

Biuro Analiz Sejmowych

OPINIA ZLECONA

Lublin 4 lipca 2009

NaProTechnology- skuteczność i możliwości jej wykorzystania w Polsce

1. Podsumowanie

- NaProTechnology stanowi innowacyjną i skuteczną metodę zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń zdrowia prokreacyjnego w tym obniżonej płodności.
- Wprowadzenie NaProTechnology do praktyki medycznej sprawowanej przez położne i pielęgniarki, lekarzy rodzinnych i położników ginekologów w Polsce może w znaczący sposób przyczynić się do zmniejszenia częstości niepłodności, niepowodzeń położniczych oraz innych schorzeń w zakresie ginekologii i położnictwa.
- Naprotechnology może być znacznie tańszą i skuteczniejszą metodą leczenia niepłodności niż metody wspomaganego sztucznie rozrodu (ART, in vitro)
- W warunkach polskich, wobec znacznej liczby osób, które ze względów etycznych nie zdecydują się na zabiegi wspomaganego sztucznie rozrodu należy umożliwić szeroki dostęp do NaProtechnology. Finansowanie ze środków NFZ przy dzisiejszych cenach procedur nie jest możliwe.

2. Opinię sporządził

Maciej Barczentewicz - lekarz specjalista ginekolog położnik

Prezes Fundacji Instytut Leczenia Niepłodności Małżeńskiej im. Jana Pawła II

Członek Zarządu Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Członek Zespołu Ekspertów d/s Bioetycznych przy Konferencji Episkopatu Polski

3. Wstęp

NaProTechnology® to nowoczesna i kompleksowa metoda postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w zakresie ginekologii i położnictwa, oparta na osiągnięciach współczesnej medycyny i wiedzy dotyczącej zdrowia kobiet. NaProTechnology została opracowana przez zespół Instytutu Badań nad Ludzką Rozrodczością im. Pawła VI w Omaha (Nebraska, USA). Dyrektorem i założycielem Pope Paul VI Institute jest dr Thomas W. Hilgers, profesor Ginekologii i Położnictwa Creighton University School of Medicine w Omaha. Rozwojem, edukacją i badaniami naukowymi w zakresie NaProTechnology zajmują się również: powstała w 1981 roku The American Academy of FertilityCare Professionals z siedzibą w St. Louis oraz założony w roku 2000 International Institute of Restorative Reproductive Medicine z siedzibą w Londynie. Zwieńczeniem prac profesora Hilgersa było opublikowanie w 2004 roku podręcznika „The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology”, który przedstawia możliwości NaProTechnology. Jest ona skuteczna w konkretnych problemach np. w niepłodności, nawykowych poronieniach, zespole napięcia przedmiesiączkowego, depresjach poporodowych, nawracających torbielach jajnikowych i wielu innych.

4. Creighton Model FertilityCare™ System

Fundamentalnym założeniem NaProTechnology jest oparcie postępowania lekarskiego na fizjologii cyklu miesięcznego kobiety. Umożliwia to opracowany w latach 70-tych XX wieku na Uniwersytecie Creightona (Omaha, USA) Creighton Model FertilityCare™ System (CrMS). System ten, oparty na metodzie owulacyjnej Billingsów, polega na standaryzowanej obserwacji **biomarkerów** - objawów których naturalne występowanie jest objawem zdrowia kobiety i jej płodności. CrMS stanowi doskonałe narzędzie szczególnej aktywizacji, zaangażowania w proces diagnostyczno leczniczy bezpośrednio zainteresowanych małżonków. Wprowadza nową kategorię instruktorów współpracujących z lekarzem i pacjentami (FertilityCare Practitioners) w celu jak najpełniejszego wykorzystania danych z badania przedmiotowego. To właśnie umiejętne rozpoznanie biomarkerów pozwala parze na używanie tego systemu do uzyskania lub do uniknięcia poczęcia. Jeżeli występują zaburzenia zdrowia ginekologicznego, to obserwowane zmiany w biomarkerach

informują o tym kobietę. Podstawą NaProTechnology jest więc pogłębione badanie podmiotowe czyli to wszystko, co mówi pacjent czyli wywiad lekarski. Dzięki CrMS uzyskujemy od pary małżeńskiej informacje dotyczące przebiegu cyklu kobiety, których w żaden inny, niż obserwacje Creighton Model FertilityCare™ System, sposób pozyskać nie można. Stanowi to przełom w możliwościach diagnostycznych również w zakresie badań przedmiotowych, ponieważ czas ich wykonania można dokładnie dopasować do fizjologicznego cyklu kobiety, co daje lekarzowi nieporównywalnie większe możliwości rozpoznawania przyczyn niepłodności i innych schorzeń kobiecych niż w tradycyjny sposób. Możliwości te wynikają właśnie z podmiotowego traktowania pary małżeńskiej zgłaszającej się do leczenia. To małżeństwo ma stać się “ekspertem“ od własnej płodności, poznać swój własny rytm biologiczny, jego zaburzenia i przyczyny tych zaburzeń, aby umożliwić wspólną z lekarzem i instruktorem pracę.

W metodzie CrMS obserwacje i zapis objawu śluzu szyjkowego są przede wszystkim standaryzowane (według kilku skategoryzowanych właściwości). Stworzony **standard prowadzenia obserwacji** określa sposób prowadzenia obserwacji oraz słowa dla opisywania biomarkerów. W tym celu używa się specjalnej karty do prowadzenia zapisu.

Wprowadzono **standard zapisu** powyższych obserwacji (NaProTRACKING™). Stworzono również jedyny w swoim rodzaju system obiektywnej oceny wydzieliny śluzowej (Mucus Cycle Score).

Dla wypracowania komplementarności wszystkich elementów potrzebne było również wprowadzenie **standardu nauczania** (NaProEDUCATION™Technology). Szkolenie prowadzone jest przez certyfikowanych instruktorów. Również instruktorzy szkoleni są w standardowy sposób. Creighton Model FertilityCare System zakłada więc standaryzację nauczania, prowadzenia obserwacji i rejestracji objawów (biomarkerów) oraz sprawdzania skuteczności .

5. NaProTechnology

Po mniej więcej 3 miesiącach pracy z instruktorem CrMS, małżeństwa trafiają do lekarza, który interpretując dane zawarte w kartach obserwacji i wszystkie inne wcześniejsze wyniki badań dodatkowych jakie para przynosi ze sobą, po badaniu lekarskim, zleca kolejne, ściśle dopasowane do indywidualnego cyklu danej kobiety

badania. Około 3-5 miesięcy trwa druga faza diagnostyki. Zawiera ona również (jeśli to konieczne) procedury związane z zabiegami chirurgicznymi takimi jak hsg, histeroskopia, laparoscopia, laparotomia – które jednocześnie są elementem leczenia. Po postawieniu rozpoznania przyczyny niepłodności podaje się leczenie farmakologiczne, hormonalne, również ściśle dopasowane do warunków indywidualnych. **Leczenie** obejmuje dostępne leczenie zachowawcze, precyzyjne leczenie hormonalne, leczenie chirurgiczne: czy to laparoskopowe czy klasyczną laparotomię. Szczególną uwagę zwraca wykorzystanie nowoczesnych technik laserowych, waporyzacji laserowej ognisk endometriozy, chirurgii rekonstrukcyjnej jajowodów, wykorzystanie technik chirurgicznych w leczeniu PCOS, specyficzne postępowanie przeciwzrostowe.

NaProTechnology wykorzystuje dotychczasowe zdobycze wiedzy ginekologicznej, endokrynologicznej oraz zabiegi operacyjne dotychczas znane, a niekiedy nawet zarzucone przez ginekologów, jej nowatorstwo natomiast polega na ich połączeniu i powstaniu wystandaryzowanego modelu wnikliwej obserwacji, analizy danych i wnioskowania oraz na **rewolucyjnie potraktowanym leczeniu zabiegowym** (zastosowanie technologii laserowych, mikrochirurgii, profilaktyka przeciwzrostowa : operacje endometriozy, korekcja zaburzeń drożności jajowodów, operacje w zespole PCOS).

Nowym jest również zabieg selektywnej histerosalpingografii w zakresie diagnostyki radiologicznej dróg rodnych kobiety i katetyzacji jajowodów, dzięki czemu staje się możliwa dokładniejsza diagnostyka i leczenie stanów ograniczonej drożności jajowodów. Postępowanie w procedurach laparoskopowych wykorzystuje w nowy i pełniejszy sposób techniki laparoskopii bliskiego kontaktu (near contact laparoscopy, wprowadzona przez Redwina w 1987 roku) – innowacyjne i nowoczesne, dające znacznie większe możliwości diagnostyczne i lecznicze, szczególnie w leczeniu endometriozy (dzięki powiększeniu obrazu nawet niewielkie zmiany, ogniska endometriozy mogą być dostrzeżone i usunięte). Twórcy NaProTechnology zaproponowali **usystematyzowane podejście** do sposobu poszukiwania zmian patologicznych w jamie brzusznej i miednicy mniejszej. Również techniki chirurgiczne drogą laparotomii wyznaczają nowe standardy profilaktyki przeciwzrostowej: opracowano kompleksowe podejście do profilaktyki

zrostów pooperacyjnych. Jest to szczególnie ważne w chirurgii jajowodów, jajnika i macicy, możliwe do wykorzystania w praktycznej pracy oddziałów szpitalnych.

NaProTechnology wprowadza inną interpretację badań dodatkowych: laboratoryjnych, szczególnie hormonalnych, wyznaczając nowe standardy i normy do oceny fizjologicznych i patologicznych warunków funkcjonowania organizmu kobiety (opracowane siatki centylowe dla poziomów hormonów płciowych w cyklu fizjologicznym, w zaburzeniach płodności oraz w ciąży) . Rozszerza możliwości diagnostyczne badań ultrasonograficznych, szczególnie w zakresie oceny owulacji (wprowadzenie szczegółowych parametrów oceny pęcherzyka dominującego, ze zwróceniem uwagi na jego jakość i obecność wzórka jajonośnego).

Dużą wagę zwraca się na leczenie hormonalne, suplementację fazy lutealnej cyklu miesięczkowego w leczeniu niektórych przypadków ograniczonej płodności także podobne postępowanie w zagrożeniu poronieniem czy porodem przedwczesnym. Wykorzystuje się leczenie farmakologiczne przy zaburzeniach funkcji układu podwzgórze –prysadka-jajnik. Celem leczenia w niepłodności jest uzyskanie poczęcia i urodzenia dziecka, czego oczekujemy przez okres około 12 maksymalnie do 48 miesięcy. Jeżeli nie uzyskuje się powodzenia NaProTechnology doradza adopcję. NaProTechnology wyklucza możliwość stosowania technik wspomaganego sztucznie rozrodu (ART) takich jak inseminacje domaciczne i techniki in vitro, ICSI, GIFT, ZIFT i inne.

6. Wyniki leczenia niepłodności przy pomocy NaProTechnology

Wyniki leczenia niepłodności przedstawiają się następująco. Posłużę się badaniami Instytutu Papieża Pawła VI z roku 2004 opublikowanymi w *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology* Thomas W. Hilgers 2004; oraz najnowszą pracą, z wrześniowego 2008 numeru *Journal of the American Board of Family Medicine: Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice*; Joseph B. Stanford, MD,MSPH, Tracey A. Parnell, MD and Phil C. Boyle, MB.

Najpierw skumulowane wyniki, wskaźnik ciąż po leczeniu z powodu niepłodności, NaProTechnology, w przedziałach czasowych

- 1) do 12 miesięcy - uzyskano 44% ciąż
- 2) do 24 miesięcy uzyskano 62% ciąż,

3) w 48 miesięcy od rozpoczęcia leczenia 71%

Wyniki leczenia kiedy rozpoznaną przyczyną niepłodności była endometrioza

1) 45% w 12 miesięcy

2) 65% w 24 miesięcy

3) 78% w 36 miesięcy

Porównując te wyniki z leczeniem chirurgicznym klasycznymi metodami widzimy badanie Rock JA z 1981: 38% po 12 miesięcy 50% po 24 miesięcy i maksymalnie 63% do 72 miesięcy po leczeniu.

Skumulowany wskaźnik dla pacjentek z zespołem policystycznych jajników

1) 40% po 12 miesięcy

2) 65% po 24 miesięcy

3) do 90% po 48 miesięcy

Po klasycznym leczeniu chirurgicznym badanie Adashi EY, Rock JA 1981 analogicznie 10% po roku, 30% po 24 miesięcy 55% po 48 miesięcy i maksymalnie do 70%.

Wreszcie skuteczność leczenia i ilość adopcji dla osób leczonych NaProTechnology w porównaniu do postępowania in vitro. Badania Instytutu Pawła VI i inne wg opisu. Kiedy przyczyną niepłodności był brak owulacji to uzyskano 81,8% poczęć, jeżeli policystyczne jajniki to 62,5% przy endometriozie 56,7%, przy niedrożności jajowodów 38,4%. Dla in vitro analogicznie wyniki z lat 1986 – 2001 od 21 do 27% ciąży na kobietę. Z pośród małżeństw leczonych NaProTechnology, których nie wyleczono 74,6 % zdecydowało się na adopcję (Family Building).

NaProTechnology okazuje się 2,67 razy bardziej skuteczna niż in vitro dla endometriozy, 2,36 razy dla PCOS i 1,41 razy dla niedrożności jajowodów.

W badaniu z Irlandii, z Praktyki lekarza rodzinnego w Galway, w latach 1998-2002 zgłosiło się 1239 par małżeńskich z powodu niepłodności. Średni wiek kobiet to 35,8 lat, średnia długość trwania niepłodności 5,6 roku. 33% par wcześniej było leczonych ART. Wskaźnik ciąży NaProTechnology wyniósł 52%. Udało się pomóc około 30% par po niepowodzeniach ART, czyli technik wspomaganego rozrodu „in vitro”. (J Am Board Fam Med 2008;21:375–384.)

7. Różnice wobec Medycyny Reprodukcyjnej

Główną różnicą wobec Medycyny Reprodukcyjnej, czyli tej skierowanej najpierw na regulację poczęć poprzez różne metody antykoncepcji i terminacji ciąży (niszczenia poczętego życia ludzkiego), a później na zastępowanie naturalnych procesów przekazywania życia, naturalnej prokreacji metodami hodowlano reprodukcyjnymi stosowanymi przez zootechnikę, czyli inseminacje oraz techniki „in vitro”, jest ukierunkowanie na dobrą diagnostykę i skuteczne leczenie. Od roku 1978, kiedy urodziło się pierwsze dziecko z próbówki, Luiza Brown, główny nurt (main stream) w postępowaniu w niepłodności odchodzi coraz dalej od diagnostyki i leczenia. Wprowadzono terminy „czasu reprodukcyjnego kobiety”, „rezerwy jajnikowej”, które wykorzystuje się do uzasadnienia nowych wytycznych towarzystw ginekologicznych (również Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego), mówiących (upraszczając), że dla kobiet po 35 roku życia prowadzenie diagnostyki i leczenia jest „marnowaniem czasu reprodukcyjnego” i takim kobietom należy jak najwcześniej zaproponować „najskuteczniejszą metodę” postępowania czyli „in vitro”. Oficjalnie **zarzucono metody leczenia mikrochirurgicznego** (np. w przywracaniu drożności jajowodów, plastyce jajowodów), odstępuje się od klasycznego leczenia chirurgicznego w zespole policystycznych jajników, nie wykorzystuje się chirurgii kiedy przyczyną niepłodności jest endometrioza. Głównym argumentem ma być większa skuteczność metod „in vitro”. Kiedy jednak **porównamy statystyki** wyników leczenia z lat 50-tych czy 70-tych XX wieku ze skutecznością metod wspomaganego rozrodu okazuje się coś przeciwnego. W badaniu z 1950 roku 66% pacjentek leczonych chirurgicznie klinową resekcją jajników z powodu PCOS uzyskało ciążę, w 1970 tylko 30% leczonych z tego samego powodu cytrynianem kłomifenu, a wyniki dla in vitro to 25% w 1996 i 23% w 2001 roku. W leczeniu endometriozy, w roku 1981, leczenie chirurgiczne 53,9 % ciąż, in vitro w 2001 30% ciąż. I ostatni przykład, w niedrożności jajowodów w 1976r. mikrochirurgia 29%, in vitro w 2001r. 27% ciąż.

8. Farmakoekonomia (porównanie IVF i NaProTechnology)

Istotnym aspektem NaProTechnology są koszty. Wiele osób nie zastanawia się nad etyczną stroną leczenia niepłodności, natomiast zwraca uwagę na stronę ekonomiczną - wysokie koszty procedur in vitro są powodem podejmowanych starań o refundowanie ze środków NFZ. Trudno w tej chwili pokusić się o przedstawienie pełnego porównania ponieważ NaPro w Polsce dopiero zaczyna, możemy jednak skorzystać z wyliczeń przedstawionych przez prof. dr Thomasa W. Hilgersa w podręczniku "The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology", Omaha, 2004). Amerykańska ochrona zdrowia już dawno nauczyła się liczyć koszty, w Polsce jeszcze nie doszliśmy do tego etapu w publicznej ochronie zdrowia, natomiast proste wyliczenie zawsze trafia do płatnika jeśli ma nim być pacjent.

Elementarne koszty zawierają

Dla NaProTechnology:

1. Etap przygotowania (w tym: szkolenie w Creighton Model FertilityCare System, leczenie farmakologiczne, zabiegi chirurgiczne, konsultacje lekarskie, dodatkowe badania laboratoryjne, hormonalne, USG itp.)
2. Kolejne cykle miesięczkowe, w których para podejmuje próby poczęcia (przyjmuje się czas ok.12 miesięcy).
3. Koszty dodatkowe opieki perinatalnej, szczególnie w przypadku ciąży mnogiej.

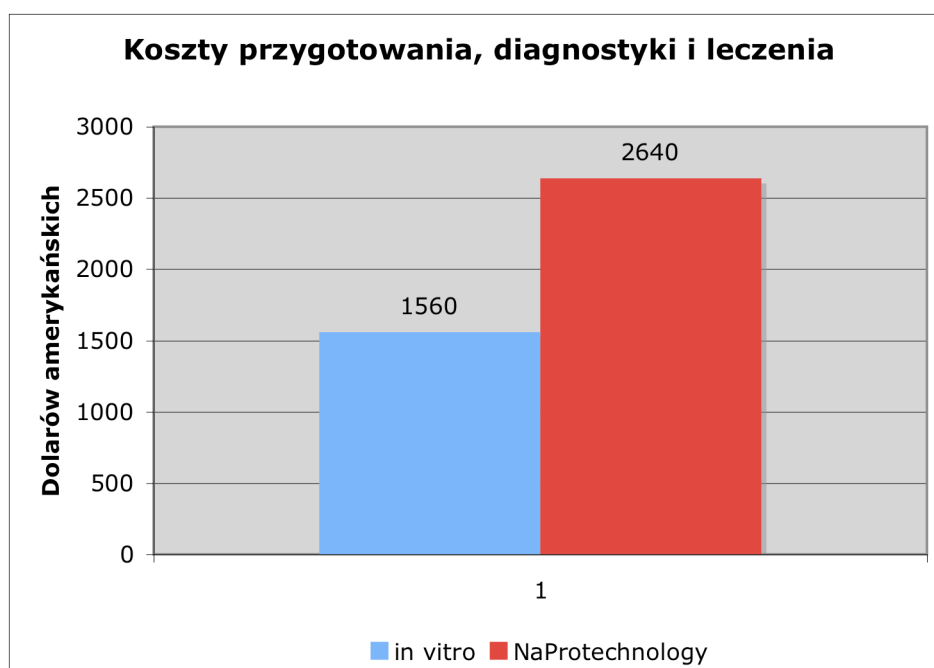
Dla procedur rozrodu wspomaganego „in vitro”:

1. Przygotowanie pary do transferu zarodków do macicy kobiety. (terapię i stymulację hormonalną, pozyskanie komórek jajowych i plemników, sztuczne zapłodnienie, transfer zarodków itd.)
2. Kolejne transfery zarodków do macicy.
3. Koszty dodatkowe opieki perinatalnej, szczególnie w przypadku uzyskania ciąży mnogiej.

Porównamy koszty poszczególnych etapów. Koszty obliczone są w dolarach w kontekście amerykańskim, **dla nas mają przede wszystkim pokazać proporcje, nie wartości liczbowe .**

Najtrudniejsze jest porównanie kosztów pierwszego etapu, ponieważ istnieje tu zdecydowana różnica jakościowa. NaProTechnology zakłada pełne wykorzystanie wszystkich możliwości współczesnej medycyny dla zdiagnozowania i leczenia przyczyn niepłodności. Pozwala często na usunięcie takich przyczyn niepłodności, które również odbijają się na zdrowiu ogólnym kobiety - czyli przywraca do zdrowia.

Natomiast przygotowanie do in vitro natomiast nie uwzględnia prób leczenia przyczynowego, lecz jedynie procedury potrzebne do sztucznego pobrania gamet. Przy tym **in vitro zamiast leczyć, często prowadzi do wczesnych i późnych powikłań** wymagających dodatkowego leczenia i w konsekwencji generujących dodatkowe koszty nie uwzględniane w wyliczeniach (np. wczesne: zespół hiperstymulacji jajników, późne: wzrost ryzyka wystąpienia raka piersi) .

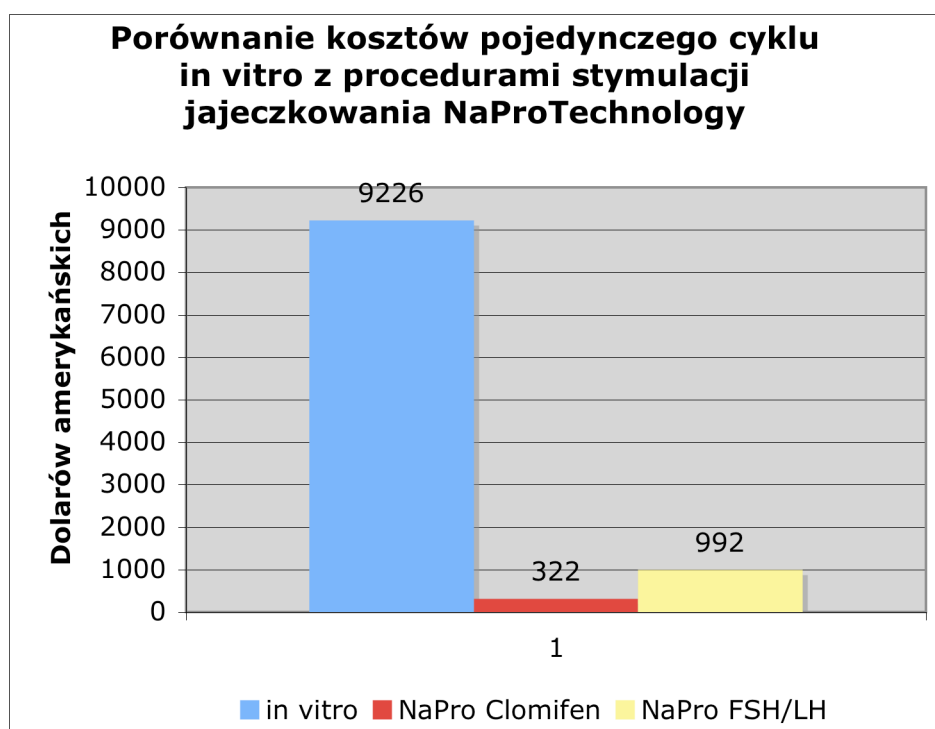


Etap 1. Przygotowanie/leczenie

Nie ujęte są wszystkie koszty in vitro. Dla NaProTechnology ujęto koszty: kształcenia pacjentów, badań i kuracji hormonalnych, badań USG, badań nasienia, HSG i SHSG, laparoskopii, histeroskopii, chirurgii laserowej, operacji chirurgicznych oraz wynagrodzenia pracowników. Jak widać na wykresie, ten etap jest tańszy w przypadku in vitro. W tym aspekcie korzyści płynące z tego etapu w NaProTechnology wielokrotnie przewyższają korzyści tego etapu przy in vitro - ale koszty te należy interpretować w relacji do wartości i korzyści, jakie ten etap niesie

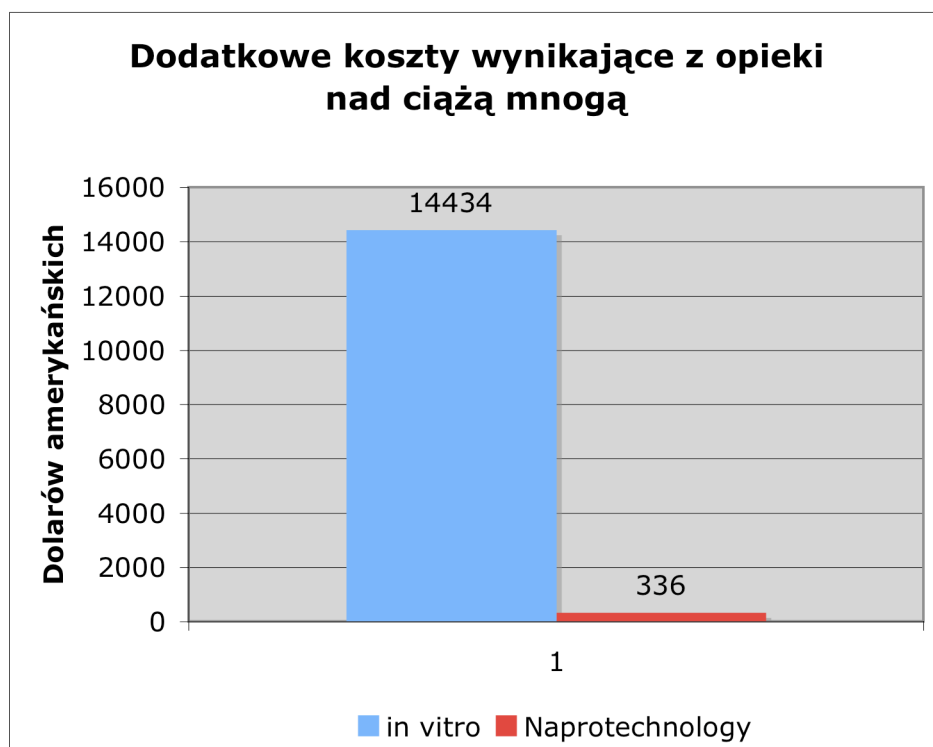
dla pacjentów. W tym aspekcie, korzyści płynące z tego etapu w NaProTechnology wielokrotnie przewyższają korzyści tego etapu przy in vitro.

Wyniki zestawienia dokonane przez prof. Hilgersa też powinniśmy interpretować, mając na uwadze, że uwzględniają kontekst amerykański. W Polsce wynagrodzenia pracowników są zdecydowanie niższe w relacji do cen rzeczowych, stąd można szacować, że różnica pomiędzy kosztem tego etapu w NaProTechnology, która wymaga większego nakładu czasu, a procedurą in vitro, która jest techniczną rutyną, może się wręcz wyrównać. Ponadto koszty preparatów hormonalnych do stymulacji jajczkowania na potrzeby in vitro są relatywnie mniejsze w USA. Wysokospecjalistyczna chirurgia korekcyjna, która jest niekiedy zalecana w NaProTechnology, prawdopodobnie też będzie w Polsce znacznie tańsza i już jest refundowana.



Etap 2. Kolejne próby transferu zarodków/kolejne próby poczęcia w cyklach

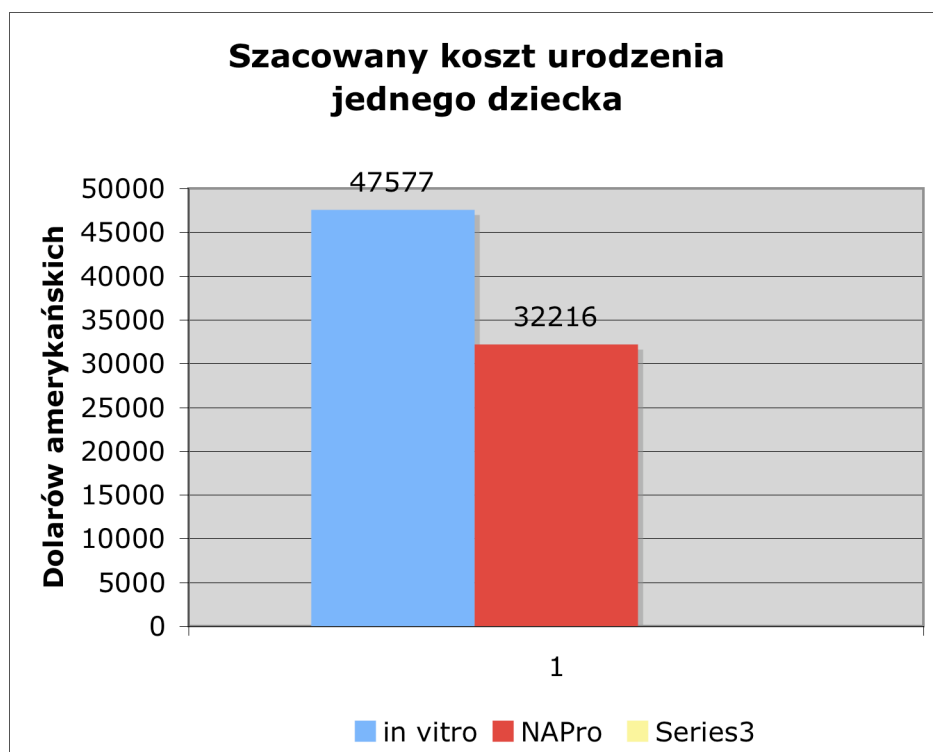
W tym przypadku podano koszt 1 cyklu/transferu na jedną pacjentkę (w cenach z roku 2001, USA). Niżej podamy, jak policzyć średni koszt uzyskania poczęcia i urodzenia dziecka, gdyż musi być przeprowadzonych 1 lub więcej prób, żeby osiągnąć zamierzony efekt.



Etap 3. Koszty dodatkowe w przypadku ciąży mnogiej

Należy zaznaczyć, że do ciąży mnogiej dochodzi nawet w 44 proc. dla in vitro oraz w 3,2 proc. dla NaProTechnology, dlatego koszt średni w przypadku in vitro jest taki duży.

Teraz porównajmy koszty urodzenia 1 dziecka (wykres 4.):



Dla in vitro jest to koszt bez rozpoznania problemów i ich wyleczenia, dla NaProTechnology koszt uwzględnia rozpoznanie problemów i ich wyleczenie

Jak widać, koszt urodzenia 1 dziecka jest w zależności od kuracji w NaProTechnology (w kontekście amerykańskim) wyraźnie niższy niż w przypadku in vitro. Wynika to również z tego, że NaProTechnology jest skuteczniejsza od in vitro. Ponadto przy każdej kolejnej próbie poczęcia koszt in vitro pozostaje w całości taki sam, natomiast w naprotechnologii radykalnie maleje lub w ogóle nie ma potrzeby podejmowania kolejnego leczenia - ponieważ problem został już raz zdiagnozowany i wyleczony.

Należy pamiętać że program NaProTechnology zakłada trwanie etapów szkoleniowego, diagnostycznego i leczniczego, oraz oczekiwania na początku po leczeniu od 18 do 24 miesięcy. W takim też czasie rozkładają się wydatki ponoszone przez pacjentów. Koszty szkoleń, diagnostyki i leczenia jakie możemy w tej chwili oszacować w warunkach polskich wynoszą:

Etap szkolenia:

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1.materiały szkoleniowe | ok. 200 zł |
| 2.koszty szkoleń | od 800 do 1200zł |

Etap diagnostyczno – leczniczy :

1. Koszty wizyt lekarskich (ok. 4 wizyt w ciągu roku, wizyta trwa od 45-60 min) ok.4x 250 zł
2. Badania dodatkowe: laboratoryjne i hormonalne, ultrasonograficzne, monitorowanie owulacji itd: zależnie od potrzeb i cenników laboratoriów, podstawowa diagnostyka wymaga co najmniej 8 badań hormonów(ok 200zł) i następnie w każdym cyklu 2 badania (50 zł). Badania USG 80-200zł (monitorowanie owulacji). Ilość badań dodatkowych zależy od potrzeb, w związku z tym koszty mogą wzrosnąć nawet do 1500-2000 zł w ciągu roku.
3. Koszty leczenia szpitalnego są trudne do oszacowania, są one refundowane przez NFZ jednak na zbyt niskim poziomie, nie uwzględniającym realnie ponoszonych kosztów oraz wynagrodzeń personelu medycznego. W przypadku procedur operacyjnych koniecznych w chirurgicznej NaProTechnology dochodzą: dodatkowe koszty chirurgii laserowej (zakup i eksploatacja sprzętu) oraz profilaktyki przeciwzrostowej (dodatkowa praca, użycie leków)

9. NaProTechnology i sytuacja w Polsce

Niepłodność nie jest jedynym stanem chorobowym w diagnostyce i leczeniu którego NaProTechnology może pomóc znacząco lepiej niż dotychczas stosowane metody. Szczególnie ważnym problemem są poronienia nawykowe. Postępowanie w przypadku poronień nawykowych jest bardzo podobne jak w diagnostyce i leczeniu niepłodności. Podręcznik NaProTechnology na ponad 1200 stronach i w 90 rozdziałach opisuje najważniejsze problemy w których NaPro pomaga, takie jak:

zaburzenia owulacji, diagnostyka ultrasonograficzna i laboratoryjna, hormonalna terapia zastępcza, zespół napięcia przedmiesiączkowego, depresja poporodowa, torbiele jajnikowe, nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, osteoporoza, choroby nowotworowe – wczesne wykrywanie i leczenie, zaburzenia folikulogenezy i luteogenezy, zaburzenia funkcji tarczycy, zaburzenia podwzgórzowe, przysadkowe i jajnikowe, endometrioza, zespół policystycznych jajników, choroba zrostowa w miednicy mniejszej, brak miesiączki i brak owulacji, niepłodność męska, leczenie niepłodności, postępowanie w zagrażającym porodzie przedwczesnym, poronienia nawykowe, postępowanie chirurgiczne czyli NaProTechnology chirurgiczna z kilkunastoma szczegółowymi rozdziałami oraz kilka rozdziałów o doświadczeniach w leczeniu w praktyce ginekologicznej i praktyce lekarza rodzinnego.

NaProTechnology stanowi nowoczesną, skuteczną i atrakcyjną dla dużej części pacjentek metodę zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Stanowi doskonałe narzędzie szczególnej aktywizacji, zaangażowania w proces diagnostyczno leczniczy bezpośrednio zainteresowanych małżonków. Wprowadza nową kategorię instruktorów współpracujących z lekarzem i pacjentami (FertilityCare Practitioners) w celu jak najpełniejszego wykorzystania możliwości diagnostycznych i terapeutycznych. NaProTechnology umożliwia zaangażowanie w profilaktykę i leczenie w zakresie niepłodności również lekarzom rodzinnym.

W przeciwieństwie do sztucznego podejścia do płodności, które powoduje w istocie jej hamowanie NaProTechnology nie niszczy naturalnych mechanizmów prokreacji, chroniąc kontekst relacji miłości kobiety i mężczyzny. Przy zaburzeniach zdrowia prokreacyjnego następuje rozpoznanie problemu i przywrócenie prawidłowego stanu poprzez współpracę z naturalnym cyklem. Dzięki NaProTechnology pary starające się o dziecko mają możliwość poznania i zrozumienia przyczyn objawów. Pogłębiając świadomość własnej płodności, poznając przyczynę problemów para ma możliwość wzmocnić, wzbogacić wzajemne relacje i poczucie jedności.

Efektom NaProTechnology to nie tylko zajście w ciążę i urodzenie dziecka, ale też właściwe wyleczenie schorzeń, które powodują niepłodność i ogólna poprawa kondycji zdrowia kobiety. Możliwe jest naturalne poczęcie i urodzenie kolejnych dzieci zgodnie z życzeniem rodziców.

NaProTechnology zakłada też, a może przede wszystkim, **zupełnie odmienne podejście filozoficzne** do leczenia pacjentów z niepłodnością. NaProTechnology widzi dziecko jako dar, w przeciwieństwie do uznawania prawa do dziecka, tak jak stwierdza to instrukcja Donum Vitae „prawdziwe i właściwe prawo do dziecka sprzeciwiałoby się jego godności i naturze. Dziecko nie jest jakąś rzeczą, która należałaby się małżonkom i nie może być uważane za przedmiot posiadania. Jest raczej darem, i to „największym”, najbardziej darmowym małżeństwa, żywym świadectwem wzajemnego oddania się jego rodziców...”

W opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii w Polsce dotkniętych niepłodnością jest około 1,2-1,3 mln par małżeńskich. Według danych Commonwealth of Massachusetts Committee on Health Care szacuje się że 50% spośród wymagających leczenia rzeczywiście się na nie decyduje, 12 % spośród decydujących się na leczenie podejmuje je w danym roku, 1-2% spośród niepłodnych par wymaga zastosowania technik wspomaganego rozrodu a część z tych par nie zdecyduje się na ich zastosowanie. **Należy zwrócić uwagę, że Polska jest krajem katolickim, stąd sposoby stosowane w technikach wspomaganego sztucznie rozrodu budzą wiele zastrzeżeń zarówno natury etycznej (godzą w przekonania katolików) jak i prawnej, z tego względu w Polsce, na procedury wspomaganego rozrodu zdecyduje się znacznie mniej osób niż w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej.**

Wprowadzenie NaProTechnology do praktyki medycznej sprawowanej przez położne i pielęgniarki, lekarzy rodzinnych i położników ginekologów w Polsce może w znaczący sposób przyczynić się do zmniejszenia częstości niepłodności, niepowodzeń położniczych oraz innych schorzeń w zakresie ginekologii i położnictwa.

Bibliografia:

1. Hilgers TW.: *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*. Omaha, Nebraska USA: Pope Paul VI Institute Press 2004.
2. Hilgers TW., Daly KD., Hilgers Sk., Prebil AM., *Book I Basic Teaching Skills* Omaha, Nebraska USA: Pope Paul VI Institute Press 2002.
3. Hilgers TW., Daly KD., Hilgers Sk., Prebil AM., *Book II Advanced Teaching Skills* Omaha, Nebraska USA: Pope Paul VI Institute Press 2003.

4. Joseph B. Stanford JB., Parnell TA., Boyle PC., *Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice* J Am Board Fam Med 2008;21:375–384
5. Pilewska A., Kozak Ł. „*Naprotechnologia - nowa jakość w problemach z uzyskaniem ciąży*”, „*Nowoczesne metody rozpoznawania płodności*”, R. Domżał-Drzewiecka, E. Gałęziowska Wydawnictwo Makmed, Lublin 2007; 87-90
6. „*Opinia dotycząca nowej technologii diagnostyczno-leczniczej NaProTechnology*” Warszawa 2009.04.05 Prof. zw. dr hab.n.med Bogdan Chazan Szpital Świętej Rodziny w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny
7. Odpowiedź Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia p. Jakuba Szulca (pismo z dnia 17.06.2009, znak: MZ-GM-070-2400-7/KK/09) na interpelację poselską p.posła Tadeusza Wity skierowaną do Marszałka Sejmu (pismo z dn. 29 maja 2009 znak: SPS-023-9822/09) w sprawie naprotechnologii.
8. Maciej Barczentewicz „*NaProTechnology jako narzędzie do diagnostyki i leczenia niepłodności i innych chorób*” „*Naturalne Planowanie Rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych*” Instytut Nauk o Rodzinie Katolickiego Uniwersytetu Jana Pawła II Lublin 2008; 229-238
9. Maciej Barczentewicz, „*NaProTechnology*” Obecni 1/2009(19) Kielce 2009
10. Maciej Barczentewicz „*NaProTechnology - nowa wizja NPR w Polsce Diagnostyka i leczenie niepłodności*” w druku: „*Życie i płodność*” 2/2009 Kraków 2009
11. Tomasz Chyra, *Porównanie kosztów i zysków naprotechnologii i in vitro* Nasz Dziennik 25 stycznia 2008