

BĘDZIEMY RODZICAMI W OCZEKIWANIU NA DZIECKO

Czwartek, 25 maja 2023

Redaktor prowadzący: Kamilla Sierocka



Nowoczesna
ginekologia

2

Nie ma porodu
bez lęku

3

Zapłodnienie in vitro,
co warto wiedzieć

8

ROZMOWA Z

DR MARTA BLUMSKA-JANIAK
specjalistką położnictwa i ginekologii**KAMILA SIEROCKA: Z jakimi problemami najczęściej zgłaszają się do pani pacjentki po porodzie?**

DR MARTA BLUMSKA-JANIAK: Istnieje wiele problemów, które utrudniają kobietom codzienne funkcjonowanie, pogarszając tym samym jakość życia po porodach drogami natury, ale również po ciążach zakończonych cięciem cesarskim. Warto wspomnieć, iż nie ma znaczenia, czy kobieta urodziła raz, czy wiele razy. Już jeden poród czy ciąża mogą zostawić po sobie uporczywe objawy. Oczywiście dolegliwości pojawiają się statystycznie częściej u pań mających więcej dzieci, tych, które rodziły w starszym wieku, mniej przygotowanych fizycznie i mentalnie do ciąży, porodu i pogoju. Nie bez znaczenia są uwarunkowania genetyczne. Pacjentki zgłaszają zaburzenia w zakresie kontroli nad moczem: wysiłkowe nietrzymanie moczu, pęcherz nadreaktywny, mieszane nietrzymanie moczu, parcia naglące, częstomocz. Są także problemy z blizną po nacięciu czy szyciu krocza. Mogą pojawiać się bóle, dyskomfort, bolesność, otarcia, asymetria czy nieestetyczny wygląd wejścia do pochwy. To wszystko przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu oraz podczas współżycia. Niejednokrotnie z tych powodów kobiety nie współżyją od porodu nawet przez kilka miesięcy. Nieprawidłowo zszyte lub zagojone krocze daje efekt otwartego ujścia zewnętrznego pochwy. Efektem jest nabieranie powietrza do pochwy oraz wydobywanie się krępujących odgłosów na zewnątrz. Pojawia się również osłabienie przyjemności seksualnej podczas penetracji przede wszystkim dla kobiety, ale również dla partnera. Niestety, otwarta pochwa ma skłonność do nawracających infekcji, upławów, dyskomfortu. Bywa, że krocze jest zbyt mocno zszyte i nadmiar tkanek w wejściu do pochwy stanowi przeszkodę dla współżycia.

Czy tylko blizny dają się we znaki?

– Bywa, że przerośnięte, pozaciągane blizny po cięciu cesarskim są nie tylko nieestetyczne, ale również powodują ból czy uczucie ciągnięcia. Cięcie cesarskie jest poważną operacją, która pozostawia nie tylko parunastocentymetrowy ślad na skórze. Blizny są na wszystkich przecinanych, a potem zszytych warstwach i nierzadko dają konsekwencje na całe życie.

Wróćmy do porodów naturalnych.

– Poszerzona pochwa pogarsza odczucia seksualne. Nietrudno wyobrazić sobie, jak poporodowe problemy intymne mogą obniżać pewność siebie i utrudniać pożywanie seksualne. To nie poprawia i tak trudnego dla par okresu niemowlęcego ich upragnionego dziecka.

Jak nowoczesna ginekologia może pomóc w takich przypadkach?

– Z przyczyn funkcjonalnych i estetycznych pacjentki proszą o pomoc przy nieprawidłowościach w budowie narządów płciowych zewnętrznych: warg sromowych mniejszych, warg sromowych większych czy napletka lechtaczki. Przerosty i asymetrie tych organów stanowią codzienny problem i także pogarszają jakość współżycia. Ciąża i poród często nasilają występujące już wcześniej objawy. Stan po ciąży i pogoju to jest też czas, kiedy panie planują operacje i zabiegi plastyczne czy estetyczne.

Zdarzają się także poporodowe problemy z pogranicza ginekologii oraz proktologii. Bywa, że pojawiają się problemy z dolnym odcinkiem przewodu pokarmowego: hemoroidy, faldy anodermi, nietrzymanie gazów i stolca. Przy prawidłowej diagnostyce i kwalifikacji nowoczesne metody mogą wyleczyć lub złagodzić te poważne i krępujące dolegliwości.

Oprócz nowoczesnych metod, technologii tzw. hi-tech, trzeba mieć też duże doświadczenie i dużo pokory. A tak na bardzo poważnie, po wnikliwym zbadaniu, ustaleniu celów terapii, czasowych możliwości, przede wszystkim rekonwalescencji, co nie jest oczywiste przy małym dziecku, ustala się plan leczenia.



Nowoczesna ginekologia

Pomaga na każdym etapie życia kobiety

– Chciałam pomagać i leczyć kobiety na każdym etapie ich życia.

I to marzenie udało mi się spełnić – mówi dr Marta Blumska-Janiak, specjalistka położnictwa i ginekologii

Do dyspozycji mamy zabiegi nieinwazyjne oraz inwazyjne.

Jakie są nieinwazyjne metody?

– Nieinwazyjną metodą jest między innymi znana już od 10 lat w Polsce, od 15 na świecie, laseroterapia pochwy, sromu, blizn krocza, pochwy, blizn po cięciu cesarskim. Laser należy stosować umiejętnie, dobierać odpowiednie dla potrzeb parametry, niekiedy powtarzać terapię. W zależności od potrzeb można łączyć laser z miejscową farmakoterapią. Laseroterapia CO2 jest także skuteczna w leczeniu nietrzymania moczu oraz w spłycaniu i zmniejszaniu rozstępów, czyli nieestetycznych śladów po ciążach.

Przełomem w leczeniu nietrzymania moczu jest mikroigłowy RF. Przy pomocy fal radiofrekwencji dostarczanych do tkanek na głębokość aż do 4 mm dochodzi do przebudowy tkanek. Ich wzmocnienia i obkurczenia. Urządzenie to służy do leczenia nietrzymania moczu i zespołu poporodowej luźnej pochwy. Przepływ fali jest kontrolowany i bezpieczny, co stanowi przełom w terapii RF w ginekologii. Dopelnieniem tych narzędzi jest kwas hialuronowy oraz osocze bogatopłytkowe. Mają swoje zastosowanie szczególnie u kobiet z bolesnymi, zdeformowanymi bliznami.

Czy do takiego zabiegu trzeba się jakoś szczególnie przygotować?

– Te zabiegi są stosunkowo krótkie, nie wymagają specjalnego przygotowania ani długiej rekonwalescencji. Warto zaznaczyć, że karmienie piersią nie jest przeciwwskazaniem do nowoczesnych ginekologicznych metod terapeutycznych.

A co z zabiegami inwazyjnymi?

– Te pomagają bardziej radykalnie, wymagają jednak więcej czasu na dojście do siebie. Najczęściej wykonuje się plastykę pochwy, czyli waginoplastykę, plastykę krocza, labiomajoroplastykę, czyli plastykę warg sromowych większych oraz labiominoroplastykę, czyli plastykę warg sromowych mniejszych, a także re-

konstrukcje po nieudanych zabiegach krocza czy złe zagojonych ranach.

Nierzadko usuwam naddatki tkanek, nowo powstałych po porodach, ciążach, faldy skórne okolic intymnych. Można także spłycić faldy skórne okołoodbytnicze. Ten zabieg wykonuje się także laserem CO2. Daje to nie tylko efekt estetyczny, ale przede wszystkim funkcjonalny.

Warto nadmienić, że wszystkie wyżej wymienione zabiegi inwazyjne, a tym bardziej nieinwazyjne, wykonywane są w warunkach ambulatoryjnych w gabinecie, w znieczuleniu miejscowym. Nie wymagają hospitalizacji, a wyłącznie pozostania kilka godzin na obserwacji.

Nowoczesna ginekologia pomaga kobietom na każdym innym etapie życia. Jakiego rodzaju zabiegi mogą liczyć kobiety bardzo młode, te w średnim wieku i starsze?

– Młode kobiety, nastolatki, a nierzadko nawet dzieci, zgłaszają się z powodu wrodzonych anomalii w budowie ciała, takich jak przerosty m.in. warg mniejszych, wyrośla, brodawki.

U pań mających problem z podjęciem współżycia rozpoznają nieprawidłowości w budowie błony dziewiczej, tzw. pierścienia dziewiczego pod postacią zgrubiałej, obrączkowatej, niepodatnej błony, błony z przegrodą. W takich wypadkach wykonuje zazwyczaj częściowe wycięcie błony, tzw. hymenectomię.

Oprócz nowoczesnych metod, technologii tzw. hi-tech trzeba mieć też duże doświadczenie i dużo pokory. A tak na bardzo poważnie, po wnikliwym zbadaniu, ustaleniu celów terapii, czasowych możliwości, przede wszystkim rekonwalescencji, co nie jest oczywiste przy małym dziecku, ustala się plan leczenia

• Istnieje wiele problemów, które utrudniają kobietom codzienne funkcjonowanie, pogarszając tym samym jakość życia po porodach drogami natury, ale również po ciążach zakończonych cięciem cesarskim FOT. ROSSHELEN/SHUTTERSTOCK

Z wiekiem, po około 40. roku życia, pojawiają się objawy wynikające ze spadku estrogenów. Suchość, dyskomfort, otarcia sromu, pochwy to tzw. objawy atrofi urogenitalnej. W tym czasie nietrzymanie moczu nasila się lub pojawia po raz pierwszy. W takich sytuacjach oprócz klasycznej farmakoterapii możemy wykonać ostrzyknięcie stref intymnych kwasem hialuronowym, osoczem bogatopłytkowym, wykonać zabiegi laserowe, RF, mikroRF.

Okres perimenopauzy, czyli pięć lat przed menopauzą – ostatnią miesiączką do pięciu lat po ostatniej miesiączce to niełatwy czas w życiu kobiety. Oprócz konieczności radzenia sobie ze zmianami w wyglądzie pojawiają się objawy klimakterium, które wpływają również na pożywanie seksualne. Zmniejsza się libido, a nieprzyjemne symptomy sromu i pochwy często całkowicie utrudniają współżycie. Pomoc kobietom w tym okresie jest dla mnie bardzo satysfakcjonująca.

A gdzie ginekologia styka się z urologią?

– To obszar pochwy, pęcherza moczowego, cewki moczowej. Zaburzenia funkcji tych organów dają objawy zaburzeń statyki narządów rodnych, czyli obniżenie, wypadanie narządu rodowego oraz problemów z kontrolą nad moczem. W zakresie tej dziedziny jest również tzw. przepona dna miednicy, która zbudowana jest z mięśni dna miednicy. Warto wspomnieć, że jednym ze sposobów wzmocnienia mięśni dna miednicy, czego konsekwencją jest leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu oraz poprawa jakości współżycia, jest elektromiostymulacja (EMS). Podchodząc holistycznie do procesu leczenia, oprócz innych zabiegów stosuje się także skuteczny elektromiostymulator gabinetowy. ●

Rozmawiała Kamilla Sierocka

• • **Dr Marta Blumska-Janiak**, specjalistka położnictwa i ginekologii, ekspertka w zakresie ginekologii plastycznej, estetycznej i rekonstrukcyjnej, członkini zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej (PT-GEIR), członkini senior ESAG, międzynarodowa trenerka Inmode, założycielka FemiClinic.

Nie ma porodu bez lęku

Czego boją się ciężarne?

Kobiety boją się bólu, tego, co nieznane, niewiadome – bo poród nie zawsze może się skończyć zgodnie z planem. Zamiast naturalnego konieczne może być cesarskie cięcie. I znów strach – tym razem przed operacją – mówi dr Krzysztof Strużycki

Wysłuchał Adam Czerwiński

Jak rozbroić te lęki? Najłatwiej poradzić sobie z bólem. Od tego jest znieczulenie. Innych obaw nie możemy tak łatwo wyłączyć. Zresztą nawet ze znieczuleniem bywa problem. W tym sensie, że wiele kobiet się go boi.

Mówić zrozumiale

Jak sobie radzimy? Rozmawiamy. Trzeba mówić zrozumiale. Z tym bywa trudno, bo nawet jeśli ktoś pracuje na porodówce kilkadziesiąt lat i mówi „ludzkim językiem”, nie ustrzeże się sformułowań czysto medycznych. I znów strach, bo medyczna terminologia budzi lęk. Jeśli się o tym pamięta, rozmowa jest najlepszym lekarstwem. W przypadku znieczuleń trzeba powiedzieć, że oczywiście powikłania zdarzają się, ale niezwykle rzadko. Że nie zadziała znieczulenie? Czasem to się zdarza, ale to mimo wszystko wyjątek, nie reguła.



FOT. NATALIA DERIABINA/SHUTTERSTOCK

Zachować spokój

Rozmawiać trzeba cały czas. No bo jak inaczej rozwiązać problem niezrealizowanych planów. Kobieta planuje urodzić naturalnie, a trzeba zrobić cesarskie cięcie. To duży stres, bo pewne założenie pozostaje niezrealizowane.

Albo obawa przed pęknięciem krocza, choć nie jest powszechna. Nie można kłamać, bo przed samym porodem nie jesteśmy w stanie przewidzieć tego, co się stanie. Ale jeśli będzie taka potrzeba, zrobimy nacięcie, a po wszystkich zszyciach i nie powinno być śladu.

Z tymi lękami jest tak, że wiele sami sobie produkujemy. Części problemów można uniknąć, nie szukając na oślep rozwiązań w internecie. Na szczęście żaden internet nie dostarczy wiedzy, jaką ma lekarz z kilkudziesięcioletnim stażem. Widzieliśmy niejedno, a słyszeliśmy jeszcze więcej. Znamy wszyst-

kie możliwe powikłania. Tylko że my lekarze i położne jesteśmy po to, żeby nic się nie stało i żebyśmy mogli odpowiednio wcześniej zareagować, by poród przebiegał prawidłowo, by nie było zagrożenia dla płodu. To my jesteśmy od tego, żeby się martwić i rozwiązywać problemy, wiedząc o tym, co może się wydarzyć.

Psycholog od ręki

Jeśli pacjentki mają jakieś wątpliwości, powinny pytać i jeszcze raz pytać. Bo my jesteśmy od tego, żeby odpowiadać. Na negocjacje też jesteśmy otwarci. Ale wszystko z umiarem. Pacjentka może decydować tylko do pewnego momentu. Później decydujemy my – lekarze. Bo to my wiemy, kiedy ciążę można lub trzeba zakończyć, żeby urodziło się zdrowe dziecko.

A jeśli rozmowa z nami nie wystarczy, jest jeszcze psycholog. Na pewno pomoże rozwiązać kryzys przed porodem. Bo kilka tygodni przed porodem wszystkie panie mówią „ja już nie mogę, ja już bym chciała, żeby to się skończyło”. Po porodzie psycholog też ma co robić. Przecież zdarzają się różne sytuacje – nie mówię o krańcowych – psychozie poporodowej. Ale często zdarza się, że pacjentka wpada w depresję i rozmowa z psychologiem pomaga najbardziej.

• * Dr Krzysztof Strużycki, ginekolog – położnik szpitala Gameta.

FemiClinic®

FemiClinic to miejsce stworzone dla Kobiet, które chcą zadbać o siebie, swoje zdrowie, swój komfort fizyczny i psychiczny. Z myślą o Ich potrzebach i oczekiwaniach na wszystkich etapach życia. Mam przyjemność współpracować z najlepszymi Specjalistami i w holistyczny sposób dbamy o zdrowie Kobiet. Serdecznie zapraszam!”
Marta Blumska-Janiak
specjalistka położnictwa i ginekologii
założycielka FemiClinic

Prowadzenie ciąży
Diagnostyka prenatalna
- USG prenatalne, DNA płodu
Nowoczesna ginekologia
Diabetologia i endokrynologia
Szkola Rodzenia
Rehabilitacja

Ginekologia plastyczna,
estetyczna
i rekonstrukcyjna
Laseroterapia
ginekologiczna
i RF mikroigłowy
Chirurgia plastyczna

Wiodąca klinika w Warszawie

FemiClinic, ul. Elizy Orzeszkowej 14, 02-374 Warszawa, repcja@femiclinic.pl, 510 511 511

WWW.FEMICLINIC.PL

MATERIAŁ PARTNERA

Mamo, Tato o co chodzi z tą krwią pępowinową?

Bezpieczeństwo i zdrowie dziecka to priorytet każdego rodzica. W związku z tym, oprócz przygotowań na narodziny i zakupu wyprowadki, warto rozważyć bankowanie krwi pępowinowej. Krew ta zawiera cenne komórki macierzyste, które mogą być kluczowe w leczeniu przyszłych chorób u dziecka i najbliższej rodziny. W świetle aktualnych wytycznych Rezolucji Parlamentu Europejskiego, każdy przyszły rodzic powinien otrzymać rzetelną informację na temat pozyskiwania i przechowywania komórek macierzystych dziecka. Materiał ten może zostać pobrany tylko raz - podczas porodu.

Czym właściwie są komórki macierzyste?

Krew pępowinowa to krew, która pozostaje w pępowinie i łożysku po urodzeniu dziecka. Jest ona bogatym źródłem komórek macierzystych, które mają zdolność do przekształcania się w różne rodzaje komórek, takie jak komórki mięśniowe, nerwowe czy krwiotwórcze. Szpik kostny jest najbardziej znanym źródłem komórek macierzystych, jednak komórki macierzyste z krwi pępowinowej są młodsze i bardziej plastyczne. Ponadto, posiadają większą zdolność do odnowy i regeneracji tkanek.

Krew pępowinowa jest pobierana podczas porodu za pomocą specjalnego zestawu do pobierania. Następnie krew trafia do banku komórek macierzystych, gdzie jest zamrażana i przechowywana do momentu, gdy będzie potrzebna do leczenia.

Czy wiesz, że...

prawdopodobieństwo znalezienia zgodnego dawcy szpiku wynosi 1:20 000, a w przypadku rzadkiego genotypu aż 1 do kilku milionów? Tylko 25% pacjentów potrzebujących przeszczepienia znajduje zgodnego dawcę w rodzinie.* Bankując krew pępowinową posiadasz komórki macierzyste w banku i w przypadku choroby masz dostępny materiał do leczenia, zyskując cenny czas.

Jakie choroby leczy się za pomocą komórek macierzystych z krwi pępowinowej?

Przeszczepienie komórek macierzystych krwi pępowinowej jest stosowane jako standardowa metoda leczenia ponad 80 ciężkich chorób. W Polsce komórki macierzyste w ramach standardowych terapii przeszczepia się w 11 ośrodkach. Są to przeszczepienia refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Obecnie, komórki macierzyste pochodzące z krwi pępowinowej wykorzystywane są w leczeniu chorób hematologicznych. Lista tych schorzeń z roku na rok wydłuża się.

Czym są komórki macierzyste ze sznura pępowinowego?

Oprócz pozyskania krwi pępowinowej podczas porodu możliwe jest także pozyskanie komórek macierzystych sznura pępowinowego, tzw. komórek galarety Whartona. Te komórki to tzw. mezenchymalne komórki macierzyste i ich cechą charakterystyczną jest to, że mogą przekształcać się m.in. w tkanki chrzęstne, kostne czy nerwowe. Dzięki swoim właściwościom mają zastosowanie w tzw. medycynie regeneracyjnej (m.in. neurologii, ortopedii). Sznur pobierany jest przy porodzie, przez położną oraz pakowany do specjalnego zestawu. Zabezpieczenie tego materiału znacząco rozszerza zakres terapii, z których rodzina będzie mogła skorzystać w przyszłości, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Proces pobierania krwi pępowinowej i sznura pępowinowego

Zabieg pobrania jest całkowicie bezbolesny, nieinwazyjny i neutralny zarówno dla noworodka, jak i matki. Krew pępowinowa pobierana jest ze sznura pępowinowego przez położną za pomocą zestawu pobraniowego, w którym znajduje się specjalny worek na krew pępowinową zawierający płyn konserwujący (CPD) zapobiegający krzepnięciu krwi oraz pojemnik na fragment sznura pępowinowego. Do pobrania dochodzi już po urodzeniu się dziecka i przecięciu pępowiny. Krew jest pobierana z fragmentu pępowiny



połączonego z łożyskiem. Pobrana krew pępowinowa i sznur pępowinowy są odpowiednio zabezpieczane i transportowane do laboratorium.

Kto może skorzystać z komórek macierzystych?

Komórki macierzyste krwi pępowinowej mogą być wykorzystane w leczeniu zarówno dziecka, od którego zostały pobrane, jak również, jeśli występuje zgodność tkankowa, jego rodzeństwa. Warto wspomnieć, że w przypadku krwi pępowinowej łatwiej dopasować dawcę do biorcy bo wymagana jest zgodność 4 antygenów transplantacyjnych na 6 badanych w tzw. układzie HLA (układ zgodności tkankowej). W przypadku szpiku zgodność antygenów transplantacyjnych - wynosi aż 9 na 10 w układzie HLA.

To, czy do leczenia potrzebny będzie materiał własny (przeszczepienie autologiczne) czy od dawcy (przeszczepienie allogeniczne) zależy m.in. od rodzaju choroby i jej stopnia zaawansowania. To lekarz prowadzący podejmuje decyzję dotyczącą zastosowania terapii.

Troska o zdrowie najbliższych jest jednym z najważniejszych wyzwań, jakie stawia przed nami życie. Dlatego warto podjąć świadomą decyzję dotyczącą pobrania i przechowywania krwi pępowinowej, aby zapewnić swojej rodzinie bezpieczną przyszłość. Komórki macierzyste pochodzące z krwi pępowinowej mają potencjał do leczenia wielu chorób, zarówno u dziecka, jak i u jego bliskich. Dlatego inwestycja w bankowanie krwi pępowinowej to inwestycja na lata.

Polski Bank Komórek Macierzystych

*www.dkms.pl/o-pobraniu/szukanie-dawcy/1-7-mln-zarejestrowanych-dawcow-szpiku-to-za-malo

MATERIAŁ PARTNERA



WYPRAWKA na lata



KREW PĘPOWINOWĄ MOŻNA POBRAĆ TYLKO RAZ - PODCZAS PORODU

To wyprawka na lata, z której Twoje dziecko nie wyrośnie.



Leczenie 80 ciężkich chorób
onkologicznych i hematologicznych



Szybki dostęp do „leku”, gdzie
leczenie jest refundowane przez NFZ



Podania w medycynie
regeneracyjnej



Duże prawdopodobieństwo leczenia
komórkami macierzystymi w przyszłości

Przechowujemy ponad
860 000
porcji materiału
biologicznego

Polski Bank Komórek Macierzystych
jako jedyny bank komórek macierzystych
w Polsce jest rekomendowany przez
**Polskie Towarzystwo
Ginekologów i Położników**



Dowiedz się więcej:

www.wyprawkanalata.pl

Genetyka

Jakie są przyczyny poronień?

– Etiologia poronień jest bardzo złożona. Mogą one być wynikiem wady zarodka/ płodu, jak również nieprawidłowości stwierdzanych u któregoś z rodziców – mówi dr Karolina Matuszewska, specjalistka w dziedzinie genetyki klinicznej.

ROZMOWA Z

DR KAROLINA MATUSZEWSKA

Specjalistka w dziedzinie ginekologii klinicznej

KAMILA SIEROCKA: Co jest najczęstszą przyczyną poronień?

DR KAROLINA MATUSZEWSKA: Najczęstszą przyczyną utraty ciąży jest niezrównoważona aberracja chromosomowa u zarodka. Aberracja chromosomowa o charakterze niezrównoważonym to zmiana w liczbie lub strukturze chromosomów, która doprowadza do ubytku albo nadmiaru materiału genetycznego. Wśród „matczyńskich” przyczyn poronień wymieniana się: wady anatomiczne macicy, zaburzenia hormonalne (cukrzyca, PCOS, hiperandrogenizm), choroby autoimmunologiczne, nadkrzepliwość nabyta (zespół antyfosfolipidowy, niedobór białka C, białka S oraz antytrombiny) lub genetycznie uwarunkowaną (nosicielstwo wariantów w genie czynnika V i czynnika II krzepnięcia, rzadziej wrodzony niedobór antytrombiny III, białka C czy białka S). Utrata ciąży może być również wynikiem nosicielstwa zrównoważonej aberracji chromosomowej (np. translokacji) u jednego z rodziców. Są to takie zmiany genetyczne, które u nosicieli nie dają objawów klinicznych, ale mogą się wiązać ze zwiększonym ryzykiem niepowodzeń rozrodo. Nie bez znaczenia jest także styl życia partnerów. Udowodniono, że otyłość matki czy palenie papierosów przez ojca mogą zwiększać ryzyko poronień.

Skąd wiadomo, co było przyczyną poronienia?

– Ponieważ kosmówka ma w 99 proc. przypadków ten sam materiał genetyczny co zarodek/ płód, jest dobrym materiałem do badań genetycznych. A zatem badania genetyczne kosmówki po poronieniu są bardzo ważnym etapem w diagnostyce poronień. Aberracja chromosomowa jest identyfikowana w nawet 60–70 proc. kosmówek badanych po poronieniu.

Czy kosmówkę się bada?

– Dysponujemy obecnie kilkoma metodami badań genetycznych kosmówek. Do najczęściej stosowanych w praktyce klinicznej należy badanie QF-PCR i badanie metodą mikromacierzy klinicznych (aCGH). Obie metody, w różnym zakresie, dają nam możliwość poznania „zarodkowej” przyczyny poronienia. W toku diagnostyki przyczyn niepowodzeń

rozrodo pacjentka ma również wykonywane badania ginekologiczne, endokrynologiczne, a także hematologiczne celem wykluczenia innych znanych przyczyn poronień. Ogromne znaczenie ma zebranie wywiadu z pacjentką oraz parterem celem poinformowania ich o czynnikach zwiększających ryzyko utraty ciąży, takich jak palenie papierosów czy otyłość u przyszłej mamy.

Czy para doświadczająca poronienia powinna być skierowana do poradni genetycznej?

– Musimy pamiętać, że skierowanie do poradni genetycznej nie zawsze jest jednoznaczne ze skierowaniem na badania genetyczne. Nieodłącznym elementem konsultacji genetycznej jest zebranie wywiadu rodzinnego i ewentualna identyfikacja rodzin podwyższonego ryzyka chorób genetycznych u potomstwa. Jeszcze do niedawna przyjmowano zasadę, że każda para po dwóch utratach ciąży powinna być skierowana do poradni genetycznej i mieć wykonane badanie kariotypu. Dysponujemy polskimi oraz europejskimi rekomendacjami dotyczącymi badań genetycznych u par doświadczających poronień. Aktualne zalecenia jasno określają, iż nie liczba poprzednich poronień, tylko ich przyczyna powinna stanowić wskazania do ewentualnych badań genetycznych u obojga partnerów. Jeżeli przyczyną utraty ciąży była aberracja liczbowa u zarodka, czyli trisomia (np. trisomia 21. chromosomu), monosomia (np. monosomia chromosomu X) lub triploidia, nie ma wskazań do badania kariotypu partnerów. Zmiany liczbowe u zarodka powstają bowiem na skutek błędów w komórkach rozrodczych lub błędów na etapie samego zapłodnienia, a zatem aberracje te nie wynikają z nosicielstwa zrównoważonej aberracji chromosomowej u któregoś z rodziców. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku, gdy przyczyną utraty ciąży jest strukturalna aberracja chromosomowa u zarodka. Te zmiany w strukturze chromosomów mogą wynikać z nosicielstwa zmiany w kariotypie u jednego z partnerów. W związku z powyższym, jeżeli w badaniu kosmówki po poronieniu jest identyfikowana zmiana strukturalna, czyli tzw. delecja lub duplikacja, należy poszerzyć badania o analizę kariotypów u rodziców.

Badania kosmówki są wykonywane celem określenia wskazań do badań



• **Strata ciąży to trudny czas dla obojga partnerów**

FOT. CHINNA PONG / SHUTTERSTOCK

genetycznych u partnerów doświadczających poronienia. Jak jeszcze są przyczyny, dla których warto zdecydować się na takie badanie?

– Badanie kosmówki po poronieniu poprzez określenie jego przyczyny pozwala na udzielenie partnerom porady genetycznej dotyczącej ryzyka powtórzenia się danej zmiany genetycznej w kolejnej ciąży. Większość aberracji chromosomowych u zarodka, będących przyczyną poronienia, to zmiany de novo (nieodziedziczone po rodzicach), z niskim ryzykiem powtórzenia się w kolejnej ciąży. Są jednak również takie aberracje, które mogą wynikać ze zmian u któregoś z rodziców – wtedy tylko ocena kosmówki pozwala nam na wskazanie dalszego kierunku badań genetycznych u partnerów. Jeżeli wynik badania kosmówki po poronieniu jest prawidłowy, może to wskazywać na inną, pozagenetyczną przyczynę poronienia. Poszerza się wtedy zakres diagnostyki u partnerów w poszukiwaniu innych, niegenetycznych przyczyn utraty ciąży. Badanie kosmówki pozwala również partnerom lepiej zrozumieć przyczynę utraty ciąży, co powoduje, że łatwiej jest im zaakceptować to bardzo trudne doświadczenie.

W jaki sposób pobierana jest kosmówka do badań genetycznych?

– Materiał do badania stanowi najczęściej kosmówka zabezpieczona w soli fizjologicznej. W sytuacji gdy do utraty ciąży dochodzi w szpitalu, pacjentka powinna zgłosić personelowi chęć wy-

konania takiego badania. Materiał jest wtedy zabezpieczany i przekazywany pacjentce lub wysyłany przez lekarza do laboratorium, które wykonuje takie badanie. Jeżeli do poronienia doszło w domu, pacjentka może sama zabezpieczyć utracony materiał przez umieszczenie go w jałowym pojemniku na moczu i zalanie solą fizjologiczną. Zabezpieczony materiał w ciągu 48 godzin musi się znaleźć w laboratorium, gdyż w innym przypadku może on się już nie nadawać do badania genetycznego. Istnieje również możliwość wykonania badania genetycznego z materiału archiwalnego, czyli kosmówki zabezpieczonej w kostce parafinowej. Zakres takiego badania jest jednak ograniczony do wybranych, najczęstszych aberracji chromosomowych z uwagi na słabą jakość materiału genetycznego. Najlepszy materiał do badania stanowi zatem świeża kosmówka, dlatego tak ważne jest informowanie pacjentek o możliwości jego wykonania. Niestety, spotykam się z sytuacjami, że pacjenci nie wykonali badania kosmówki po poronieniu, ponieważ nie wiedzieli, że są takie wskazania, a co gorsza, że jest taka możliwość.

Jak często spotyka się pani z sytuacją, że u pacjentki nie można zidentyfikować przyczyny utraty ciąży?

– Niestety, często. W mniej więcej 50 proc. przypadków nie udaje się znaleźć przyczyny poronienia. Myślę, że problem ten dotyczy nie tylko nas, genetyków klinicznych, ale również ginekologów i innych specjalistów biorących udział w diagnostyce par z niepowodzeniami rozrodo. Pomimo wykonania zalecanych badań nie możemy odpowiedzieć pacjentce na pytanie, dlaczego traci ciążę. Może to wynikać z faktu, że rozród człowieka jest procesem bardzo złożonym, na który ma wpływ wiele czynników. Dlatego aktualnie naukowcy spory nacisk kładą na badania nad poszukiwaniem genów kluczowych dla prawidłowego przebiegu ciąży. Mam ogromną nadzieję, że wraz ze wzrostem naszej wiedzy na temat etiologii utrat ciąży, również tej genetycznej, odsetek par tracących ciążę z nieokreślonych przyczyn będzie coraz mniejszy. ●

Rozmawiała Kamilla Sierocka

Skierowanie do poradni genetycznej nie zawsze jest jednoznaczne ze skierowaniem na badania genetyczne. Nieodłącznym elementem konsultacji genetycznej jest zebranie wywiadu rodzinnego i ewentualna identyfikacja rodzin podwyższonego ryzyka chorób genetycznych u potomstwa

Niepłodność

Kiedy nie widać bociana

Niepłodność dotyczy mniej więcej jednej na pięć par, które próbują zajść w ciążę.

Dariusz Kołodziej

W powszechnym mniemaniu bezpłodność i niepłodność oznaczają to samo – niemożność zajścia w ciążę mimo podejmowanych prób. Niektórzy lekarze rozróżniają jednak te pojęcia. Za bezpłodność uważają trwałą niemożność zajścia w ciążę. Niepłodność zaś to stan tymczasowy, choroba, którą można leczyć. Inni ginekolodzy stoją zaś na stanowisku (tak też podaje „Encyklopedia powszechna”), że obydwa pojęcia stosuje się wymiennie. O niepłodności można mówić wtedy, kiedy po roku, dwóch latach współżycia bez zabezpieczeń kobieta nie zachodzi w ciążę.

Niepłodność może dotyczyć zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Trudno dokładnie określić, bo nie wiadomo, ile osób i które z partnerów boryka się z tym problemem. Czasami mówi się, że w 60 proc. przypadków przyczyna leży po stronie kobiety, a w 40 proc. mężczyzny, kiedy indziej proporcje te szacuje się na 50 do 50 proc. albo nawet 75 do 25 proc. Zdarza się też tak, że leczeniu powinni się poddać oboje partnerzy albo że przyczyny w ogóle nie da się wyjaśnić. Zdaniem specjali-

stów poza niepłodnością jest jeszcze jeden ważny powód, który sprawia, że kobieta nie zachodzi w ciążę: to niedojrzałość psychiczna do podjęcia decyzji o dziecku. Ale wtedy należy mówić raczej o bezdzietności niż o bezpłodności.

Ryzyko niepłodności zwiększa się wraz z wiekiem – u kobiet najlepszym pod względem fizjologicznym okresem do zajścia w ciążę jest czas między 20. a 25. rokiem życia; po ukończeniu 35 lat płodność znacząco się zmniejsza, aż do całkowitego ustania po menopauzie. Jak wyjaśnia dr Lech, już u 30-letniej kobiety płodność jest dwukrotnie mniejsza niż u 25-latk, a u 35-letniej – aż czterokrotnie. Jakość męskiego nasienia pogarsza się po 40. roku życia, ale zapłodnienie jest możliwe nawet o wiele później.

Samodzielna ocena płodności jest niemożliwa. Ani obserwacje śluzu stosowane przez kobiety do oceny owulacji, ani pomiary temperatury nie dadzą odpowiedzi na pytanie o możliwość zajścia w ciążę. Jednak np. zaburzenia miesiączkowania powinny skłonić kobietę do wizyty u ginekologa, bo są one wynikiem zaburzeń w produkcji komórek jajowych. Jakich są powody?

Przyczyn niepłodności może być bardzo wiele. Wśród tych, które wymieniamy jako powód niemożności zajścia w ciążę u kobiet, są m.in. nie-

właściwe działanie hormonów (np. przysadki mózgowej) lub niewłaściwa budowa narządów rodnych (np. przegroda w macicy), umiejscowione tam mięśniaki, polipy i guzy jajników, pozostałości po wcześniejszych chorobach ginekologicznych (np. niedrożność jajowodów, niewłaściwa konsystencja śluzu, zrosty powstałe w wyniku przebytych stanów zapalnych), brak komórek jajowych, odrzucenie i niszczenie męskich plemników przez organizm partnerki, a także inne choroby (np. anemia, nadwaga itd.).

Najczęściej niepłodność u kobiet jest spowodowana niedrożnością jajowodów i zaburzeniami hormonalnymi.

Z kolei kłopoty u mężczyzn mogą być wywołane nieodpowiednią budową narządów płciowych i nie-

właściwym funkcjonowaniem hormonów, przebytymi chorobami (np. świnką, ale też cukrzycą itd.), przeżewaniem jąder.

Wśród przyczyn niepłodności wymieniamy się też m.in. ciągły stres, siedzący tryb życia, a nawet nieodpowiednią dietę. Zaobserwowano, że nie bez znaczenia jest tryb pracy.

Jak leczyć?

O tym, co jest przyczyną niemożności zajścia w ciążę, lekarz decyduje po przeprowadzeniu kompleksowych badań. Do postawienia diagnozy potrzebny jest nie tylko dokładny wywiad dotyczący obecnego trybu życia obojga partnerów, ale też informacje na temat przebytych wcześniej przez nich chorób. Później ginekolog (albo androlog czy urolog) kieruje na konkretne bada-

nia, m.in. krwi i moczu oraz poziom hormonów, liczne testy, badania na ocenę jakości śluzu i nasienia, badania genetyczne czy takie, które pozwolą poznać budowę narządów płciowych (USG, laparoscopia – ocena narządów wewnątrz jamy brzusznej, HSG – ocena kształtu i stanu macicy oraz jajowodów, histeroscopia – ocena błony śluzowej macicy).

Jeśli niepłodność jest wywołana chorobami ogólnymi lub złym stanem organizmu, pacjent musi najpierw poddać się leczeniu tych chorób oraz zmienić tryb życia. Na przykład w przypadku tarczycy skuteczność leczenia spowodowanej nią bezpłodności wynosi aż 90-95 proc. Terapia hormonalna czy interwencja chirurgiczna wprowadzane są później.

Gdy przyczyna niepłodności leży po stronie mężczyzny, a wcześniejsze leczenie okazało się nieskuteczne, można spróbować innych metod. Jedną z nich jest inseminacja, czyli wprowadzenie do macicy plemników, które zostały wcześniej przygotowane w laboratorium. Inny to zapłodnienie pozaustrojowe, czyli in vitro – od kobiety zostają pobrane komórki jajowe; do nich wprowadza się plemniki, które mają zapłodnić komórki jajowe. Jeśli to się uda, zarodki przenosi się do macicy i tam się one rozwijają. ●

O G Ł O S Z E N I E

NIEPŁODNOŚĆ – JAK LECZYĆ?

Jesteśmy zdrowi, a ciąży brak...

Diagnostyka Pary bezskutecznie starającej się o dziecko polega na wykonywaniu kolejnych badań w celu wychwycenia nieprawidłowości, które uniemożliwiają zajście w ciążę. Jednak u co piątej Pary kolejne testy diagnostyczne nie wykazują nieprawidłowości.

O niepłodności mówimy, gdy Para podczas rocznego, regularnego współżycia bez zabezpieczenia nie zachodzi w ciążę. Taka sytuacja obecnie dotyka ok 17,5% Par w wieku rozrodczym, jest to jedno z głównych wyzwań zdrowotnych świata a zarazem choroba społeczna i cywilizacyjna. Jak wynika z raportu WHO wskaźniki są porównywalne zarówno dla krajów o wysokim (17,8%) jak i niskim (16,5%) standardzie życia. Niegdyś mówiło się o 10-15% Par, a zatem problem ewidentnie narasta.

Po roku nieudanych prób, większość Par wciąż nie szuka pomocy ekspertów w dziedzinie medycyny rozrodu

Wykonują analizy hormonalne, badania nasienia, monitoring cyklu kobiety na USG, badanie drożności jajowodów i inne badania. Rzadko udaje się ustalić jednoznaczną przyczynę braku ciąży np. niedrożne jajowody i wdrożyć właściwe postępowanie. Jednak zdarza się, że kolejne badania i testy potwierdzają prawidłowy stan fizjologiczny. Kiedy wyczerpane zostają wszystkie możliwości diagnostyczne a Para nadal pozostaje bezdzietna mówimy o niepłodności idiopatycznej, czyli takiej, której przyczyn współcześnie dostępnymi metodami nie jesteśmy w stanie określić. Bazując na danych WHO, u około



lek. Janusz Wojewódzki, specjalista położnictwa i ginekologii, Przychodnia Lekarska nOvum

16 milionów Par leczących niepłodność na świecie, przyczyn choroby nie udaje się ustalić i nie powinno to odraczać decyzji o wdrożeniu leczenia!

Na szczęście te Pary można skutecznie leczyć i starać się o uzyskanie ciąży i urodzenie dziecka
W takiej sytuacji specjaliści medycyny rozrodu koncentrują się na rozwiązywaniu problemu a nie na znalezieniu jego przyczyn – mówi dr Janusz Wojewódzki z Przychodni nOvum w Warszawie, lekarz, który pomógł już przyjść na świat tysiącom dzieci – *zgodnie z wytycznymi europejskich i polskich towarzystw naukowych, specjalistyczna konsultacja w ośrodku wspomaganego rozrodu jest zalecana*

po roku nieskutecznych starań u kobiet młodszych niż 35 lat, po pół roku dla kobiet w wieku 35-38 i nawet niezwłocznie po zadeklarowaniu planów reprodukcyjnych w wieku 38-40 lub starszych. To pokazuje jak bardzo czas działa na niekorzyść biologii rozrodu kobiety. Nie zaleca się odkładania decyzji o in vitro.

Odsuwanie leczenia niepłodności w czasie niekorzystnie rokuje dla jego efektów

Przyjacielskie rady w rodzaju: „jedźcie na urlop i odpocznijcie”, „przestańcie o tym myśleć, to wszystko jest w głowie”, choć podyktowane są życzliwością, nie poprawia sytuacji. Leczenie odsuwane jest w czasie a to niekorzystnie rokuje dla jego efektów. Wiele Par żałuje, że nie zgłosiło się do kliniki leczenia niepłodności wcześniej. Życie Pary często zostaje podporządkowane dodatnim testom owulacyjnym, obserwacji kolejnych mijających cykli i liczeniem, że tym razem miesiączka nie przyjdzie w terminie. Pozostawanie w często złudnej nadziei i powtarzające się bezowocne starania negatywnie wpływają na życie emocjonalne i rodzinne starającej się Pary.

Wsparciem w podjęciu decyzji, co do sposobu dalszego leczenia powinien być lekarz specjalizujący się w medycynie rozrodu. To lekarz, rzetelnie i zgodnie z wiedzą kliniczną oceni stan faktyczny i zapozna Parę z pełnymi możliwościami leczenia, które dzisiejsza medycyna ma do zaoferowania.

Przychodnia Lekarska nOvum
www.novum.com.pl

Zapłodnienie in vitro

Co warto wiedzieć o tej metodzie leczenia niepłodności?

Dzięki zapłodnieniu pozaustrojowemu wiele par, które borykały się wcześniej z niepłodnością, zostało rodzicami.

kodar

Jak dokładnie przebiega procedura in vitro i kiedy się ją stosuje?

Przebieg in vitro

Zapłodnienie in vitro to połączenie komórki jajowej i plemnika w laboratorium. Naturalnie zapłodnienie ma miejsce w drogach rodnych kobiety – w procedurze in vitro komórki rozrodcze pobiera się od kobiety i mężczyzny, a następnie łączy je poza ustrojem. Każda procedura tego typu składa się z kilku etapów. Najważniejsze z nich to:

- hormonalne stymulowanie owulacji (dzięki temu organizm kobiety wytwarza więcej jajeczek, niż ma to miejsce w naturalnym cyklu);
- pobranie komórek jajowych z jajnika (małoinwazyjną metodą punkcji, wykonywaną w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym);
- pobranie nasienia;
- etap laboratoryjny – przygotowanie komórek jajowych i nasienia, połączenie gamet wybraną metodą (np. IVF, ICSI) i monitorowanie rozwoju zarodka;
- Embriotransfer – przeniesienie zarodka do jamy macicy kobiety (drogą dopochwową).



• **Zapłodnienie in vitro to połączenie komórki jajowej i plemnika w laboratorium**

FOT. KAMILA KOTUSZ / AGENCJA WYBORCZA.PL

Jeśli tak wprowadzony zarodek zagnieździ się w jamie macicy, w organizmie kobiety rozwija się ciąża.

W jakich sytuacjach wykonuje się zapłodnienie in vitro?

Zapłodnienie metodą in vitro jest najsukteczniejszą znaną metodą leczenia niepłod-

ności. Zaleca się je parom, u których leczenie innymi metodami nie przyniosło rezultatu. Częstym wskazaniem jest też czynnik jajowodowy – niedrożność jajowodów lub inne dysfunkcje tych narządów. Inne wskazania do in vitro to:

- * niektóre choroby obniżające płodność (np. endometrioza, PCOS);

- * niepłodność o niepoznanych przyczynach;
- * obniżone parametry nasienia;
- * nosicielstwo chorób zakaźnych przez partnera, gdy kobieta nie jest zakażona.

Leczenie niepłodności ma zawsze indywidualny charakter – o zastosowaniu konkretnych metod decydują inne czynniki w przypadku każdej pary. ●

BADANIE GENETYCZNE MATERIAŁU Z PORONIENIA – METODA PORÓWNAWCZEJ HYBRYDYZACJI GENOMOWEJ DO MIKROMACIERZY (aCGH)

Ustalenie przyczyny poronienia, dzięki badaniu materiału poronnego techniką aCGH:

- Badanie genetyczne w przypadku poronienia stanowi ważny element opieki perinatalnej, ponieważ poronienia samoistne / niepowodzenia rozrodu dotyczą coraz większej ilości par.
- Nawet w 60% przypadków przyczyną utraty ciąży jest wada genetyczna płodu/zarodka, a badanie genetyczne pozwala nie tylko określić przyczynę poronienia, ale jest podstawą rokowania dotyczącego przebiegu następnej i kolejnych ciąż.
- Metoda mikromacierzy aCGH umożliwia ocenę całego genomu zarodka/płodu, dzięki czemu wykrywa zarówno aberracje liczbowe chromosomów (trisomie, monosomie) jak i mikroaberracje chromosomowe (mikrodelecje/ mikroduplikacje) odpowiedzialne za powstanie wad genetycznych u zarodka/płodu.
- Wynik badania zawiera informacje dodatkowe, takie jak płeć zarodka/płodu, co pozwala na skorzystanie z zasiłku pogrzebowego oraz z prawa do skróconego urlopu macierzyńskiego.



GENESIS
Centra Genetyki Medycznej



INFOLINIA:

601 305 306

pon. - czw. od 8:00 do 18:00
pt. od 8:00 do 16:00

Centra Genetyki Medycznej GENESIS Sp. z o.o.

ul. J. H. Dąbrowskiego 77A
60-529 **Poznań**

T: +48 61 62 63 436

E: cgm@genesis.pl

ul. Towarowa 20
65-114 **Zielona Góra**

www.genesis.pl