

## Kwalifikowanie pacjentek do leczenia

JANA SKRZYPCZAK, LECHOSŁAW PUTOWSKI

Niepłodność jest definiowana jako brak ciąży po jednym roku regularnego niezabezpieczonego współżycia płciowego [8]. Istnieje również pojęcie obniżonej płodności; dotyczy ono kobiet lub par, które nie są niepełne, lecz mają obniżony potencjał rozrodczy.

W ostatnich latach obserwuje się niepokojące zjawisko malejącej rodności kobiet w Stanach Zjednoczonych i wielu krajach europejskich. Aby populacja utrzymywała się na tym samym poziomie, wskaźnik rodności powinien wynosić 2,2–2,3. Tymczasem w krajach Europy Zachodniej, również w Polsce, wskaźnik rodności jest znacznie poniżej 2 [11]. W 2007 roku liczba porodów na 1000 kobiet w wieku 15–44 lat w USA była o 2% niższa w porównaniu z rokiem 1990 i aż o 35% niższa w porównaniu z rokiem 1950, kiedy trwał tzw. *baby boom* [7, 13, 14].

Długoterminowy spadek urodzeń jest podyktowany kilkoma czynnikami, z których najistotniejsze wydaje się dążenie kobiet do zdobycia jak najlepszego wykształcenia, a następnie zapewnienia sobie odpowiedniej pracy zawodowej. Pozostaje to w ścisłym związku z późniejszym podejmowaniem decyzji dotyczących zawierania małżeństw, a także z większą liczbą rozwodów. Kobiety, ceniąc własną niezależność, odkładają macierzyństwo na późniejszy okres swojego życia.

Z innych czynników ograniczających rodność należy wymienić swobodny dostęp do środków antykoncepcyjnych i innych metod planowania rodziny. Pierwszy poród często następuje po 30 roku życia, dlatego liczba dzieci u danej pary zostaje ograniczona. Jeszcze w 1957 roku w Stanach Zjednoczonych odsetek rodności wynosił 3,7, natomiast w roku 2001 zmniejszył się do 2,1 i na tym poziomie nadal pozostaje

[15]. W Europie rodność jest jeszcze niższa i na przykład we Włoszech wynosi 1,33, w Hiszpanii 1,32, a w Grecji 1,29. Oznacza to, że liczba ludności w Europie i USA będzie miała charakter malejący, z jednocześnie niekorzystnymi zmianami struktury społecznej [11].

Niemają wpływ na procesy demograficzne ma niepłodność. Dotyczy ona 10–15% par. W Polsce brakuje badań epidemiologicznych dotyczących niepłodności małżeńskiej czy partnerskiej. Z danych szacunkowych wynika, że z problemem niepłodności zmagają się w naszym kraju około 1 miliona par, co oznacza, że co piąta para ma trudności z poczęciem. W Stanach Zjednoczonych obserwowano tendencję spadkową niepłodności. W 1982 roku zanotowano 8,5% niepłodnych kobiet, a w 2002 roku – 7,4%. Jednakże mediana występowania niepłodności uzyskana w roku 2007 z analizy 172 413 kobiet w wieku 20–44 lat jest istotnie wyższa i wynosi 9% (3,5–16,7%) [2]. W Danii z kolei oceniono częstość występowania niepłodności wśród uczestniczek programu wykrywania raka szyjki macicy: niepłodność występowała u 9,1% kobiet do 30 roku życia i u 13,9% w wieku do 40 lat.

Płodność pary zależy od płodności obu partnerów. Czynniki żeński odpowiada za 45–65% przypadków niepłodności, a czynniki męski za 25–45% [9]. Problem u obojga partnerów rozpoznawany jest prawie w 10% przypadków [9].

Przyczyna niepłodności w dużym stopniu zależy od regionu, kultury współżycia czy warunków socjoekonomicznych.

Udział czynnika męskiego w niepłodności w głównej mierze jest spowodowany anomaliami nasienia. Lekarz zajmujący się niepłodnością jest zobowiązany do jednoczesnego wdrożenia skutecznej i szybkiej diagnostyki zarówno u mężczyzny, jak i u kobiety. Badanie męczyzny obejmuje nie tylko ocenę nasienia, lecz także badanie kliniczne z szeroko pojętym wywiadem dotyczącym przebytych chorób, badań diagnostycznych i leczenia oraz ukierunkowane badania laboratoryjne. Względnie szybkie ustalenie rozpoznania umożliwia odpowiednią strategię terapeutyczną [10].

Udział niedrożności jajowodów w niepłodności kobiet w krajach rozwiniętych ocenia się na 20%, natomiast u kobiet, u których wywiad wskazuje na choroby przenoszone drogą płciową, aż na 40%. Zaburze-

nia hormonalne stanowią drugą istotną przyczynę niepłodności kobiet (25%). Należy pamiętać, że niepłodność może być uwarunkowana więcej niż jedną nieprawidłowością, np. cykle bezowulacyjne mogą współistnieć z niedrożnymi jajowodami lub wadą macicy, dlatego nie można leczyć braku jajeczkowania bez oceny jamy macicy i drożności jajowodów.

Minimum diagnostyczne u niepłodnej pary obejmuje analizę nasienia u mężczyzny i ocenę cyklu płciowego (pod względem jajeczkowania) wraz z oceną jamy macicy i drożności jajowodów u kobiety. W zależności od wyników badań można zaproponować odpowiedni sposób leczenia, tj. leczenie farmakologiczne, operacyjne lub techniki wspomaganego rozrodu. Właściwe postępowanie terapeutyczne zależy przede wszystkim od przyczyny niepłodności. Możliwość koncepcji uwarunkowana jest wieloma czynnikami i po części jest dziełem przypadku, co nie zawsze jest rozumiane przez pacjentów.

Zakres leczenia rozpoczyna się od prostych metod, które z łatwością mogą zostać zaakceptowane przez pacjentów, a kończy na metodach skomplikowanych, których zastosowanie może się spotkać ze sprzeciwem ze strony leczonej pary bądź otoczenia. Do czynników, od których zależy sukces leczenia, należy przede wszystkim wiek pacjentki [5]. Równie istotny jest okres trwania niepłodności. Podkreśla się trudności w zajściu w ciążę przy staraniach trwających dłużej niż trzy lata [1]. Trzecim istotnym elementem jest odpowiedź na pytanie, czy mamy do czynienia z niepłodnością pierwotną czy wtórną [4]. Wymienione trzy czynniki warunkują możliwość zajścia w ciążę bez dodatkowej terapii, jednak konieczne jest wykluczenie innych czynników wpływających na płodność partnerów.

Przy leczeniu niepłodności wykorzystuje się dwa sposoby podejścia. Pierwszy opiera się na zdiagnozowaniu przyczyny niepłodności, a następnie na zwiększaniu szansy zajścia w ciążę przez eliminację tej przyczyny. Drugi polega na ominięciu przyczyny niepłodności i zwiększaniu szansy zajścia w ciążę dzięki inseminacji domacicznej nasieniem męża lub dawcy i zastosowaniu technik wspomaganego rozrodu – zapłodnienia pozaustrojowego czy metody docytoplazmatycznej iniekcji plemnika (*intracytoplazmatic sperm injection*, ICSI). Zasada

jest przede wszystkim zastosowanie metod usunięcia przyczyny niepłodności. Odstępstwo od tego sposobu postępowania jest konieczne, gdy w trakcie terapii ryzykujemy obniżenie płodności, co może być spowodowane niebezpiecznym zbliżeniem się do okresu wyczerpania rezerwy jajnikowej. W tym wypadku oczekiwanie na koncepcję może wręcz zmniejszyć szansę na potomstwo. Przykładem takiej terapii jest chęć poprawy parametrów nasienia partnera, kiedy pacjentka przekroczyła 35 rok życia. Planowana terapia powinna więc uwzględniać poza przyczynami niepłodności inne elementy składające się na obraz niepłodności, między innymi wiek pacjentki, czas starań o potomstwo, efektywność w stosunku do kosztów terapii, a także wolę pacjentów. Oczywiście jest, że wraz z wiekiem pacjentki proponowane powinny być bardziej zaawansowane sposoby leczenia, takie jak inseminacja domaciczna, zapłodnienie pozaustrojowe czy docytoplazmatyczna iniekcja plemnika.

Pamiętać należy o możliwości występowania wielu przyczyn niepłodności u leczonej pary, dlatego zawsze konieczne jest przeprowadzenie podstawowych testów: analizy nasienia, kontroli występowania owulacji czy wykluczenia patologii w obrębie narządu płciowego kobiety. Leczenie przyczynowe niepłodności małżeńskiej, mimo uzyskania poprawy parametrów, nie zawsze idzie w parze z możliwością zajścia w ciążę, dlatego przy wyborze postępowania należy kierować się wynikami badań opartych na publikowanych rezultatach badań na dużej grupie pacjentów. Niekiedy wyczerpanie dostępnych metod diagnostycznych nie przyczynia się do określenia przyczyny niepłodności, co pozwala jednak na postawienie diagnozy niepłodności idiopatycznej. W tym wypadku, przy braku zdefiniowanej przyczyny niepłodności, najlepszymi metodami wydają się metody zwiększające szansę koncepcji, na przykład inseminacja domaciczna w cyklach, w których jednocześnie stymuluje się owulację [3, 12]. Kiedy u pary z niewyjaśnioną przyczyną niepłodności zawiedzie leczenie przy zastosowaniu inseminacji domacicznej, należy rozważyć wykorzystanie technik wspomaganego rozrodu, takich jak zapłodnienie pozaustrojowe czy docytoplazmatyczna iniekcja plemnika. Wskazaniem do wcześniejszego zastosowania wysoko zaawansowanych technik, bez poprzedzających

zabiegów inseminacji domacicznej, jest jednak starszy wiek pacjentki.

Skuteczne leczenie niepłodności, bez względu na zastosowaną metodę, pozwala jedynie na wykorzystanie mniejszego lub większego prawdopodobieństwa koncepcji. Prawidłowo postawiona diagnoza zwiększa szansę, jednak nigdy nie daje pewności urodzenia dziecka. Rolą lekarza jest jednak zwiększenie szansy na potomstwo w jak najkrótszym czasie, przy maksymalnym ograniczeniu kosztów i minimalizacji ryzyka wystąpienia działań niepożądanych terapii.

## Piśmiennictwo

1. Axmon A, Hagmar L., *Time to pregnancy and pregnancy outcome*, Fertil. Steril. 2005; 84: 966–974.
2. Boivin J., Bunting L., Collins J.A. i wsp., *International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need for infertility medical care*, Hum. Reprod. 2007; 22: 1506–1512.
3. Cohlen B.J., *Should we continue performing intrauterine inseminations in the year 2004?*, Gynecol. Obstet. Invest. 2005; 59: 3–13.
4. Collins J.A., Burrows E.A., Wilan A.R., *The prognosis for live birth among untreated infertile couples*, Fertil. Steril. 1995; 64: 22–28.
5. Eimers J.M., te Velde E.R., Gerritse R. i wsp., *The prediction of the chance to conceive in subfertile couples*, Fertil. Steril. 1994; 61: 44–52.
6. Gnoth C., Godehardt D., Godehardt E. i wsp., *Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility*, Hum. Reprod. 2003; 18: 1959–1966.
7. Hamilton B.E., Martin J.A., Ventura S.J. i wsp., *Births: preliminary data for 2007*, Natl. Vital. Stat. Rep. 2009; 57: 1d–23.
8. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, *Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss*, Fertil. Steril. 2008; 90 (suppl. 5): 60.
9. Sereżyńska M., Pawelczyk L., Jędrzejczak P., *Niepłodność*, [w:] *Ginekologia*, red. Z. Słomko, wyd. 2, Warszawa 2008; 465–470.
10. Skrzypczak J., Jędrzejczak P., Kurpisz M., Szymanowski K., *Niepłodność*, [w:] *Ginekologia*, red. Z. Słomko 1997; 598–658.
11. Szamatowicz M., *Etyczne, społeczne i psychiczne aspekty niepłodności*, [w:] *Biologia rozrodu oraz zdrowie reprodukcyjne człowieka*, red. W. Kuczyński, Białystok 2004.
12. van Rumste M.M., den Hartog J.E., Dumoulin J.C. i wsp., *Is controlled ovarian stimulation in intrauterine insemination an acceptable therapy in couples with*

- unexplained non-conception in the perspective of multiple pregnancies?*, Hum. Reprod. 2006; 21: 701–704.
13. Ventura S.J., Martin J.A., Curtis S.C. i wsp., *Report of final natality statistics, 1996*, Mon. Vital. Stat. Rep. 1998; 46: 1–99.
14. Ventura S.J., Hamilton B.E., Sutton P.D., *Revised birth and fertility rates for the United States 2000 and 2001*, Natl. Vital. Stat. Rep. 2003; 51: 1–18.