



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Sympozjum "Naprotechnologia czy in vitro" : (Kraków, 22 maja 2010)

Author: Wojciech Surmiak

Citation style: Surmiak Wojciech. (2010). Sympozjum "Naprotechnologia czy in vitro" : (Kraków, 22 maja 2010). "Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne" (T. 43, z. 2 (2010), s. 488-491).



Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu tak długo, jak tylko na utwory zależne będzie udzielana taka sama licencja.

Ks. WOJCIECH SURMIAK

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Wydział Teologiczny

Symposium „Naprotechnologia czy *in vitro*” (Kraków, 22 maja 2010)

Dnia 22 maja 2010 r. w gościnnych murach Centrum Dydaktyczno-Kongresowego *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego przy ul. Św. Łazarza w Krakowie odbyło się sympozjum „Naprotechnologia czy *in vitro*”. Spotkanie zostało zorganizowane przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka, które od sierpnia 2004 r. aktywnie prowadzi swoją statutową działalność wydawniczą (m.in. periodyk „Służba Życiu. Zeszyty Problemowe”), lobbingsową (liczne ulotki informacyjne i materiały prasowe dotyczące ochrony życia) oraz charytatywną (pomoc ponad stu samotnym matkom w wychowaniu ich potomstwa).

Na temat zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro* słyszy się wiele, ale czym jest NaProTechnology® (*Natural Procreative Technology*)? Czy jest alternatywą dla *in vitro*? Naprotechnologia jest terapią medyczną służącą wspomaganie płodności oraz leczeniu niepłodności i wielu problemów ginekologicznych. W Polsce stała się ona ostatnio przedmiotem medialnych debat przy okazji prób prawnego uregulowania kwestii bioetycznych związanych z procedurą *in vitro*. Zaproponowany temat sympozjum zawarty w alternatywie NaProTechnology® albo *in vitro* okazał się nader interesujący, gdyż do wzięcia udziału w obradach zgłosiło się ponad 400 osób, a wśród przybyłych gości byli nie tylko bioetycy i lekarze, ale także liczni studenci medycyny, pedagogiki, filozofii i teologii.

Na wstępie przywitał wszystkich prelegentów i uczestników prezes Stowarzyszenia dr inż. Antoni Zięba, który zarysował pokrótce problematykę i program całego sympozjum. W spotkaniu przewidziano 4 referaty i końcową dyskusję. Jako pierwszy głos zabrał prof. dr hab. n. med. Bogdan Chazan dyrektor Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. Świętej Rodziny w Warszawie, były krajowy konsultant do spraw ginekologii i położnictwa. W swoim wystąpieniu podjął zagadnienie „Profilaktyki i leczenia niepłodności”.

W pierwszej części swego wystąpienia prelegent skupił się na zagadnieniu etiologii niepłodności. Wykład rozpoczął od przytoczenia zatwierdzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicji niepłodności, a mianowicie, że jest nią stan, w którym nie dochodzi do poczęcia dziecka po 12 miesiącach regularnego współżycia”. Prof. Chazan zwrócił uwagę na to, że jest to stan, a nie choroba, który dotyczy obojga małżonków. Ponadto mankamentem tej definicji jest fakt, że przeprowadzone badania wskazują na to, że 10% płodnych par nie zachodzi w ciążę po roku regularnego współżycia, a 5% nawet po dwóch latach. Wśród najczęściej wymienianych pozamedycznych przyczyn niepłodności wskazuje się na: stałe opóźnianie czasu planowania poczęcia się dziecka przy jednoczesnym bardzo wczesnym rozpoczynaniu współżycia seksualnego, skracanie okresu pragnienia dziecka tylko do kilku lat życia, szerokie stosowanie antykoncepcji, a przez to zachwianie gospodarki hormonalnej organizmu nie tylko kobiety, ale i mężczyzny, choroby

przenoszone drogą płciową na skutek wielkiej liczby partnerów seksualnych, czynniki środowiskowe, takie jak obecność metali ciężkich, styl życia, alkohol, papierosy, otyłość.

Niegdyś traktowano pojawienie się dziecka w małżeństwie jak nadejście deszczu – „wiadomo, że przyjdzie, ale nie wiadomo kiedy”. Obecnie prokreacja ze względu na przewidywane powikłania w życiu matki i dziecka, jawi się jako coś bardzo ryzykownego. Okres ciąży jest tylko przykrym etapem przejściowym w życiu kobiety (będę mamą, a nie – jestem mamą), który znacznie pogarsza jakość jej życia. Poród pojmowany jest jako ogromny szok dla matki i dziecka. Karmienie piersią jest wielkim wyzwaniem, które coraz trudniej podjąć. Wspomniane czynniki spowodowały silną medykację prokreacji (dlatego tak ogromną rolę przywiązuje się do kontroli płodności i planowania dziecka, dlatego tak często rozważa się możliwość sztucznego zapłodnienia celem uniknięcia wszelkich zagrożeń).

W drugiej części swojego wystąpienia prof. Chazan skupił się na zagadnieniu leczenia niepłodności. Wskazał na trzy elementy troski o płodność (*fertility care*): profilaktykę (jest ona zawsze tańsza niż leczenie i odnosi się przede wszystkim do zmiany stylu życia), leczenie (przyczynowe i objawowe) oraz rehabilitację. W profilaktyce ważna jest nie tylko profilaktyka pierwotna usuwająca podstawowe czynniki ryzyka (wychowywanie do opóźniania inicjacji seksualnej, do wstrzemięźliwości i do wierności), ale i profilaktyka wtórna, której celem jest wczesna wykrywalność chorób, mogących wpływać na płodność człowieka. Jeśli chodzi o leczenie niepłodności to najczęściej stosuje się leczenie hormonalne i chirurgiczne, ale coraz częściej konieczne jest także leczenie natury psychologicznej. Każdy ze sposobów leczenia musi być poprzedzony stosownym wywiadem i badaniem przedmiotowym obojga partnerów. Zgłaszalność par w celu leczenia niepłodności zależy między innymi od częstotliwości niepłodności, od dostępności tego typu leczenia oraz sposobu jego finansowania. Jednym z podstawowych postulatów dla polityki zdrowia jest organizowanie ośrodków leczenia niepłodności, w których byłby realizowany program zdrowotny w celu polepszenia płodności człowieka.

W końcowym fragmencie swojego wystąpienia prof. Chazan przypomniał, że techniki sztucznego zapłodnienia nie są leczeniem niepłodności, gdyż po ich zastosowaniu pary w dalszym ciągu nie mogą w naturalny sposób począć dziecka. Niejednokrotnie także tzw. kliniki leczenia niepłodności stosujące metody *in vitro* przyjmują w grono swoich „pacjentów” osoby młode i nie do końca zdiagnozowane, co do przyczyn niepłodności. Wszystko robi się po to, aby zwiększyć statystyki skuteczności stosowanych metod.

Drugim z prelegentów był lek. med. Tadeusz Wasilewski, kierownik pierwszej w Polsce kliniki leczenia niepłodności małżeńskiej przy zastosowaniu NaProTechnology®. Warto zaznaczyć, że prelegent nim stworzył klinikę „NaProMedica” w Białymstoku przez 15 lat był współwłaścicielem jednej z klinik stosującej techniki sztucznej reprodukcji. Dr Wasilewski wygłosił wykład: „Życie i godność istoty ludzkiej w leczeniu niepłodności małżeńskiej”.

Prelegent rozpoczął swoje przedłożenie od przypomnienia podstawowych zagadnień związanych z tematyką niepłodności małżeńskiej. Patogeneza niepłodności wskazuje na to, że 40% przypadków niepłodności w małżeństwie leży po stronie kobiety, 40% po stronie mężczyzny i w 20% po jednej i drugiej stronie. Jeżeli chodzi o czynniki powodujące niepłodność to w 20–30% są to czynniki hormonalne, w 20–30% czynniki mechaniczne, w 5% czynniki immunologiczne i w 10–20% czynniki idiopatyczne.

Współczesna medycyna rozrodu obejmuje trzy rodzaje działań zmierzających do przywrócenia zdolności prokreacyjnych w małżeństwie: nadzór nad naturalnym cyklem kobiety, sztuczną inseminację oraz zapłodnienie pozaustrojowe. To ostatnie zawiera w sobie dwie grupy działań: farmakologiczną, która ma na celu pobudzenie dojrzewania pęcherzyków Graffa oraz biotechnologiczną. Dr Wasilewski zwrócił uwagę na zagrożenia życia

i zdrowia matki i dziecka związane z techniką FIVET (m.in. ostry zespół hyperstymulacji jajników, ciąży mnogie, nieprawidłowości genetyczne). W wyniku sztucznego zapłodnienia wzrasta o 30–40% ryzyko występowania wad wrodzonych u dziecka.

W końcowej części swojego przedłożenia dr Wasilewski zwrócił uwagę na etyczne elementy techniki *in vitro*. Tworzenie w trakcie procesu sztucznej reprodukcji embrionów nadliczbowych, diagnostyka preimplantacyjna, kriokonserwacja embrionów, embrioredukcja oraz aborcja selektywna chorych zarodków sprawiają, że – jak twierdził prelegent – „życie nie jest dla wszystkich dzieci” i niejednokrotnie przybiera znamiona czystej eugeniki, gdyż „chore zarodki nigdy nie będą wśród nas”. Jest to zresztą jedno z założeń *European Society of Human Reproduction and Embriology* (ESHRE), którego głównym zadaniem jest takie leczenie niepłodności, które zostaje uwieńczone urodzeniem jedynie zdrowego (sic!) dziecka. Warto pamiętać także o kwestii zasadniczej, że w przypadku sztucznej reprodukcji poczęcie nie jest owocem jednoczącego aktu płciowego rodziców, ale wynikiem procesu technicznego, który bezpośrednio narusza godność osoby ludzkiej.

Po krótkiej przerwie kawowej głos zabrała p. Daria Miłkuła-Wesołowska, lekarz internista. Na co dzień, oprócz praktyki internistycznej, jest także konsultantem medycznym NaProTechnology®, czyli osobą zajmującą się leczeniem niepłodności zgodnie z zasadami metody NaPro®. Swoje wystąpienie poświęciła zagadnieniu: „NaProTechnology – realne rozwiązanie prawdziwych problemów”. Naprotechnologia – wykorzystująca naturalne metody leczenia niepłodności i naturalne techniki prokreacyjne – wyróżnia się wieloma zaletami: łączy w sobie planowanie rodziny z monitorowaniem zdrowia kobiety w wieku prokreacyjnym, edukują pacjentów, która pozwala wyzwolić moc kobiecego cyklu i ułatwia dokonywanie wyborów dotyczących prokreacji. Naprotechnologia to coś więcej niż planowanie rodziny, gdyż pozwala ona podejmować decyzje o współżyciu zgodnie z wyrażaną intencją, umożliwia potwierdzenie deklarowanych wartości światopoglądowych oraz podtrzymywanie więzi pomiędzy przekazywaniem życia a miłością małżeńską. Zdaniem prelegentki, naprotechnologia jest rzeczywistym rozwiązaniem problemów związanych nie tylko z przewyciężeniem niepłodności małżeńskiej, ale i z bolesnym miesiączkowaniem, z syndromem napięcia miesiączkowego, torbielami jajników, nawracającymi poronieniami spontanicznymi, przedwczesnymi porodami, depresją poporodową, endometriozą, zaburzeniami hormonalnymi czy wpływem stresu na przebieg cyklu miesiączkowego.

Cały proces leczenia trwa około dwóch lat i składa się z trzech etapów. W pierwszym tzw. okresie przygotowawczym dokonuje się przy pomocy instruktora obserwacji, a następnie interpretacji kart obserwacji co najmniej 3 cykli miesięcznych kobiety, opierając się na tzw. *Creighton Model System* (CrMS). Podstawowym zadaniem tego etapu jest stworzenie indywidualnego profilu hormonalnego kobiety. W drugiej kolejności przeprowadza się diagnostykę ewentualnych zaburzeń i wykonuje się podstawowe badania ginekologiczne, ultrasonograficzne, biochemiczne (bada się także nasienie męskie, które zostaje pobrane w naturalny sposób w czasie stosunku seksualnego za pomocą specjalnego kapturka naprotechnologicznego). W trzecim etapie przeprowadza się przy współudziale *medical consultant* terapię hormonalną i chirurgiczną, której celem jest przywrócenie zdrowia i właściwego funkcjonowania cyklu miesiączkowego (w zasadzie dąży się do uzyskania 12 dobrych cykliów). To właśnie wtedy stosuje się tzw. *celowane współżycie* w wyniku którego powinno dojść do zapłodnienia i rozwoju ciąży.

Jeśli chodzi o skuteczność naprotechnologii w przypadku braku ograniczonej płodności to w skali jednego cyklu jest ona rzędu 76%, w skali 3 cykliów 90% a w skali 6 cykliów 98%. Z kolei u par z ograniczoną płodnością skuteczność leczenia wynosi 50%. Na pewno naprotechnologia jest alternatywą dla technik sztucznej reprodukcji, gdyż chroni jedność

małżeńską i przekazywanie życia na sposób ludzki, tzn. w wyniku aktu małżeńskiego, jest wolna od dylematów moralnych i nie powoduje krzywdy osób trzecich.

Na zakończenie wystąpienia dr Darii Mikuły-Wesołowskiej został zaprezentowany film ukazujący działalność kliniki naprotechnologii w Galway w Irlandii. Klinika ta została założona przez twórców metody – dra Phila Boyla i prof. Thomasa Hilgersa, twórcę Pope Paul VI Institut w Omaha (Nebraska, USA) i autora podręcznika *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology®*.

Jako ostatnia głos zabrała dr Edyta Kopera, biolog, instruktor naprotechnologii i *Creighton Model System (CrMS)*. Przedstawiła wykład na temat „Zalety współpracy pacjenta, lekarza i instruktora CrMS”. Współpraca trzech wspomnianych podmiotów jest rzeczywistą koniecznością w celu właściwego prowadzenia diagnostyki i leczenia niepłodności. Każdy przypadek zawsze zachowuje swój indywidualny charakter, gdyż jest to „program szyty niejako na miarę” konkretnych potrzeb pacjentów. Model płodności Creightona to metoda oparta na obserwacji biopskaźników (np. śluzu) podczas cyklu miesięcznego kobiety. CrMS pozwala kobiecie nie tylko na dogłębne zrozumienie rytmu własnej płodności, ale także na świadome i efektywne kontrolowanie własnego zdrowia. Płodność jest objawem zdrowia, dlatego szczególnie kobieta zobowiązana jest do wsłuchiwania się w swoje ciało i w stopniowe zrozumienie jego mowy. Ważne jest także, aby małżonkowie wspólnie pogłębiali wzajemną więź i poznawanie siebie. Pacjenci zobowiązani są do prowadzenia rzetelnych obserwacji i ich zapisu w ustandaryzowany sposób, zgodny z CrMS i z zaleceniami instruktora i konsultanta medycznego.

Instruktor winien cechować się integralnym i indywidualnym podejściem do każdej pary. Jego zadaniem jest rzetelne przekazanie wiedzy i umiejętności w zakresie stosowania CrMS, a także – w ramach regularnych spotkań – monitorowanie sposobu zapisu obserwacji cyklu oraz rozwiązywanie ewentualnych nieprawidłowości. I w końcu lekarz (*medical consultant*) za pomocą zabiegów hormonalno-chirurgicznych dąży do przywrócenia w miarę regularnych cykli. Współpraca pacjentów, instruktora i lekarza ma swój charakter dynamiczny, którego celem jest przywrócenie naturalnego potencjału zdrowia, wzajemna odpowiedzialność i podmiotowe traktowanie każdej z osób.

Na zakończenie sesji przewidziano krótką dyskusję. Warto zwrócić uwagę na dwa spostrzeżenia, które pojawiły się w jej trakcie. Jeden z uczestników zwrócił uwagę na fakt, że w bazach bibliotecznych można znaleźć ponad 28.000 publikacji na temat *in vitro*, a tylko 1 (słownie: jedną) na temat naprotechnologii (chodzi o jedyny jak dotąd zrecenzowany artykuł, który pojawił się we wrzeniu 2008 r. w „American Journal of Family Board Medicin”), i zapytał, skąd bierze się ta dysproporcja. W odpowiedzi usłyszał, że gdy pytano, dlaczego naturalne metody są tak niepopularne, to stwierdzono, że „ich wadą jest to, że są za darmo”. Podobnie jest z naprotechnologią. Za klinikami *in vitro* stoją potężne pieniądze, ogromne *lobby* i wielkie dochody. Drugie z pytań dotyczyło niepłodności męskiej, iż rzekomo jest przekazywana w *in vitro*. Dr Wasilewski odpowiedział, że trzeba by dokonać bardziej szczegółowych badań, ale jeśli jest to niepłodność genetycznie uwarunkowana to w przypadku zastosowania ICSI, czyli docytoplazmatycznej iniekcji spermy, z pewnością nastąpi powielenie tej nieprawidłowości.

Podsumowania bardzo ciekawych i rzeczowych obrad dokonał Prezes Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka dr inż. Antoni Zięba. Warto dodać, że przez cały czas trwania sympozjum można było skorzystać ze szczegółowych informacji na temat naprotechnologii w Polsce. Informacji tych udzielali obecni na spotkaniu instruktorzy i konsultanci medyczni. Każdy z uczestników otrzymał też stosowne materiały informacyjne w postaci broszur i płyt CD.