modyfikacja dawki powinna zostać ustalona w trybie ambulatoryjnym przez reumatologa w ciągu 6 tygodni połogu.

dr n. med. Justyna Teliga-Czajkowska¹

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski²

prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel³

¹ Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WNoZ, ² II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM, ³ Pracownia Perinatologii i Kardiologii Perinatalnej przy II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii; Warszawski Uniwersytet Medyczny; Warszawa

5. Zasady edukacji i komunikacji z pacjentami chorymi na choroby reumatyczne w aspekcie planowania ciąży

dr n. med. Mariola Kosowicz



1. Rozmowa z pacjentką na temat ewentualnego planowania ciąży powinna mieć miejsce podczas pierwszej wizyty lekarskiej.
2. W sytuacji kiedy pacjentka nie jest gotowa do rozmowy na temat planowania ciąży, należy to uszanować i poinformować pacjentkę o wskazaniu powrotu do tematu w najbardziej dogodnym dla niej czasie.
3. Poruszając temat planowania ciąży należy upewnić się czy pacjentka wyraża zgodę na rozmowę w obecności współpartnera. W takiej sytuacji warto zasugerować, że obecność partnera może stanowić bardzo ważny element wsparcia w całym okresie przygotowań do zajścia w ciążę.
4. Rozpoczynając rozmowę należy zadać pytania, dzięki którym można poznać sposób myślenia pacjentki na temat planowania ewentualnego macierzyństwa, szczególnie w kontekście choroby reumatycznej. Dopiero na tej podstawie zweryfikować te przekonania, które mogą powodować niekorzystną, lękową postawę pacjentki wobec planowania ciąży.
5. Język przekazu informacji należy dostosować do możliwości poznawczych pacjentki oraz upewnić się czy przekazane treści zostały odpowiednio zrozumiane. Stosować powtórzenia. Utrzymywać kontakt wzrokowy. Zwracać uwagę na komunikaty pozawerbalne pacjentki.
6. Informacje powinny zawierać treści dotyczące: aspektów medycznych planowania ciąży, ewentualnych działań medycznych podczas trwania ciąży, ryzyka powikłań, dla matki i dziecka, w trakcie ciąży oraz po jej rozwiązaniu. Przede wszystkim jednak należy zwracać uwagę na indywidualne potrzeby i dylematy pacjentki w zakresie treści dotyczących planowania macierzyństwa.

5. Zasady edukacji i komunikacji z pacjentami chorymi na choroby reumatyczne w aspekcie planowania ciąży

dr n. med. Mariola Kosowicz



7. W razie potrzeby zachęcać pacjentkę do zapisywania ewentualnych pytań, wątpliwości i do przedstawienia ich lekarzowi w trakcie wizyty.
8. Planując procedury medyczne przygotowujące pacjentkę do zajścia w ciążę należy w sposób usystematyzowany przedstawić poszczególne działania dzieląc je na etapy. Unikać nadmiaru informacji.
9. Przy każdej wizycie kontrolnej, obok dolegliwości fizycznych, należy monitorować problemy psychiczne pacjentki. Szczególną uwagę należy zwrócić na objawy świadczące o depresji, która nierzadko współwystępuje z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Należy pamiętać o depresji maskowanej, która objawia się pod postacią wzmożonych objawów somatycznych. W razie wątpliwości skierować pacjentkę na konsultację z lekarzem psychiatrą lub psychologiem klinicznym.
10. W sytuacji podjęcia przez pacjentkę decyzji o zajściu w ciążę warto rozważyć konsultacje z psychologiem klinicznym, szczególnie w kwestii omówienia motywacji do podjęcia decyzji o posiadaniu dziecka.
11. Wyżej wymienione zalecenia dotyczą również rozmowy lekarza z mężczyzną chorym na chorobę reumatyczną, planującym rodzicielstwo.

dr n. med. Mariola Kosowicz

Zakład Psychoonkologii; Centrum Onkologii,
Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; Warszawa