



ZDETERMINOWANI DO RODZICIELSTWA

tekst: Adriana Urgacz-Kuźniak

*Za nami Dzień Matki i Dzień Dziecka. Przed nami – Dzień Ojca. Rodzina. Niektórzy zakładają ją przez przypadek. Inni – zgodnie z kolejną rzeczą lub opracowanym w głowie planem. Są jednak i tacy, którzy walczą lat kilka lub kilkanaście, by usłyszeć upragnione MAMO i TATO. O nich właśnie rozmawiamy z **DR N. MED. MARIUSZEM KIECKĄ**, prezesem Angelius Szpitala Provita oraz Kliniki Leczenia Niepłodności Angelius Provita w Katowicach, specjalistką endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości.*



dr n. med. Mariusz Kiecka

Jeśli rozejrzemy się wokół i zbierzemy zasłyszane w rodzinie i wśród znajomych historie, możemy odnieść wrażenie, że problem niepłodności w Polsce narasta. Czy tak jest w rzeczywistości?

Skala jest wysoka, ale obecnie nie narasta już tak szybko. Dotychczasowy wzrost związany był z tym, że pojawiały się nowe możliwości diagnostyczne i rosła świadomość. Ludzie zaczęli sobie zdawać sprawę z tego, że to jest choroba i można ją leczyć. Obecnie problem niepłodności utrzymuje się na poziomie od 15 do 20% wszystkich par starających się o ciążę. Można powiedzieć, że co 5 taka para zmierzy się z tym problemem. Szacuje się, że w skali kraju jest to około 1 300 000 osób. Tak wysoki wskaźnik utrzymuje się również w innych krajach Europy Zachodniej, a także w Stanach Zjednoczonych, gdy tymczasem w krajach biedniejszych wskaźnik niepłodności jest niższy. Coraz bardziej podkreśla się, że największy wpływ na to mają czynniki cywilizacyjne, czyli sposób, w jaki żyjemy, to co jemy, zanieczyszczenie środowiska, stres, czy otyłość. Należy do tego dodać otaczającą nas elektronikę i fale elektromagnetyczne. Nie bez znaczenia jest również to, że kobiety późno decydują się na ciążę. Kiedyś rodziły 18 - 22-letnie dziewczyny, a w tej chwili średnia wieku Europejki, które są gotowe na pierwsze dziecko to 33,5 roku. To jest zrozumiałe. Młodzi ludzie stawiają na edukację, zdobycie doświadczenia zawodowego, zakup mieszkania czy też podróże. Decyzja o założeniu rodziny następuje w związku z tym często wtedy, kiedy płodność nie jest już na szczytowym poziomie.

Kiedy zatem, ze względów biologicznych, warto zdecydować się na dziecko?

Szczyt płodności kobiet przypada na okres pomiędzy 18 a 25 rokiem życia, potem lekko opadając utrzymuje się do 35 roku życia, a następnie gwałtownie spada. W przypadku mężczyzn przez lata wydawało się, że jest inaczej, że do późnej starości mają wysoki potencjał rozrodczy. Najnowsze dane wskazują jednak, że tak nie jest. Ich płodność też się zmniejsza. Z wiekiem pogarsza się jakość nasienia, co skutkuje większym odsetkiem poronień i powstawaniem nieprawidłowych zarodków.

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat parametry nasienia mężczyzn znacznie się pogorszyły. Pierwsze badania związane z męską płodnością pojawiły się po II wojnie światowej. Początkowo uważano, że płodny mężczyzna powinien mieć przynajmniej 60 milionów plemników w mililitrze nasienia. Taki pogląd funkcjonował przez wiele kolejnych lat. Później jednak, gdy coraz bardziej wnikliwie przeglądano się płodności mężczyzn, zaczęły się pojawiać wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia. Pierwsze zostały określone na poziomie 20 milionów plemników w mililitrze. Okazało się bowiem, że gdybyśmy dalej przyjmowali normę 60 milionów, spełniałoby ją najwyżej 20% mężczyzn. Norma ta po raz kolejny została zmieniona w 2010 roku, do 15 milionów. Zatem w tej chwili uważa się, że mężczyzna, który ma 15 milionów plemników w mililitrze i pozostałe prawidłowe parametry, jest

mężczyzną, który ma dobre nasienie. Te zmiany wiążą się z tym, że coraz mniej jest mężczyzn, którzy spełnialiby wcześniejsze normy. Co więcej, trudno powiedzieć, czy to ostateczna wartość i czy wkrótce znowu nie ulegnie zmniejszeniu.

Dlaczego tak się dzieje?

Najbardziej prawdopodobne czynniki, które bierze się pod uwagę, związane są z postępem cywilizacyjnym. Duże znaczenie ma to, co jemy, a w szczególności obecne w pożywieniu estrogeny. Ten hormon podawany jest zwierzętom hodowlanym, a działa bardzo niekorzystnie na spermatogenezę.

Czy przepisy unijne nie próbują uregulować tej kwestii?

Unia Europejska zdaje się nie doceniać problemu. W końcu jednak zostanie on zauważony, ponieważ rodzi się coraz mniej ludzi, co częściowo próbuje się regulować przyjmując imigrantów.

Kto częściej musi być leczony z powodu niepłodności, kobiety czy mężczyźni?

Pół na pół. W przypadku par, które pojawiają się w naszej klinice, problem najczęściej występuje po obu stronach. Najczęściej jest tak, że kobieta ma obniżoną płodność, a mężczyzna ma słabsze nasienie. Oczywiście zdarza się i tak, że występują przypadki kompensacji płodności - parę stanowią np. mężczyzna o bardzo słabym nasieniu i bardzo płodna kobieta, dzięki czemu para nie podejrzewa, że coś jest nie tak. Bardzo duży potencjał rozrodczy partnerki powoduje, że dochodzi do ciąży. W drugą stronę tak samo - są kobiety, które mają dwie albo trzy prawidłowe owulacje w roku, ale bardzo płodny partner powoduje, że dochodzi do zapłodnienia i wówczas para nie wie o problemie.

Jak długo pary potrafią walczyć o to, by zostać rodzicami?

W swojej praktyce pamiętam pacjentów, którzy po 15 latach czekania i 8 procedurach in vitro uzyskali ciążę i urodziło się zdrowe dziecko. Takich jest jednak niewiele, można ich na palcach policzyć. Wynika to z kilku powodów. Po pierwsze koszty - są to drogie procedury, dlatego pacjenci często nie podchodzą do takiej liczby procedur, która dałaby im maksymalne szanse na ciążę. W krajach, w których od lat refundowane są procedury in vitro, finansuje się od 3 do 6 prób. To wynika ze statystyk. Po trzech procedurach in vitro ciążę uzyskuje około 75% par, a po sześciu ten wskaźnik rośnie do 90 kilku procent, bo, niestety, są i takie pary, którym nie da się pomóc z różnych powodów. Kiedy w Polsce realizowany był program, finansowane przez państwo były trzy procedury. Teraz, gdy trzeba za to płacić z własnej kieszeni, par, które wytrzymują finansowo 3 procedury jest mniej. Należy jednak zauważyć, że obecnie i tak jest lepiej niż w okresie przed wprowadzeniem ministerialnego programu, ponieważ refundowane są leki, których koszt waha się między 3000 a 5000 zł. W tej chwili pacjenci zapłacą za nie ok. 300 - 500 zł. Same procedury kosztują z kolei ok. 7000 zł, a łącznie z diagnostyką, którą w tym przypadku trzeba przeprowadzić, przygotowanie zamyka się najczęściej w kwocie ok. 10 000 zł. Wcześniej, łącznie z lekami,



Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat parametry nasienia męczyzn znacznie się pogorszyły. Pierwsze badania związane z męską płodnością pojawiły się po II wojnie światowej. Początkowo uważano, że płodny mężczyzna powinien mieć przynajmniej 60 milionów plemników w mililitrze nasienia.



koszt wynosił około 15 000 zł. W tym okresie, w którym państwo refundowało zabiegi i leki, koszt procedury in vitro dla pacjenta mógł się zamknąć w kwocie 1000 zł.

Główną przeszkodą, przez którą nie jest zrealizowany pełen program medyczny, są zatem pieniądze. Co jeszcze?

Cóż, kolejną grupą par, które nie zdążą przeprowadzić odpowiedniej liczby procedur są takie, które rozpoczęły je zbyt późno. Jeśli kobieta ma poniżej 35 lat, szanse zajścia w ciążę z procedury in vitro kształtują się na poziomie 35 - 40%, a później maleją. U kobiety po 40 roku życia wynoszą od 10 do 15%. W takich przypadkach szybciej podejmowane są decyzje o ograniczeniu liczby procedur z własnymi komórkami jajowymi. W tych przypadkach dostępną opcją postępowania jest skorzystanie z komórek jajowych dawczyni lub rozpoczęcie procesu adopcyjnego. Takie pary nie przechodzą kolejnych 5-6 procedur in vitro dlatego, że nie mają już czasu. Bo przecież dziecko, jeśli się pojawi, trzeba jeszcze wychować.

Czy zdarza się, że w klinice podejmują leczenie kobiety po 50 roku życia?

Generalnie nie wykonujemy procedur in vitro u kobiet po 50 roku życia, choć temat dla wszystkich jest niełatwy. Obecnie w Polsce nie ma ograniczenia wieku, w którym kobiety mogą poddać się procedurze in vitro. Są kraje w których takie ograniczenia zostały wprowadzone ustawowo. W naszej klinice staramy się skończyć leczenie kiedy kobiety nie ukończyły 45-50 lat, mimo że możliwości prawne ku temu istnieją. Wiemy, że niektóre kobiety w tym wieku są w doskonałej formie zdrowotnej, ale zdrowy rozsądek nakazuje, aby tym pacjentkom odradzać macierzyństwo.

Panie doktorze, wiem, że każdy przypadek jest inny, ale - w wielkim skrócie - jaką drogę musi przejść para starająca się o dziecko?

Na początku jest diagnoza potwierdzająca lub wykluczająca to, czy jest owulacja, czy są drożne jajowody i czy są plemniki w nasieniu. To są 3 kluczowe rzeczy. Informacja, którą staramy się uzyskać dosyć szybko, szczególnie u kobiet po 35 roku życia, dotyczy rezerwy jajnikowej. Wynik tych badań wpływa na wybór procedury i przewidywany czas leczenia. W zależności od tego, jakie informacje uzyskamy w pierwszym etapie diagnostyki, planujemy albo kolejny jej etap, albo rozpoczynamy postępowanie lecznicze. Jeśli te wyniki są dobre, a pacjenci zgłosili się dość wcześnie i są młodzi, zalecamy jeszcze jakiś czas starania się w sposób naturalny. Jeśli podejmujemy kolejny etap diagnostyczny, u kobiet jest to najczęściej laparoscopia (jeśli nie była wcześniej wykonywana) i histeroscopia czyli ocena macicy. W przypadku mężczyzn rozszerzamy diagnostykę wtedy, gdy nie mają plemników w nasieniu. Wykonujemy głównie badania hormonalne i genetyczne, dlatego że w części przypadków możemy uzyskać plemniki bezpośrednio z jądra albo z najądrzy. Metodę tę wprowadzono w 1992 roku i od tego momentu mamy możliwość wykorzystania nawet pojedynczych plemników z nasienia bądź pobranych z jądra. Kiedyś mężczyźni na tym etapie kończyli już swoje leczenie. Obecnie metody pozyskiwania i wykorzystywania pojedynczych plemników są wciąż udoskonalane i z powodzeniem stosowane.

Jakie są reakcje par, gdy ich pełna determinacji droga uwieńczona zostanie sukcesem?

Jesteśmy obecnie trochę pozbawieni tego emocjonalnego momentu, w którym kobieta dowiaduje się, że jest w ciąży, bo gdy przychodzi do nas, zazwyczaj uzyskała już tę informację za pośrednictwem testu ciążowego. Ale przychodzi moment, kiedy wykonywane jest USG, widzimy pęcherzyk ciążowy w macicy i mówimy: to jest wczesna ciąża. Ten moment jest bardzo ekscytujący zarówno dla przyszłych rodziców, jak i dla lekarza, który uczestniczy w całym procesie. Zatem wtedy pojawia się radość, ale w ślad za nią idą obawy: 10-15% ciąż kończy się poronieniami. Pacjenci o tym wiedzą, dlatego okres pierwszego trymestru to czas pełen sprzecznych emocji. 80% wszystkich poronień zdarza się właśnie w tym okresie. Kolejny stres czeka ich w związku z badaniami prenatalnymi, które przeprowadzane są między 10 a 13 tygodniem ciąży. Gdy się okaże, że dziecko jest zdrowe, przed przyszłymi rodzicami dłuższy okres względnego spokoju. Powikłania w drugim trymestrze są stosunkowo rzadkie. Jednak gdy ten czas się kończy, pojawiają się obawy związane z porodem. Przyszli rodzice mają za sobą często wiele lat starań i ponieśli ogromne koszty związane z leczeniem. W związku z tym zaczyna się dość duża presja na wykonywanie cięć cesarskich.

Czy trudno jest powiedzieć parze, że czas zrezygnować?

Jest to trudne, natomiast mam czasem wrażenie, że są pacjenci, którzy na to czekają. W tym całym procesie jest taki okres, że zrobiliby wszystko, z pełną determinacją, żeby mieć dziecko. Oczywiście, ta chęć walki nie zawsze jest równie silna u obu ze stron. Przychodzi zatem moment, że przynajmniej jedna z nich czeka na informację, że szanse są tak niewielkie, że trzeba przejść do innego etapu, czyli albo do adopcji, albo do poukładania sobie życia we dwójkę. Natomiast jeśli widać w pacjentach ciągle determinację, to tak, jest to trudny moment. Poza tym tych sytuacji, w których można powiedzieć z całą pewnością, że nie ma już szans, jest naprawdę niewiele. Znane są przypadki, gdy po kilku niepowodzeniach procedury in vitro, para samoistnie uzyskuje ciążę. Dlatego my nie używamy jednoznacznych określeń, tylko wraz z parą zastanawiamy się, czy na przykład szanse na poziomie kilku procent są akceptowane. Natomiast nie można proponować w nieskończoność leczenia, gdy prawdopodobieństwo jego powodzenia zamyka się w 2-3%.

Czy w klinice pracuje psycholog, który pomaga parom przejść przez najtrudniejsze etapy starania się o dziecko?

Tak, oczywiście, ale jeżeli lekarz prowadzący poświęci pacjentowi wystarczająco dużo czasu, jeśli jest w stanie z tym pacjentem porozmawiać i zajmie się sferą psychiczną, to to najczęściej wystarczy. Natomiast tam, gdzie to napięcie jest większe, jest do dyspozycji psycholog. Powiem pani szczerze, że jest i druga strona medalu. Lekarze między sobą rozmawiają, i to zupełnie poważnie, że im też przydałaby się opieka psychologa. Rozmowy z pacjentami, identyfikowanie się z nimi i przeżywanie ich niepowodzeń, są dla lekarza bardzo trudne. Współodczuwanie emocji zdeterminowanych rodziców jest naprawdę silne.

Rozmawiała: Adriana Urgacz-Kuźniak