

**NaProTECHNOLOGY™
w diagnozowaniu
i leczeniu niepłodności.
Szanse – wyzwania – efekty**

Wrocław 2012

Wrocław, 24 marca 2012 (sobota)		
8:00 – 9:00	<i>Rejestracja uczestników</i>	
SESJA I: NIEPŁODNOŚĆ PROBLEM GLOBALNY		
9:00 – 9:15	Otwarcie konferencji, powitanie gości, zdefiniowanie celów	organizatorzy
9:15 – 9:35	Przyczyny i skala problemu niepłodności	prof. Marian Gabryś <i>Akademia Medyczna we Wrocławiu</i>
9:35 – 9:55	Immunologia. Rola układu odpornościowego w prokreacji	dr Agnieszka Chrobak <i>Instytut Immunologii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu</i>
9:55 – 10:15	Czy odpowiednie odżywianie może poprawić płodność?	lek. med. Aleksandra Baryła Szpital <i>św. Rodziny w Warszawie</i>
10:15 – 10:35	Genetyka. Jak zmienia się genom rodziców i jakie niesie to konsekwencje dla kolejnych pokoleń	prof. Stanisław Cebrat <i>Uniwersytet Wrocławski</i>
10:35 – 10:50	<i>Przerwa kawowa</i>	
SESJA II: NaProTECHNOLOGY™ JAKO POMOC W DIAGNOZOWANIU PRZYCZYŃ I LECZENIU OBNIŻONEJ PŁODNOŚCI		
10:50 – 11:20	CREIGHTON MODEL FertilityCare system – metoda rozpoznawania płodności i diagnozowania zaburzeń zdrowia prokreacyjnego	mgr Mirosława Szymaniak <i>Instruktor Modelu Creighton, Poznań</i>
11:20 – 12:00	Metody chirurgiczne w NaProTECHNOLOGY™ – PCOS, endometrioza, zrosty	lek. med. Piotr Klimas <i>Szpital Św. Rodziny w Warszawie</i>
12:00 – 12:50	Niepłodność jako wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej. Metody leczenia zachowawczego w NaProTECHNOLOGY™	lek. med. Maciej Barcentewicz <i>ginekolog położnik, Przychodnia Specjalistyczna Macierzyństwo i Życie, Lublin</i>
12:50 – 13:30	<i>Przerwa obiadowa</i>	
SESJA III: NaProTECHNOLOGY™ JAKO POMOC W DIAGNOZOWANIU PRZYCZYŃ I LECZENIU OBNIŻONEJ PŁODNOŚCI c.d.		
13:30 – 14:00	Interwencje dietetyczne w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym niepłodności i chorób współistniejących	mgr Magdalena Machlarz <i>Przychodnia Specjalistyczna Macierzyństwo i Życie, Lublin</i>
14:00 – 14:30	Czynnik męski jako jedna z przyczyn obniżonej płodności	lek. med. Maciej Barcentewicz <i>ginekolog położnik, Przychodnia Specjalistyczna Macierzyństwo i Życie, Lublin</i>
14:30 – 14:50	Nasze dziecko przyszło na świat przy pomocy NaProTECHNOLOGY™	Ilona i Jakub Tarasiukowie <i>Wrocław</i>
14:50 – 15:15	Psychologiczny aspekt niepłodności	dr Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, <i>Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu</i>
SESJA IV: DYSKUSJA I ZAKOŃCZENIE		
15:15 – 16:00	<i>Panel dyskusyjny z udziałem Prelegentów</i>	
16:00	<i>Zakończenie</i>	

Wiemy, że rodzicielstwo to jeden z najważniejszych aspektów życia ludzkiego. Znamy również statystyki WHO, które podają, iż nawet ok. 20% par ma problem z płodnością. Dlatego pragniemy promować innowacyjną metodę diagnozowania i leczenia zaburzeń zdrowia prokreacyjnego, która znalazła tysiące zwolenników w Stanach Zjednoczonych i w Zachodniej Europie.

NaProTECHNOLOGY™, czyli technologia naturalnej prokreacji, jest metodą diagnostyczno - terapeutyczną stosowaną w leczeniu zaburzeń płodności, w tym m.in. zaburzeń hormonalnych, cykliów bezowulacyjnych, nawykowych poronień, zespołu policystycznych jajników, endometriozy itp.

W ostatnim czasie także w Polsce pojawiła się nadzieja dla małżonków borykających się z problemem braku płodności – nadzieja na poczęcie bez konfliktu sumienia. NaProTechnologia to młoda, wciąż rozwijająca się dziedzina medycyny obecna w świecie już blisko 30 lat. Jej twórcą jest amerykański ginekolog - Prof. Thomas Hilgers.

NaProTECHNOLOGY™ jest stale rozwijane przez Instytut papieża Pawła VI w Omaha (Nebraska USA, www.popepaulvi.com), The American Academy of Fertility Care Professionals z siedzibą w St. Louis (www.aafcp.org) oraz International Institute of Restorative Reproductive Medicine z siedzibą w Londynie (www.shamrockdesktop.com/iirrm).

NaProTECHNOLOGY™ to nauka o zdrowiu prokreacyjnym w szczególności kobiet, medycyna na najwyższym poziomie profesjonalnym i etycznym, która korzysta z najnowszych osiągnięć ginekologii, chirurgii czy endokrynologii. NaProTECHNOLOGY™ w monitorowaniu płodności i diagnozowaniu zaburzeń zdrowia prokreacyjnego posługuje się prostą, standaryzowaną obserwacją biomarkerów płodności w cyklu miesięczkowym CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System (CrMS). Uważna analiza zapisu obserwacji na karcie cyklu pozwala dostrzec i zdiagnozować istniejące nieprawidłowości oraz podjąć dalszą ukierunkowaną diagnostykę i właściwe leczenie.

W NaPro lekarz skupia się najpierw na diagnostyce skorelowanej z cyklem kobiecym, na ustaleniu przyczyny zaburzeń zdrowia prokreacyjnego, następnie na właściwym leczeniu (jeśli trzeba także mężczyzny), które umożliwi małżonkom poczęcie w sposób naturalny w akcie współżycia. Standaryzowana obserwacja cyklu umożliwia zdiagnozowanie zaburzeń zdrowia prokreacyjnego, dalszą pogłębioną diagnostykę i leczenie, którego efekty można dostrzec i monitorować w karcie cyklu CrMS. NaPro jest skuteczna w diagnostyce i leczeniu m.in. nawykowych poronień, zaburzeń cyklu miesięczkowego, zaburzeń osi przysadka – jajnik, torbieli jajników, zespołu napięcia przedmiesiączkowego, endometriozy, zespołu policystycznych jajników i wielu innych schorzeń (www.naprotechnology.com).

Naprotechnologia jest to pewien sposób postępowania diagnostyczno - terapeutycznego, który mieści się w ramach konwencjonalnej medycyny. Posługuje się prostą, nieinwazyjną diagnostyką opartą na obserwacji cyklu płodności. NaPro szanuje zasady etyczne, godność człowieka, prawo dziecka do poczęcia i urodzenia się w miłości swoich rodziców. Jednocześnie legitymuje się wysoką skutecznością w wykrywaniu przyczyn i leczeniu niepłodności małżeńskiej.

Cały przebieg prac i badań naukowych, które były przeprowadzone przez ostatnie 28 lat, można odnaleźć w publikacji Prof. Hilgersa: „The Medical & Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY™”, Pope Paul VI Institute Press, 6901 Mercy Road, Omaha, NE 68106, 2004.

organizatorzy

Sylwetki wykładowców

MARIAN GABRYŚ

Prof. dr hab. med. Marian St. Gabryś – absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu – rok uzyskania dyplomu – 1973. Po studiach staż i pierwsze 7 lat pracy zawodowej w szpitalach rejonowych, w Świebodzicach [oddział ginekologiczno-położniczy {1976 r. - I stopień z zakresu ginekologii i położnictwa}, potem oddział chirurgiczny] i w Szpitalu Górniczym w Wałbrzychu [Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej – pod kierunkiem prof. Zdzisława Zagrobelnego uzyskał I stopień specjalizacji z anestezjologii. Od roku 1980 starszy asystent, od 1987 – adiunkt II Katedry Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Specjalizacja 2 stopnia ginekologii i położnictwa od 1981 roku. Doktoryzował się i habilitował z zakresu problematyki wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu. Od roku 2000 na stanowisku profesora nadzwyczajnego, początkowo I Katedry Ginekologii i Położnictwa, a potem II Katedry i Kliniki Ginekologii AM we Wrocławiu. W latach 2001 – 2006 kierował II Katedrą Ginekologii i Położnictwa AM we Wrocławiu. Od listopada 2006 roku na stanowisku prof. nadzwyczajnego w I Katedrze Ginekologii i Położnictwa. W 2008 roku Prezydent RP prof. Lech Kaczyński nadał mu tytuł naukowy profesora. W 2009 roku uzyskał specjalizację z zakresu ginekologii onkologicznej. Od 2011 roku na stanowisku prof. zwyczajnego.

Główne zainteresowania – onkologia ginekologiczna, etyka i socjologia prokreacji [członek Rady Naukowej Fundacji Życie i Płodność oraz Kobieta i Natura], ginekologia operacyjna i nowoczesne położnictwo o charakterze intensywnej opieki położniczej w skrajnych postaciach patologii ciąży.

Żonaty od 40 lat, dwoje dzieci, pięcioro wnuków.

Zainteresowania pozazawodowe – muzyka klasyczna, historia nauki, wędkarstwo, przyroda.

AGNIESZKA CHROBAK

Dr inż. Agnieszka Chrobak jest pracownikiem naukowym Laboratorium Immunologii Rozrodu Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu oraz współpracownikiem Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Wrocławskiego, autor 13 publikacji anglojęzycznych oraz ponad 40 doniesień konferencyjnych. Wielokrotna laureatka konkursów Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej oraz Fundacji DAAD; Instruktor Metody Rötzera;

Mężatka, mama Macieja i Jasia.

ALEKSANDRA BARYŁA

Aleksandra Baryła ukończyła Akademię Medyczną w Gdańsku. Od 20 lat pracuje jako lekarz. Jest specjalistą w zakresie położnictwa i ginekologii, instruktorem Naturalnego Planowania Rodziny, a od kilku lat zajmuje się naprotechnologią. Ostatnio mieszka i pracuje w Warszawie.

Lubi muzykę poważną, malarstwo średniowieczne oraz podróże włóczęgi.

Fascynuje ją człowiek.

STANISŁAW CEBRAT

Profesor zwyczajny Stanisław Cebrot jest kierownikiem Zakładu Genomiki, Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Wrocławskiego, jest autorem około 170 publikacji z dziedziny genetyki i ewolucji populacji, głównie w anglojęzycznych czasopismach naukowych. W swojej karierze naukowej pracował w kilku świetnych światowych laboratoriach. Przez rok prowadził badania w Centrum Genetyki Molekularnej CNRS w Gif-sur-Yvette pod Paryżem, gdzie dyrektorem był prof. Piotr Stonimski, pionier badań genetyki mitochondriów. Przez trzy lata pracował w Medical School na Uniwersytecie w Teksasie, początkowo jako adiunkt, potem jako visiting professor. Był również zaproszony, jako visiting professor przez Uniwersytet Claude Bernard w Lyonie. Od około 15 lat zajmuje się ewolucją genomów i populacji wspólnie z fizykami teoretykami z USA, Brazylii i Niemiec. Od 1974 roku wykłada na uniwersytetach, prowadził i prowadzi wykłady akademickie z różnych działów genetyki molekularnej dla różnych kierunków studiów, w tym fizyków i matematyków. Wykładał również na bardzo wielu międzynarodowych konferencjach naukowych.

Zainteresowania pozazawodowe: praca w drewnie, mieszka we własnoręcznie wybudowanym i umeblowanym drewnianym domu; założył pasiekę i obserwuje, jak radzą sobie pszczoły, jeżeli pszczelarz się im specjalnie nie naprzykrza. Radzą sobie dobrze, a ich nadprodukcję przerabia na miód pitny:)

MIROŚŁAWA SZYMANIAK

Mirosława Szymaniak - mgr biologii ze specjalnością biochemii, absolwentka UAM. Cytolog z wieloletnim doświadczeniem pracy w Pracowni Patomorfologii.

Wieloletnia instruktorka metod Naturalnego Planowania Rodziny, czynnie pracująca w Polskim Stowarzyszeniu Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny.

Obecnie nauczyciel biologii w Liceum Ogólnokształcącym oraz dyplomowany Instruktor Modelu Creighton z trzyletnim doświadczeniem pracy z małżeństwami borykającymi się z problemem niepłodności.

PIOTR KLIMAS

Piotr Klimas - lekarz rezydent w trakcie specjalizacji z ginekologii i położnictwa. Konsultant medyczny i instruktor po szkoleniach z zakresu Creighton Model FertilityCare™ System i NaProTECHNOLOGY™ w USA. Staże z zakresu chirurgii NaProTECHNOLOGY™ odbył u Prof.T. Hilgersa w Omaha. Pracuje w Szpitalu Ginekologiczno – Położniczym Św. Rodziny w Warszawie.

MACIEJ BARCZENTEWICZ

Maciej Barczentewicz – lekarz, specjalista ginekolog- położnik, absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Konsultant Medyczny NaProTECHNOLOGY™. Mąż i ojciec jedenaściorga dzieci. Prezes zarządu Fundacji Instytut Leczenia Niepłodności Małżeńskiej im. Jana Pawła II w Lublinie. Prowadzi praktykę lekarza ginekologa – położnika, zajmuje się leczeniem niepłodności małżeńskiej w Przychodni Specjalistycznej „Macierzyństwo i Życie” w Lublinie.

MAGDALENA MACHLARZ

Mgr Magdalena Machlarz jest koordynatorem leczenia dietetycznego w Poradni Specjalistycznej Macierzyństwo i Życie w Lublinie oraz konsultantem naukowym w Cambridge Diagnostics w Warszawie. Wiedzę i doświadczenie zdobywała w trakcie studiów biologicznych na Uniwersytecie Jagiellońskim oraz studiów biotechnologicznych na Uniwersytecie Rolniczym w Krakowie. Współautor 2 publikacji i 4 doniesień konferencyjnych oraz autor i wykładowca szkoleń z zakresu immunodiagnostyki nadwrażliwości pokarmowej. Obecnie w trakcie badań naukowych do rozprawy doktorskiej.

JADWIGA ŁUCZAK - WAWRZYWIAK

Dr Jadwiga Łuczak- Wawrzyniak - specjalista psycholog kliniczny. Kierownik Zespołu Psychologów w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Podczas licznych konferencji, sympozjów i zjazdów, na które jest zapraszana dzieli się swoim bogatym doświadczeniem i refleksją psychologa z obszaru ginekologii, położnictwa i neonatologii.

Streszczenia wykładów

Marian Gabryś
I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa
Akademii Medycznej we Wrocławiu

Przyczyny i skala problemu niepłodności

Niepłodność jest dolegliwością w skali subiektywnej, indywidualnej, stając się kwestią demograficzną w skali społecznej, w tym wypadku obiektywnej. Liczebność, zdrowie, zdolności i umiejętności kolejnej generacji rzutują bezpośrednio na postprokreacyjną fazę życia generacji poprzedzającej, jak i wcześniejszych. Przeważający wymiar ekonomiczno-społeczny niepłodności winien być elementem troski i refleksji państwa opiekuńczego, czy zawężając to określenie – państwa solidarnego ze swymi obywatelami – w rozumieniu demokratycznym - suwerenami tego Państwa. Nie oznacza to jednak, że Państwo może narzucać swym obywatelom obciążenia ekonomiczne w sytuacjach, które ci obywatele nie uznają za moralne i potrzebne.

Niepłodność towarzyszy prokreacji w takim samym stopniu, w jakim choroba towarzyszy zdrowiu, przeplata się ze zdrowiem, jednak, czy sama w sobie jest chorobą pozostaje dyskusyjne. Według wielu współczesnych teorii, często hedonistycznej proweniencji, aby jakieś zjawisko, zdarzenie, fakt, pogląd uznać za patologiczny, chorobowy wystarczy jego niezgodność z naszym „chcieniem”. Upraszczając, jeśli ja, przez duże ja, czegoś chcę, to jest to zdrowe, słuszne i moralne, w odróżnieniu od niemoralnego niezdrowego, i niesłusznego tego, czego ja nie chcę i sobie nie życzę. Na ile takie rozumowanie, – choć niezwykle rozpowszechnione – jest słuszne, musi sobie pytać - w swym sumieniu - odpowiedzieć indywidualnie. Stąd też, zróżnicowane podejście do zagadnień niepłodności, a co za tym idzie do postępowania wobec niej, czyli diagnostyki i ewentualnego leczenia jest następstwem wyznawania takiego, czy innego światopoglądu, czy zawężając - poglądu w sprawach rozmnażania, lub też, co wcale nie takie rzadkie – kompletnego braku poglądów.

Z drugiej strony warto przywołać, niezwykle przydatną w rozumowaniu i wnioskowaniu, szczególnie w wymiarze sprawiedliwości i ekonomii - rzymską maksymę - *is fecit cui prodest*, która także dobrze się sprawdza w konkluzjach dotyczących np. rozpaczliwego i niezwykle głośnego podnoszenia kwestii leczenia i stosowania wysokich nakładów finansowych na pewne – dość wąskie – sposoby postępowanie wobec pary niemogącej mieć dziecka, ze strony środowisk, które, na co dzień zajmują się głównie antykoncepcją i promocją aborcji. Oczywiście, w tym myśleniu konieczna jest wiedza dotycząca producentów zarówno np. hormonalnych środków antykoncepcyjnych i równocześnie syntetycznych gonadotropin, czy agonistów hor-

monów uwalniających podwzgórza, niezbędnych w metodzie zapłodnienia pozaustrojowego. Bez żadnych supozycji myślenia spiskowego korzyść jest widoczna i wcale niewynikająca z oczywistego faktu, że jest to poza wszystkim normalna działalność koncernu chemicznego, a więc zajmującego się wykorzystaniem reakcji chemicznych na potrzeby [czy zawsze?] ludzi, czy środowiska. Nie dziwi, zatem – potwierdzona sądownie – finansowa zależność od koncernów farmakologicznych „działaczki” proaborcyjnej” niestety także członka parlamentu, która chciałaby swą „opieką aborcyjną” objąć całość żeńskiej populacji. Zatem, cui prodest, – kto korzysta, – tylko zupełnie zaślepiiony może tego nie spostrzec.

Według definicji podręcznikowej, znanej od początków ubiegłego wieku, niepłodność definiujemy, jako brak ciąży u pary współżyjącej od roku i chcącej dziecko począć. Ta końcowa dygresja jest moim osobistym poglądem, bowiem uważam, że werbalne akcentowanie chęci macierzyństwa, czy ojcostwa, nie oznacza jeszcze rzeczywistego i głębokiego zaangażowania w staraniach o ciążę. W takim wypadku trudno mówić o uzasadnionej, pewnej postaci niepłodności, lecz o psychologiczno-psychicznych uwarunkowaniach bezdzietności. Podobnie, jak współcześnie, przy absolutnie pełnej dostępności do – nawet wysoko specjalistycznej – wiedzy, dotyczącej prokreacji, trudnym do uznania za wiarygodne są, co wynika z rozmowy i skarg kobiety, skargi na roczne, czy dwuletnie, bezowocne starania o ciążę, skoro sama zainteresowana pytana o rozpoznawanie płodności robi „okrągłe oczy” a pytana o datę ostatniej miesiączki - w celu ustalenia dnia cyklu w momencie wizyty – oświadcza – „skończyła się we wtorek”. Uprzejmie nie dodaje, w który. Nie są to kabaretowe dowcipy - niezbyt śmieszne, lecz dokładny opis codziennych zdarzeń z praktyki lekarskiej. Jak widać, już na etapie definicji niepłodności można mieć szereg wątpliwości, obrazujących wielką złożoność tego zagadnienia i niełatwe – ewentualne – mieszczanie się tego zjawiska w typowym, nozologicznym ujęciu, jako choroby.

Z drugiej jednak strony należy podkreślić, że do niepłodności będą prowadzić liczne schorzenia narządu płciowego obu płci, szczególnie infekcyjnego i immunologicznego pochodzenia. Choroby przenoszone drogą płciową, jak i zakażenia narządu płciowego i moczowego, które mogą dotyczyć jednego z partnerów, i mogące ulegać uwspólnieniu, nie będąc równocześnie typowymi schorzeniami przenoszonymi drogą płciową – sexually transmitted diseases [STD], mogą również prowadzić do zaburzeń płodności. Przykładem może być przewlekłe zakażenie dróg moczowych patogenem opornym na leczenie, – *Escherichia coli* – wybranymi typami, które umiejscawiając się w błonie śluzowej kanału szyjki macicy może prowadzić do zaburzeń płodności. Stąd czynnik infekcyjny stanowi poważne zagrożenie płodności i działania profilaktyczne, nakierowane na unikanie możliwości zakażenia – szczególnie STD, są dobrze pojętą profilaktyką i dbałością o utrzymanie pełni możliwości prokreacyjnych.

Odnosząc powyższe do współczesności i pewnych trendów w popularyzacji niekorzystnych zachowań, warto zapytać, jak ocenić działalność niezwykle spopularyzowanej medialnie damy [spopularyzowanej, w wyniku częstego zapraszania jej, do określonych – niestety cieszących się dużą poczytnością, czy oglądalnością - mediów], która to dama bez skrupowania zaleca prostytucję, jako formę poprawienia budżetu studenckiego. Oczywiście, jest także wielką zwolenniczką i propagatorką aborcji i in vitro. Na te ostatnie ma oczywiście łożyc całe społeczeństwo, które przecież wcale nie wyrażało ochoty na prostytuowanie się. Swoją drogą – tylko z logicznego punktu widzenia – jak można być równoczesną zwolenniczką tak przeciwstawnych sobie działań i jednocześnie uważać się za –swoiście – „mądrą osobę”?

Estimated prevalence and annual incidence of curable STDs by region, 1999

Region	Adult population (millions) ¹	Infected adults (millions)	Infected adults per 1,000 population	New infections in 1999 (millions)
North America	156	3	19	14
Western Europe	203	4	20	17
North Africa & Middle East	165	3.5	21	10
Eastern Europe & Central Europe	205	6	29	22

Przedstawiona powyżej tabela [<http://www.avert.org/std-statistics.htm>], obrazująca rozpowszechnienie schorzeń przenoszonych drogą płciową wskazuje jednoznacznie na wielkie zagrożenie populacyjne w zakresie płodności ze strony tych schorzeń przez ich udział w promocji i powodowaniu zapalnych schorzeń miednicy mniejszej, które mogą w następstwie wieść do takich powikłań prokreacji, jak ciążę ekotopowe, niedrożność jajowodów wskutek zmian pozapalnych itd.

Złowrogą rolę w ograniczaniu, czy wręcz uniemożliwianiu prokreacji przypisuje się coraz częściej diagnozowanej endometriozie, będącej nadal – w wymiarze etiopatogenezy – schorzeniem dość tajemniczym. Być może ta właśnie „tajemniczość” przyczynia się do oferowania dość dyskusyjnych metod „profilaktyczno-leczniczych” tego schorzenia, a także kontrowersji dotyczących jej rozpoznawania. Ze strony środowisk promujących pogląd o dobrym wpływie leczniczym, bądź też hamującym rozwój zmian endometriotycznych jest zalecenie szerokiego stosowania preparatów hormonalnych wyłączających naturalny cykl miesięczny – szczególnie u młodych kobiet [przedział 16. rok życia – 28, 29 rok], – czyli upraszczając, jak najszerszego stosowania hormonalnych preparatów antykoncepcyjnych, głównie OC [oral contraceptives]. Równocześnie popularyzowany jest pogląd o wystarczającej wartości diagnostycznej w rozpoznaniu endometriozy subiektywnego odczucia dużej bolesności miesiączek, łączącym się z szeregiem objawów wegetatywnych [algomenorrhoea]. Zalecania długotrwałego stosowania preparatów farmakologicznych w przypadku schorzenia, którego podstawą rozpoznawczą jest – jak w zdecydowanej większości chorób prowadzących do określonych zmian morfologiczno-strukturalnych – badanie drobnowidowe, bez wyniku tego badania, a jedynie na podstawie wywiadu, wydaje się niewłaściwe. Również, w odniesieniu do niezwykle promowanego preparatu jednej z potężnych firm farmaceutycznych, będącego syntetycznym preparatem o wybiórczych działaniach gestagennych i antyandrogennych, zalecanie jego stosowania na podstawie obrazu ultrasonograficznego przydatków, czy mało charakterystycznych zmian w narządzie płciowym wewnętrznym [mniej, lub bardziej mityczne zrosty], jest również postępowaniem niewłaściwym. Dobrze wiedzą o tym posługujący się laparoskopią i usuwający zmiany jajnikowe, ocenianie, jako tzw. „torbiele czekoladowe”, które w żadnym wypadku nie mogą być uznawane za tożsame z torbielą endometriotyczną. Rozpoznanie tej ostatniej – możliwe jest tylko na podstawie badania mikroskopowego. Wcale nierzadkim rozpoznaniem w przypadkach wspomnianych torbieli „smołowych” jest histopatologiczna diagnoza – torbiel krwotoczna, – która to torbiel nie ma wiele wspólnego z endometriozą. Zastosowanie w tych przypadkach preparatów gestagennych będzie niepotrzebne i nieprzydatne z punktu widzenia potrzeb prokreacyjnych.

Rzeczywistość wirtualna potwierdza te obawy. Oto jeden z typowych wpisów internetowych, dotyczących diagnozowania i leczenia „internetowego”, w których porady udzielane na zasadzie „u mojej cioci było podobnie”, ukochanej metody telewizyjnego reklamowania „leków”, potwierdzają w tym wypadku zadziwiającą omnipotencję owego gestagenu, leczącego, tym razem - podobno zdaniem lekarza (!?) – nawet stany przednowotworowe. Ponieważ sprawa ociera się o ewentualną nagrodę Nobla, przeto cytuję ją w całości: *Drodzy, muszę założyć wątek tutaj po USG macicy: Trzon macicy powiększony adenomyosis śr. 17,15 i 17 mm AP – 52mm, – Endometrium – 18mm – Jajnik lewy – ok – Jajnik prawy – torbiel czekoladowa o śr. 28mm. Czytam i czytam o tej torbieli i zaskoczyła mnie informacja lekarza, że to stan przedrakowy. Leczona będę Visane – nie znam, nie używałam i nie lubię leków hormonalnych. Moje pytanie brzmi: czyżby lekarz miał rację, że to zmiana przedrakowa? Wg jego informacji jest mała i po leczeniu może się wchłonąć.*

Jak widać z zacytowanego wpisu internetowego, sama cytowana obywatelka forumowa miała wątpliwości, co do pryncypiów onkologicznych. Internet roi się od takich wpisów, budząc na przemian pusty śmiech lub zgrozę. Cytowany fragment „osobistych wynurzeń na forum bardzo publicznym”, zadziwiając swym ciekawym kulturowo ekshibicjonizmem, mimo wszystko sygnalizuje, że ewentualne nierzetelności opowiadane – podobno – przez lekarza, nie pozostają już w zaciszu gabinetu lekarskiego, lecz ulegają upowszechnieniu i to dość szerokiemu. To, że niewiele to zmienia, to również ciekawostka charakterystyczna dla współczesności.

Zagadnienia te wiążą się dość istotnie z głównym tematem - zaburzeń prokreacji. Niemal od zarania swych dziejów człowiek wykazywał się dążnością do oddzielenia sfery prokreacji od rozkoszy erotyki, które natura sprzęgła ze sobą niemal nierozzerwalnie. Można tu przytoczyć postać biblijnego Onana, który całkiem niezastępenie dał swe imię masturbacji, podczas gdy – według źródeł – był jednym z prekursorów kontroli poczęć.

Realizacja tych dążeń znalazła swe urzeczywistnienie w najbliższym – zdaniem laików – ideałowi sposobie antykoncepcji, jakim jest antykoncepcja hormonalna. Podkreślam, zdaniem laików, bowiem znawca biologii i medycyny dobrze wie, że mało prawdopodobnym jest [i będzie], zupełnie bezpieczne dla kobiety zahamowanie, często na wiele lat, a nawet dziesiątków lat, istoty kobiecości z hormonalnego punktu widzenia – to jest niezakłóconego dojrzewania i uwalniania z jajnika żeńskiej komórki rozrodczej. Przyjmując za dobrą monetę materialistyczny punkt widzenia i ślepe wiary w ewolucję, trudnym jest uwierzenie, że niezwykle ciekawy mechanizm tworzenia się komórek rozrodczych i ich zupełnie fascynujące zróżnicowanie płciowe, jest jedynie wynikiem ślepego przypadku a nie celowości dostosowania ewolucyjnego. Z jednej strony stała proliferacja męskiego nabłonka nasieniotwórczego i uwalnianie miliardów komórek rozrodczych w ciągu życia mężczyzny, a z drugiej zastanawiająca głęboko oszczędność i selekcja powodująca, że kobieta przychodzi na

świat wprowadzie z populacyjnym nadmiarem swych komórek rozrodczych jednakowoż, gdy porównamy ją z mężczyzną, ich ilość, ich liczbę – nieodparcie nasuwa się myśl o niezwyklej cennie biologicznej tych komórek. Stąd też teza, że bezkarnym z biologicznego punktu widzenia może być zatrzymanie procesów jajczkowania jawi się, jako absurdalna.

Oczywiście nie z punktu widzenia wytwórcy hormonalnych preparatów antykoncepcyjnych!

Wśród kobiet mających zaburzenia cyklu i związanej z nim płodności pewną grupę stanowią kobiety po wieloletnim hamowaniu swej płodności hormonalnymi preparatami antykoncepcyjnymi. Dokładne dane są trudne do uzyskania, jednak w pewnym odsetku obserwuje się przedłużone formy wtórnego braku miesiączkowania, połączonych z cyklami bezowulacyjnymi, co w zrozumiałym sposobie negatywnie rzutuje na ewentualne działania prokreacyjne. Istnieje również szereg zaburzeń rozwojowych, w tym mniej lub bardziej złożonych wad rozwojowych, wrodzonych kobiecego, czy męskiego narządu płciowego rzutujących negatywnie na płodność dotkniętych nim ludzi. Koniecznym jest wspomnienie o niezwykle istotnej – a często pomijanej, lub pozostającej w nieświadomości sfery psychicznej, której zaburzenia mają podstawowe znaczenie w zaburzeniu fizjologicznych mechanizmów rozrodu. Należy przypomnieć z całą mocą, że naczelnym narządem endokrynologicznym jest centralny układ nerwowy. Zatem, jeśli on nie funkcjonuje harmonijnie i w zgodzie z całym organizmem prokreacja nie jest możliwa. Wielu praktykom doskonale znane są przypadki, szczególnie z zakresu 20% grupy niepłodnych par, spośród których nie stwierdza się uchwytnej patologii, która uniemożliwiłaby naturalny rozród, a jednak cięży brak, i jej zaskakujące pojawienie się w sytuacji adopcji dziecka, lub innej formy spełnienia i uspokojenia rozedrganych emocji. Przykład kazuistyczny z własnej praktyki, kiedy to u kobiety doświadczonej przez jedno z niezwykle trudnych zdarzeń z zakresu patologii prokreacji, jaką jest utrata jednego jajowodu, wskutek destrukcyjnego wpływu ciąży ektopowej w tym jajowodzie zagnieżdżonej i wykonaniu kontrolnej laparoskopii, w której niedrożnym okazał się być drugi jajowód. Pacjentka przyjęła tę ostatnią wiadomość ze smutkiem, lecz pogodziła się z sytuacją, ponieważ już wcześniej wykluczyła ze swych starań zapłodnienie pozaustrojowe. Minęło 6 miesięcy od fatalnej w swym wyniku laparoskopii. Pacjentka zgłosiła się do gabinetu skarżąc się na wtórny brak miesiączki, a na pytanie o wynik testu ciążowego, odpowiedziała, – po co miałam go robić, przecież mam niedrożny jajowód! Jajowód niedrożny w laparoskopii, a w macicy 8 tygodniowe dziecko z bijącym serduszkami i wyraźnymi ruchami. Cud.

Każdy może na własny użytek dokonać różnych wyjaśnień tej sytuacji. Zwolennicy *in vitro* powiedzą – źle wykonana laparoscopia – być może mają rację, choć to niezwykle mało prawdopodobne, ale przyjmijmy wstępnie to tłumaczenie. Zwolennicy naturalnego podejścia do zagadnień prokreacji powiedzą – no, proszę, niedrożny jajowód na tyle – wskutek samonaprawczych mechanizmów – uległ sanacji, że jednak doszło do poczęcia. Z pewnością cechą łączącą te tłumaczenia było odstępianie zainteresowanej od permanentnego myślenia o ciąży i zajmowania swej kory mózgowej i ośrodków podkorowych odpowiedzialnych za emocje, stałym marzeniem i myśleniem o ciąży i ciągłym odmienianiem pytania, – dlaczego nie mamy dziecka?

To pytanie leży u podstaw działań par, które na swej drodze życiowej zetknęły się z niemożnością spełnienia swych najbardziej naturalnych potrzeb i instynktów. Potrzeby odtworzenia połowy swego materiału genetycznego, co uświadamia sobie jedynie wąska grupa osób, bowiem przy całym szacunku i podziwie wobec dotychczasowych osiągnięć nauki na polu odkrywania tajemnic ludzkiej prokreacji wiedza nasza jest nadal bardzo skromna i winniśmy zdecydowanie wykazywać więcej pokory w tych tak fundamentalnych dla ludzkości kwestiach.

Rola układu odpornościowego w prokreacji

Główną rolą układu odpornościowego jest ochrona organizmu przed drobnoustrojami chorobotwórczymi, a podstawą skutecznej obrony jest rozpoznanie tego co obce by go wyeliminować.

Zarodek ludzki, choć ma odmienny kod genetyczny, a w związku z tym inne antygeny powierzchniowe np. zgodności tkankowej, od pierwszych chwil swojego istnienia nie tylko nie jest atakowany przez komórki układu immunologicznego matki, lecz w sytuacji prawidłowo przebiegającej ciąży, może się dzięki nim optymalnie rozwijać.

Na ten moment wiemy, że istotnymi elementami tolerancji immunologicznej w ciąży u człowieka jest fizyczna oraz molekularna bariera między dzieckiem a matką, prawidłowo funkcjonujące środowisko hormonalne, nieobecność na trofoblaście klasycznych antygenów zgodności tkankowej (transplantacyjnych) MHC klasy I i klasy II, mechanizmy wyłączenia cytotoksycznych komórek gospodyni przez dziecko, lokalna cytokinowa immunosupresja, obniżona aktywność komplementu oraz występowanie specyficznych komórek immunologicznych, np. limfocytów T regulatorowych produkowanych przez organizm mamy.

Temat tolerancji przez matkę dziecka na każdym jego etapie rozwoju w okresie prenatalnym, począwszy od zygoty, a skończywszy na 9-miesięcznym płodzie, pozostaje wciąż w pełni niewyjaśniony. Jak skomplikowany jest to proces, dowiadujemy się gdy występują zaburzenia i wtedy mamy do czynienia z niepłodnością o podłożu immunologicznym, poronieniami nawykowymi, przedwczesnymi porodami czy śmiercią ciężarnych.

Czy odpowiednie odżywianie może poprawić płodność?

Już od dawna wiadomo, że to co jemy wpływa na stan naszego zdrowia i, że to co dla jednego jest pokarmem dla drugiego jest trucizną. Logicznym wydaje się, że to co jemy wpływa również na naszą płodność. Wraz z rozwojem przemysłu spożywczego pojawiły się i narastają niektóre, wcześniej nieznane lub nie tak rozpowszechnione choroby związane z odżywianiem. Jednym z problemów związanych z przetwarzaniem żywności (żywność wysoko przetworzona) są alergie czy nietolerancje pokarmowe. Rozwój wiedzy medycznej, szczególnie immunologii, ale także genetyki i innych dziedzin medycyny i biologii, postęp techniczny (nowe technologie i metody badawcze) pozwalają nam coraz więcej wiedzieć na ten temat. Mimo tego nadal na wiele pytań nie znamy odpowiedzi, wiele z problemów jest nie rozwiązanych. Zapewne jest to dziedzina, w której wiele przed nami. Osobnym problemem jest przejście od wiedzy do praktyki. Nie wystarczy wiedzieć jak dieta wpływa na zdrowie i płodność. Trzeba jeszcze umieć przełożyć tę wiedzę na umiejętności i to umiejętności życia codziennego. Wydaje się, że dalszym ciągiem tematu: "Czy odpowiednie odżywianie może poprawić płodność?" powinno być: Jak zmienić dietę aby poprawić płodność.

Jak zmienia się genom rodziców i jakie niesie to konsekwencje dla kolejnych pokoleń

Jest powszechnie znaną wiedzą, że dziecko dziedziczy połowę swojej informacji genetycznej od matki, a połowę od ojca. Pomijając pewną asymetrię w tej dziedziczonej informacji, wynikającą z faktu, że informacja mitochondrialna jest dziedziczona tylko od matki, a chromosom Y tylko od ojca, to istnieją jeszcze inne istotne różnice w sposobie dziedziczenia informacji od rodziców. Po pierwsze rodzice nakładają na DNA w produkowanych przez siebie gametach wzorce aktywności niektórych genów, w związku z czym nie można z dwóch komórek jajowych albo dwóch plemników skonstruować genetycznie prawidłowej zygoty. Znacznie istotniejszymi wydają się być jednak mechanizmy zapobiegające przekazywaniu istotnych defektów genetycznych potomstwu poprzez tworzenie wielu barier reprodukcyjnych, od blokowania produkcji gamet do selekcji prezygotycznej. Te bariery są łamane w procesach pozaustrojowego zapłodnienia, co zwiększa prawdopodobieństwo urodzenia dziecka z defektem genetycznym po tego typu zapłodnieniu.

CREIGHTON MODEL FertilityCare™ system – metoda rozpoznawania płodności i diagnozowania zaburzeń zdrowia prokreacyjnego

Prosta obserwacja objawów płodności towarzyszących cyklowi miesięczkowemu pozwala na rozpoznanie czasu fizjologicznej płodności, może też być źródłem uzyskiwania informacji dotyczących stanu zdrowia prokreacyjnego. Nauczanie i poradnictwo w zakresie metod rozpoznawania płodności zalecane jest przez Światową Organizację Zdrowia (1). Metody rozpoznawania płodności, dawniej znane jako metody planowania rodziny upowszechniane są w Polsce od niemalże pół wieku, głównie przez organizacje pozarządowe (2).

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje metody rozpoznawania płodności jako metody planowania lub unikania poczęcia, które polegają na obserwacji objawów i oznak świadczących o fazie płodności lub niepłodności w cyklu miesięczkowym, bez podejmowania współżycia w okresie płodnym, jeśli ciąża nie jest planowana. Stosowanie metody rozpoznawania płodności polega na codziennej obserwacji objawów płodności, które towarzyszą cyklowi miesięczkowemu. Kobieta obserwuje objaw śluzu szyjkowego, prowadzi pomiar podstawowej temperatury ciała, może też dokonywać samoobserwacji zmian szyjki macicy. W zależności od wybranej metody RP obserwacji podlegają jeden lub więcej głównych wskaźników płodności w cyklu miesięczkowym. Do znanych dziś metod RP należą metoda termiczna ścisła i poszerzona, metoda owulacji Billingsa, metody objawowo-termiczne jak metoda podwójnego sprawdzenia.

Obserwacja swego ciała, dokonywana przy okazji zwykłych czynności higieniczno-toaletowych daje samej kobiecie możliwość rozpoznania czasu fizjologicznej płodności oraz monitorowania swego stanu zdrowia.

Jedną z metod rozpoznawania płodności, w Polsce upowszechnianą dopiero od około trzech lat, jest Creighton Model FertilityCare™ System (CrMS). Jest to metoda standaryzowanej obserwacji biomarkerów cyklu miesięczkowego, głównie objawu śluzu szyjkowego, którą w monitorowaniu cyklu oraz w diagnozowaniu zaburzeń zdrowia prokreacyjnego posługuje się nowatorska dziedzina medycyny NaProTECHNOLOGY™. Twórcą metody jest lekarz, specjalista ginekolog i chirurg Thomas Hilgers, który przedstawił swoje osiągnięcia na ponad 1200 stronach podręcznika *The Medical & Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY™* (3). W USA NaProTECHNOLOGY™ stosowana jest już od ponad 30 lat i stale rozwijana przez Instytut Papieża Pawła VI w Omaha w USA (www.popepaulvi.com), The American Academy of FertilityCare Professionals z siedzibą w St. Louis oraz International Institute of Restorative Reproductive Medicine z siedzibą w Londynie.

W CrMS standaryzowane są sposób obserwacji, sposób zapisu obserwacji oraz sposób uczenia metody. Kobieta, para małżonków, uczy się prowadzenia i zapisu obserwacji swojego cyklu pod opieką Instruktora CrMS. Kobieta ma do dyspozycji określony zasób znaków, którymi zapisuje swoje codzienne obserwacje. Szybko para małżonków uczy się dostrzegać swoje okienko płodności w cyklu miesięczkowym, mogą podejmując współżycie w tym czasie zaprosić dziecko do swego życia.

Creighton Model FertilityCare™ System jest pierwszą, niezwykle ważną metodą diagnostyczną, którą posługuje się NaProTECHNOLOGY™. Ważna analiza zapisu obserwacji w karcie cyklu CrMS pozwala lekarzowi konsultantowi medycznemu w NaProTECHNOLOGY™ na zdiagnozowanie współistniejących zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Z analizy karty cyklu pacjentki lekarz może odczytać informacje, których nie mógłby uzyskać w inny sposób. Obserwacja cyklu umożliwia wykonanie koniecznych, uzupełniających badań diagnostycznych we właściwym czasie cyklu pacjentki, umożliwia też wdrożenie leczenia indywidualnie we właściwym czasie jej cyklu i monitorowanie postępów leczenia. Równolegle diagnozowany i leczony jest mężczyzna. W przypadku leczenia

niepłodności, po okresie diagnozowania i leczenia, po uzyskaniu dobrych cykli, poczęcie dziecka może dokonać się w sposób naturalny w akcie współżycia małżonków.

Piśmiennictwo:

WHO, Fertility Awareness Methods, Genewa 1987 oraz decyzja nr GMKH 160/93.

ROZPOZNAWANIE PŁODNOŚCI, Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym; praca zbiorowa pod redakcją prof. dr hab. Michała Troszyńskiego; Warszawa 2009.

Hilgers TW; The Medical & Surgical Practise of NaProTECHNOLOGY™, Omaha, Nebraska USA; Pope Paul VI Institute Press 2004.

Chirurgia w NaProTECHNOLOGY™

Ponad 30 lat temu American Board of Obstetrics and Gynecology zaakceptował trzy podspecjalizacje:

- onkologię ginekologiczną,
- perinatologię,
- endokrynologię rozrodu (niepłodność i inne zaburzenia hormonalne w zakresie rozrodczości).

Podspecjalizacja z endokrynologii rozrodu opierała się pierwotnie przede wszystkim na chirurgii miednicy mniejszej, czyli na przywróceniu prawidłowej anatomii i funkcji żeńskich narządów rodnych. Tak było do roku 1978, kiedy to na świat przyszło pierwsze dziecko uzyskane na drodze zapłodnienia in vitro. Od tego czasu specjalizacja ta zmieniła się diametralnie. O ile wcześniej w jej ramach dokonywano diagnostyki i leczono kobiety, o tyle od czasu wprowadzenia procedur in vitro endokrynologia rozrodu nastawiona jest na wykonywanie i rozwijanie tych procedur. Tym samym wielu lekarzy, szczególnie młodych, nie posiada dziś umiejętności chirurgicznych szczególnie z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej miednicy mniejszej. Zostały utracone umiejętności z zakresu mikrochirurgii, aplikacji z użyciem lasera. Tymczasem od wielu lat w ramach chirurgii NaProTECHNOLOGY™ z wielkim powodzeniem jest rozwijana chirurgia rekonstrukcyjna miednicy mniejszej, macicy, jajowodów i jajników. Przeprowadzana jest w taki sposób, że praktycznie całkowicie wolna jest od zrostów. W NaProTECHNOLOGY™ udało się zmniejszyć liczbę zrostów do poziomu 3 procent, podczas gdy po zwykłej operacji występują one – w zależności od ośrodka – do 50 procent i więcej przypadków.

W zakres chirurgii NaProTECHNOLOGY™ wchodzi m.in.:

- “near – contact” laparoscopy – czyli laparoscopia bliskiego kontaktu.

Laparoscopia bliskiego kontaktu została opisana i rozwinięta przez Redwine`a w 1987r. Aplikacja ta została włączona jako podstawowe narzędzie diagnostyczne w ramach chirurgii do szerokiego spektrum NaProTECHNOLOGY™. Operacje przeprowadzane tą techniką są niezwykle precyzyjne. Laparoscopia bliskiego kontaktu jest doskonałym narzędziem diagnostycznym, dzięki któremu można postawić diagnozę, szczególnie tam, gdzie tzw. współczesna medycyna rozkłada ręce i stwierdza “przyczyna nieznana” lub “idiopatyczna”, jak np. niepłodność czy nawracające poronienia. Mając postawioną diagnozę, można skutecznie leczyć pacjentkę. Jest to podstawowa zasada prawdziwej i rzetelnej medycyny, a taką jest właśnie NaProTECHNOLOGY™.

- skuteczne leczenie endometriozy, aż do możliwego całkowitego wyleczenia poprzez chirurgiczne usunięcie – jest najlepszą szansą na pozbycie się bólu miednicy mniejszej i zajście w ciążę,
- klinowa resekcja jajników - jako najskuteczniejsze leczenie zespołu policystycznych jajników,
- leczenie rozległych zrostów,
- rekonstrukcja macicy, jajników, jajowodów,
- selektywna histerosalpingografia i przesyżkowe cewnikowanie jajowodów.

Całość aplikacji chirurgicznej w NaProTECHNOLOGY™ wymaga niezwyklej precyzji, uwagi na detale, konieczności rozumienia przyczynowo – skutkowego. Jest to w pewnym sensie chirurgia plastyczna miednicy mniejszej.

Niepłodność jako wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej. Metody leczenia zachowawczego w NaProTECHNOLOGY™

Coraz częściej słyszy się, że personalizacja jest przyszłością medycyny - indywidualizowanie postępowania lekarskiego w oparciu o cechy biologiczne pacjentów otwiera możliwości skuteczniejszego postępowania, zmniejszenia objawów ubocznych i niepożądanych. NaProTECHNOLOGY™ umożliwia to dzięki aktywnemu włączeniu pacjentów w diagnostykę i leczenie poprzez prowadzenie nadzorowanych i standaryzowanych obserwacji cyklu miesięcznego. Dzięki tej współpracy możliwe jest dostosowanie czasu wykonywania hormonalnych badań laboratoryjnych i podawania leków (zwłaszcza w fazie lutealnej) do cykli nieregularnych i zapobieganiu „niepłodności jatrogennej” spowodowanej np standardowym (16-25 dzień cyklu) podawaniem progestagenów. NaProTECHNOLOGY™ nie traktuje niepłodności jako jednego rozpoznania lecz poszukuje diagnozy: dociera do przyczyn leżących u podstaw tego problemu. Niepłodność jest najczęściej konsekwencją licznych chorób przewlekłych, które rozpoznane i właściwie leczone pozwalają na przywrócenia prawidłowego funkcjonowania układu rozrodczego. Lekarze powinni rozszerzać swoje postępowanie diagnostyczne w postępowaniu z parami niepłodnymi i stosować strategię leczenia wieloczynnikowego w celu uzyskania lepszej skuteczności. Pośród rozpoznań stawianych przez NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności należy przytoczyć:

Przyczyny hormonalne: niski progesteron, niski estradiol, słaby rozwój pęcherzyka, niewydolność ciała żółtego, zespół policystycznych jajników, obniżona rezerwa jajnikowa, zaburzenia funkcji tarczycy, zaburzenia wydzielania prolaktyny.

Przyczyny chirurgiczne: endometrioza, zrosty, niedrożność jajowodów, wodniaki jajowodów, mięśniaki, polipy, przegroda macicy.

Zaburzenia owulacji wykrywane w ultrasonografii: niedojrzały pęcherzyk, częściowe pęknięcie pęcherzyka, luteinizacja niepękniętego pęcherzyka, opóźnione pęknięcie pęcherzyka, brak wżórka jajonośnego.

Inne przyczyny: nieprawidłowy śluz szyjkowy, przewlekłe zapalenie endometrium, niedobór endorfin, nietolerancje pokarmowe IgG, niedobory żywieniowe, zaburzenia immunologiczne

Schemat postępowania proponowany przez Instytut Pawła VI w leczeniu niepłodności to następujące po sobie:

Prowadzenie obserwacji cyklu według Creighton Model FertilityCare System™

Etap diagnostyki

Etap leczenia przyczynowego

W prezentacji przedstawiono przykłady skutecznego leczenia bardzo trudnych przypadków niepłodności matżeńskiej z wykorzystaniem możliwości NaProTECHNOLOGY™.

Interwencje dietetyczne w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym niepłodności i chorób współistniejących

Problem niepłodności dotyka coraz większą liczbę par w wieku rozrodczym. Ważnymi przyczynami niepłodności kobiecej są choroby o podłożu immunologicznym, w tym autoimmunologiczne zapalenie tarczycy - choroba Hashimoto, i endometrioza. Istnieje wiele danych na temat roli czynników dietetycznych w płodności. Badania sugerują, że odpowiednio zbilansowana dieta wspomaga leczenie niepłodności oraz stanowi właściwą profilaktykę w okresie prekonceptyjnym. Coraz częściej podejmowane są próby interwencji dietetycznych, opracowano model żywienia wspierający leczenie niepłodności kobiecej (ang. *fertility diet*), jednak do tej pory jednoznacznie nie udowodniono skuteczności leczenia dietetycznego w postępowaniu terapeutycznym w niepłodności i chorobach współistniejących. Dotychczas nie wykazano także istotnego związku pomiędzy nadwrażliwością pokarmową a zaburzeniami płodności – niestety większość obserwacji dotyczy jedynie klasycznej alergii pokarmowej i reakcji IgE-zależnych (typ I nadwrażliwości pokarmowej), które stanowią około 50% wszystkich niepożądanych reakcji układu immunologicznego po spożyciu pokarmu. Badania w kierunku alergicznej nadwrażliwości pokarmowej, szczególnie z udziałem mechanizmów IgE-niezależnych nie są prowadzone.

Ostatnio zwrócono uwagę na reakcje alergiczne mediowane przez przeciwciała klasy G (IgG_{1-4}), skierowane przeciwko antygenom pokarmowym (typ III nadwrażliwości pokarmowej). Badania wskazują, że mechanizmy IgG-zależnej nadwrażliwości pokarmowej mogą brać udział w przebiegu różnych mediowanych immunologicznie chorób, takich jak reumatoidalne zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita, astma oskrzelowa, zespół jelita nadwrażliwego, choroba Leśniowskiego-Crohna. Przypuszcza się, że kompleksy immunologiczne (tzw. immunotoksyny) utworzone z przeciwciał IgG i fragmentów białek pokarmowych wywierają szkodliwy wpływ na funkcjonowanie organizmu indukując stan zapalny – ogólnoustrojowy lub zlokalizowany w określonych tkankach. Nadal brakuje danych dotyczących częstości występowania pokarmowo-swoistych przeciwciał IgG1-4 oraz klinicznej oceny skuteczności diety eliminacyjnej u kobiet z rozpoznaniem choroby Hashimoto, zespołu policystycznych jajników i/lub endometriozy. Możliwość udziału dietetycznych czynników immunologicznych w przebiegu idiopatycznej niepłodności sugeruje także obserwacja zwiększonej częstości występowania autoimmunologicznej choroby trzewnej - celiakii, szczególnie postaci subklinicznej współistniejącej między innymi z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy.

W ramach wielodyscyplinarnego postępowania terapeutycznego zaburzeń płodności

i chorób współistniejących proponujemy kompleksowy program żywieniowy uwzględniający immunologiczne i nie-immunologiczne wsparcie dietetyczne. Program ma na celu bezpieczną i skuteczną optymalizację odżywiania na podstawie ilościowej i jakościowej analizy żywienia z uwzględnieniem pokarmów wzmacniających naturalny potencjał antyoksydacyjny organizmu oraz ocenę i eliminację z diety potencjalnie szkodliwej żywności indukującej stan zapalny w oparciu o oznaczenie swoistych przeciwciał IgG1-4 przeciw antygenom pokarmowym.

Maciej E. Barczeniewicz
„Macierzyństwo i Życie” Przychodnia Specjalistyczna, Lublin
Fundacja Instytut Leczenia Niepłodności Matżeńskiej im. Jana Pawła II

Czynnik męski jako jedna z przyczyn obniżonej płodności

Psychologiczny aspekt niepłodności

W żadnym innym działaniu człowiek nie podejmuje takiego ryzyka, jak w rozrodzie.

Fakt ten najczęściej nie jest przez człowieka uświadamiany. W oczekiwaniu na potomka wyłaniają się następujące obszary ryzyka:

– osobisty, dotyczący własnej osoby – w pełni zaakceptowania swojej nowej roli – matki vs. ojca dziecka, godzenia się na doświadczenie nowej jakości życia. Niezamierzony brak potomstwa jest doświadczeniem porównywalnym do katastrofy, życiowej porażki.

– społeczny, w odniesieniu do przekonań o ciągłości ludzkości, w kontekście przygotowania dziecka do pełnienia wielu ról, zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi. Brak potomstwa jest subiektywnie odbierane jako pretekst wykluczenia społecznego, ze względu na nie realizowanie zadań związanych z prokreacją.

– psychologiczny, dotyczący możliwości osiągnięcia najwyższego poziomu rozwoju, poprzez podjęcie zadań z opieką nad dzieckiem i przygotowaniem go do życia w samodzielności, Nieplanowana bezdzietność traktowana jest jak stygmat, kara, poczucie winy, doświadczana jako cierpienie z powodu braku możliwości realizowania misji i zadań uznanych społecznie za wartościowe. Często towarzyszy obniżony nastrój, stan frustracji, lęk, depresja, ograniczenie celów do realizacji.

– medyczny – choroba, której skutki dotyczą człowieka na poziomie ciała poprzez stwierdzenie nieprawidłowego funkcjonowania układu rozrodczego odrębnie lub w konkretnym związku kobiety i mężczyzny. Osoby chcące rozwiązać problem niechcianej bezdzietności wyrażają zgodę na poddanie się wielu zabiegom medycznym o różnym stopniu inwazyjności. Po skutecznym leczeniu niepłodności, kolejnym obszarem ryzyka jest stan zdrowia matki przed i w czasie trwania ciąży, przebieg i rozwój ciąży/płodu, przebieg porodu i stan zdrowia noworodka.

– personel medyczny – dla którego brak terapeutycznych sukcesów w postaci uzyskania ciąży może rodzić poczucie porażki lub/i stan frustracji.

– dziecko – którym po porodzie będą opiekowali się rodzice, wcześniej poddani oddziaływaniu bardzo silnego stresu, na różnych etapach diagnozowania i leczenia niepłodności.

Wykaz lekarzy i instruktorów NaProTECHNOLOGY™

Lekarze naprotechnolodzy

MIEJSCOWOŚĆ	IMIĘ I NAZWISKO, SPECJALIZACJA	EMAIL, TELEFON, STRONA WWW
WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE		
Bydgoszcz	Grażyna Pachecka specjalista ginekolog, położnik	grazynapachecka@wp.pl 603 216 316
WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE		
Lublin	Maciej Barcentewicz specjalista ginekolog, położnik	maciej.barcentewicz@macierzynstwoizycie.pl 601 164 523 www.macierzynstwoizycie.pl
Lublin	Anna Dzioba specjalista medycyny rodzinnej	annadzioba@ymail.com (81)442-92-20

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE		
Kraków	Leszek Lachowicz specjalista ginekolog, położnik	663 178 699
WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE		
Warszawa	Piotr Klimas rezydent z ginekologii i położnictwa	naprotechnology@gmail.com (22) 409-19-06 www.vimed.pl
Warszawa	Aleksandra Baryła specjalista ginekolog, położnik	olenkabar@wp.pl 501 669 674
Warszawa	Natalia Suszczewicz lekarz stażysta	plodnosc@gmail.com 533252380
Warszawa	Wiktor Miechowski specjalista medycyny rodzinnej	mehov2@o2.pl 510 344 100
WOJEWÓDZTWO PODLASKIE		
Białystok	Tadeusz Wasilewski specjalista ginekolog, położnik	klinika@napromedica.pl (85) 653-12-70 www.napromedica.pl
WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE		
Skoczów	Adam Kuźnik specjalista medycyny rodzinnej	adam.kuznik@creightonmodel.com.pl 783 378 686 www.poradniarodzinna.skoczow.pl
Bielsko-Biała	Daria Makuła-Wesołowska rezydent chorób wewnętrznych	darnapro@gmail.com 504 776 461
Bielsko-Biała	Marcin Wesołowski rezydent patomorfologii	marwesnapro@gmail.com 504 776 461
Rydułtowy	s. Augustyna Milej specjalista ginekolog, położnik	sagostina@o2.pl

Instruktorzy Modelu Creighton

POLSKA		
Miejscowość	Imię i Nazwisko, status	Email, telefon, strona www
WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE		
Wrocław	Agata Aniszczyk Practitioner Intern	am@aniszczyk.pl 697 782 456 www.naprotechnologiawroclaw.pl
WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE		
Inowrocław	Marzena Lewandowska Practitioner	marzena.lewandowska@o2.pl 783 369 378_
WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE		
Lublin	Anna Dzioba Practitioner Intern	annadzioba@ymail.com (81)442-92-20
Lublin	Małgorzata Pezda Practitioner Intern	gosiauniap@wp.pl 513 532 746
Lublin	Anna Wojtyła Practitioner	annawojtyla1@wp.pl 663 205 031
Lublin	Monika Szczepanik Practitioner Intern	pronapro.mszczepanik@gmail.com 605 991 266
WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE		
Sulechów k/Z.Góry	Barbara Jasińska Practitioner Intern	barbarajasinska7@o2.pl 607 661 338
Województwo łódzkie		
Wieluń	Anna Dziuba-Marzec Practitioner	anna.dziuba-marzec@fertilitycare.net 607 822 291 www.napro.dl.pl

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE		
Kraków	Beata Helizanowicz Practitioner	b.helizanowicz@naprolife.pl 607 331 933 www.naprolife.pl
Kraków	Iwona Koprowska Practitioner Intern	iwona.koprowska@creightonmodel.com.pl 510 090 696
Kraków	Piotr Michalski Practitioner Intern	piotr.michalski@creightonmodel.com.pl 889 015 556
Kraków	Anna Orkisz Practitioner	anna.orkisz@creightonmodel.com.pl 601 053 629
Kraków	Izabela Salata Practitioner	izabela.salata@creightonmodel.com.pl 503 536 604 www.naproplus.pl
Kraków	Marta Wierzbicka-Kuczaj Practitioner	marta.kuczaj@naprosystem.com.pl 664 243 829
Tarnów	Agnieszka Juszczyk Practitioner	agnieszka.juszczyk@naprocare.pl 693 110 006 www.naprocare.pl
WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE		
Warszawa	Edyta Kopera Practitioner Intern	edyta.kopera@creightonmodel.com.pl 791 999 684
Warszawa	Elżbieta Marchlewska Practitioner	elzbieta.marchlewska@creightonmodel.com.pl 609 358 846 www.naprotechnology.waw.pl
Warszawa	Małgorzata Mąsiorska Practitioner Intern	malgorzata.masiorska@creightonmodel.com.pl 603 155 751
Warszawa	Agnieszka Pietrusińska Practitioner	agnieszka.pietrusinska@gmail.com 796 740 115
Warszawa	Hanna Kamińska Practitioner	hannah@fertilitycare.net 607 180 325
Warszawa	Magdalena Wójcik Practitioner Intern	magdalena.wojcik1986@gmail.com 504 191 938
Radom	Katarzyna Kaszo-Stanik Practitioner	katarzyna.stanik@creightonmodel.com.pl 510 052 049
Warszawa	Natalia Suszczewicz Practitioner Intern	plodnosc@gmail.com 533 252 380
WOJEWÓDZTWO PODLASKIE		
Białystok	Agnieszka Ostrowska Practitioner Intern	agnieszka.ostrowska@creightonmodel.com.pl (85) 6531270
Białystok	Agata Szadowska Practitioner Intern	agata.szadkowska@creightonmodel.com.pl (85) 6531270
Białystok	Marta Wiesławska Practitioner Intern	(85)6531270

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE		
Gdańsk	Aleksandra Gucka Practitioner Intern	a.gucka@darplodnosci.pl 504686992 www.darplodnosci.pl
WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE		
Mysłowice	Ewa Jurczyk Practitioner	ewa@naprofamilia.pl 882 795 099 www.naprofamilia.pl
Milówka	Katarzyna Morzy Practitioner	katarzyna.morzy@op.pl 505 682 499
WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE		
Olsztyn	Lena Szturomska-Jóźwik Practitioner Intern	lena.szturomska@gmail.com 609 925 755
WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE		
Poznań	Paulina Michalska Practitioner Intern	Paulina.michalska@creightonmodel.com.pl 661 145 459
Poznań	Mirosława Szymaniak instruktor	mirka.szymaniak@creightonmodel.com.pl 667 296 723 www.pronapro.pl
Poznań	Magdalena Urbanowicz Practitioner Intern	Magda@mim.com.pl 501 594 954
WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE		
Szczecin	Katarzyna Sachaj Practitioner Intern	k.sachaj@gmail.com 503 398 303
Szczecin	Karolina Klek Practitioner Intern	karolaklek@gmail.com 693 867 762
IRLANDIA		
Salthill, Galway	Agata Baranowska Practitioner Intern	agatabaranowska@fertilitycare.net 353 87 6184939
Newtown-abbey, Antrim	Ludwika Ukleja Practitioner Intern	Uklejki12@gmail.com 44 79 8328992
NIEMCY		
Bochum	Ewa Tomiak Practitioner Intern	evet@autograf.pl 49 1746822957
USA		
Bronx, NY	Joanna Nycz- Wasilec Practitioner	j_nowak77@hotmail.com 1 718 542 7325
SZKOCJA		
Kirkcaldy	Justyna Szewczyk Practitioner Intern	justynaszewczyk@aol.com 447569 803903

Strony www zawierające informacje i artykuły dotyczące NaProTECHNOLOGY™

<http://www.popepaulvi.com/>

<http://www.fertilitycare.org/>

<http://fertilitycare.net/>

<http://www.aafcp.org/>

<http://www.naprotechnology.com/>

<http://www.creightonmodel.com/>

<http://naprotechnology.pl/>

<http://www.naprofamilia.pl/>

<http://www.leczenie-nieplodnosci.pl>

<http://www.macierzynstwoizycie.pl/>

<http://www.napromedica.pl/>

<http://www.problemyzplodnoscia.pl/>

<http://naprotechnologia.wroclaw.pl>