

БРОЙ 10

Ноември 2008

АРТИ



Електронно списание за репродуктивно здраве на клиника САГБАЛ „Д-р Щерев“ Разпространява се безплатно

Лечение на стерилитета в напреднала репродуктивна възраст

ОЩЕ В БРОЯ :

- **Напредналата репродуктивна възраст – някои пояснения**
- **Възрастта на жената е много по-важна от нивата на FSH**
- **Стимулация на овулацията при по-възрастни пациентки**
- **Антимюлеровият хормон**
- **Причина ли е възрастта за отказ от АРТ?**
- **Гледната точка на психолозите**

Az-jenata.com

Електронно списание за модерната жена

<http://www.az-jenata.com>

СПИСАНИЕТО СЕ РАЗПРОСТРАНЯВА ПО
ЕЛЕКТРОННА ПОЩА. ЗА ДА СЕ АБОНИРАТЕ,
ИЗПРАТЕТЕ СЪОБЩЕНИЕ С ТЕКСТ
„АБОНАМЕНТ“ НА АДРЕС: press@ivf-bg.com

За възрастта на жената, бременността и раждането...



Фактите...

„Когато жените преминат 30-годишна възраст, техните яйцеклетки започват прогресивно да намаляват в сравнение с „нормалното“ количество...”

„На 40 години шансът на жената да забременее намалява от 90 на 67%. На 45 години шансът ѝ пада до 15%.”

„При раждането си всяка жена носи 1-2 милиона яйцеклетки в себе си. От първата менструация до 35-37-ата година в женския организъм има около 300 000 фоликула. Между 35-37 години те вече намаляват до 10-25 хиляди.”

„През последните 25 години средната възраст за първо раждане се е увеличила с 10 години и днес тя е 31.5 г.”

Да, безспорно това са фактите... Но какво се крие зад тях? Много често липса на подходящ партньор, желание за кариерно развитие и себеутвърждаване, финансови затруднения, липса на осъзната потребност от майчинство, понякога и дълго продължило лечение на стерилитет.

И въпреки всичко продължаваме да се борим...

За щастие, съвременните репродуктивни технологии могат да помогнат на двойките, желаещи да се сдобият със своя рожба в по-късна възраст, но все пак не бива да забравяме, че шансовете за забременяване са в пъти по-ниски.

Това е и едно от най-големите предизвикателства пред нашия екип – да помогнем на всяка двойка, потърсила съвет и помощ при нас – и една от причините ежегодно да събираме признати и утвърдени европейски имена по репродуктивна медицина. Такъв бе и поводът на организирания от „Институт по Репродуктивно Здраве”, АГ клиника „Д-р Щерев” и Медицински център „Репродуктивно здраве” международен научен симпозиум на тема „Лечение на стерилитета в напреднала репродуктивна възраст – резултати и усложнения”.

Надяваме се отново да ви предоставим едно полезно и интересно четиво!

Йоана Тодорова
гл. редактор

Напредналата репродуктивна възраст – Някои пояснения



Д-р Таня Тимева
акушер-гинеколог
САГБАЛ „Д-р Щерев“

Някои основни понятия:

Фертилността представлява естествената способност на жената да забременява, тоест да се възпроизвежда.

Естествената менопауза е постоянното прекъсване на менструацията, дължащо се на естественото изчерпване на яйчниковата функция.

Репродуктивната менопауза е прекъсването на способността за възпроизводство.

Хормоналната менопауза представлява прекъсване на хормоналните процеси, водещи до менструация.

Съществуват и две дефиниции, касаещи възрастта на жената във връзка с нейната фертилност.

При **хронологичната възраст** броят и качеството на яйцеклетките са значително повлияни от

напредналата възраст на майката.

При **биологичната възраст** основният фактор е яйчниковия резерв, който не зависи от хронологичната възраст на майката. Добре известно е, че фертилността при жените постепенно намалява с възрастта. Този феномен е най-добре документиран в исторически изследвания на популации, където не са били познати контрацептивите, както и в изследвания на жени, подложени на донорска инсеминация. Месечните случаи на достигане на бременност намаляват постепенно след достигане на възраст от 30 години, спадат по-бързо след 36-годишна възраст и около 41 години жените губят естествената си фертилност. Трябва да се отбележи, че тази възраст може да варира от 33 до 48 години.

Някои често задавани въпроси:

- Какви са шансовете да се забременее в напреднала репродуктивна възраст?
- Какви са наличните опции? (яйчикова стимулация за ин витро/ИКСИ, донорство на яйцеклетка, замразяване на яйчниковая тъкан)
- Какви са рисковете за здравето?
- Социално-етнически въпроси
- Бъдещо усъвършенстване

Основни проблеми, касаещи възрастта:

- Яйчниците не реагират на стимулация
- Прекъсване на цикъла
- Малко яйцеклетки
- Ниско качество на яйцеклетките
- Ниски нива на имплантация
- Редуцирана възприемчивост на ендометриума

- Редуцирано кръвоснабдяване на ендометриума
- Намаляване на съединителната тъкан на ендометриума
- Слаба фиброза на съединителната тъкан и маточната стена
- Фибромиома и други механични фактори
- Нарастване на нивата на аборт

Изследване:

Цел на представеното по-долу изследване е да се установи влиянието на възрастта на жените върху резултатите от ин витро.

Изследването е проведено на база 1017 ин витро цикъла, извършени в САГБАЛ „Д-р Щерев“ от януари 1999 до декември 2005 г. Средната продължителност на стерилитета при лекуващите се двойки е 5 години и 4 месеца. При всички жени е приложен дълъг протокол. Пациентките са между 21 и 45-годишни, а средна им възраст е 32.13 години. Те са разделени в пет възрастови групи, като разпределението е следното:

- I група – 84 жени (8.26%) – 21-25 години
- II група – 332 жени (32.65%) – 26-30 години
- III група – 331 жени (32.55%) – 31-35 години
- IV група – 228 жени (22.41%) – 36-40 години
- V група – 42 жени (4.13%) – 41-45 години

Резултати:

Не е установена статистически значима разлика между отделните възрастови групи по отношение на средната продължителност на провежданата стимулация – 13 дни.

	21-25 години	26-30 години	31-35 години	36-40 години	41-45 години
Продължителност на стимулацията	12.5 дни	12.9 дни	13 дни	13.2 дни	13.1 дни
Брой на яйцеклетките	8.9	8.4	6.6	5	3.5
Оплождания	82.91%	85.61%	82.15%	78.42%	58.69%
Клинични бременности	25%	28.87%	24.53%	15.15%	10%
Имплантиции	11.32%	13.26%	11.75%	6.75%	6.56%

Относно броя на добитите след фоликуларна пункция яйцеклетки е налице статистически значима разлика между отделните групи – наблюдава се намаляване на броя им с нарастване на възрастта, статистически значимо след 30 години. След 40-годишна възраст се аспирират почти три пъти по-малко яйцеклетки и съответно са на лице по-малък брой яйцеклетки с нормална матурация. Като краен резултат се установява редуциране на броя оплодени яйцеклетки, с които разполагаме за ембриотрансфер. Налице е силно изразено, статистически значимо намаляване на процента на оплождане на яйцеклетките след 40 години – 58.69%.

При завършилите всички етапи на АРТ най-важен от сравняваните показатели остава процентът на установени клинични бременности на ембриотрансфер. Резултатите от проучването показва статистически сигнификантно намаляване на клиничните бременности след 35-годишна възраст. След 40 години забременяват само 10%, въпреки наблюдавания сравнително високия процент на оплождане на яйцеклетките. Почти 1/3 от жените над 40 години приключват преждевременно своето лечение и възможността за настъпване на бременност при тях е на практика нулева. Освен количествени промени, с напредване на възрастта при жената са налице и отклонения в

качеството.

При 4,62% поради липса на оплождане не се достига до ембриотрансфер.

Изводи

Възрастта на майката е най-важният фактор, отразяващ се на броя и качеството на яйцеклетките. След 30-годишна възраст количеството на извлечените яйцеклетки е статистически по-ниско. Нивата на оплождане спадат значително при жени над 40 години, но клиничните бременности започват да намаляват още след 35-ата година. Биологичната възраст (яйчниковият резерв) изглежда рефлектира върху изхода от АРТ независимо от хронологична възраст на жената.

Резултати от ин витро и връзката им с майчината възраст

Възраст	Бременности	Спонтанни аборти	Живи раждания
25-29	35%	5.9%	32%
30-34	31%	8.1%	26.2%
35-39	31%	11.5%	27.3%
40-44	16%	42.9%	8.8%

Изводи

Слабите резултати от АРТ при жени в напреднала възраст вероятно се дължат на яйцеклетки с аномалии. Предимплантационният генетичен скрийнинг в тези случаи би могъл да

подобри резултатите от АРТ.

Отличен резултат от АРТ би могъл да бъде постигнат при по-възрастни жени чрез използването на донорски яйцеклетки.

Същевременно с това обаче е необходимо да се подложат на дебат етичните и социалните въпроси, отнасящи се до бременност след настъпване на естествената менопауза.

Резултати от ИКСИ и връзката им с майчината възраст				
Възраст	Имплантиции	Бременности	Живи бременности	Спонтанни аборти
40	6.7%	18.3%	12%	34.5%
41	7.7%	19.1%	13.7%	28%
42	3.8%	8.9%	7.8%	12.5%
43	4.8%	14.7%	6.7%	55.5%
44	1.9%	6.5%	2.2%	66.6%
45	3%	8.3%	0%	50%
≥46	0.9%	3%	0%	100%
Общо	5.4%	14.4%	9.2%	35%

Лечение на стерилитета в напреднала репродуктивна възраст

Втори годишен международен симпозиум



Доц. Атанас Щерев
основател и консултант на
САГБАЛ „Д-р Щерев“

„Институт по репродуктивно здраве“, САГБАЛ „Д-р Щерев“ и МЦ за провеждане на симпозиуми, „Репродуктивно здраве“ за втора поредна година организираха тема и да привлечем за участие симпозиум по репродуктивна медицина, който се проведе в София. В дискусия с чуждестранни колеги избраната тема беше „Лечение на стерилитета в напреднала репродуктивна възраст – резултати и усложнения“. Основанията за избора на тази тема са увеличаване броя на пациентите, които се включват в програми за лечение на стерилитета чрез АРТ от една страна, а от друга, осигурява именно в напреднала репродуктивна възраст, както и особеностите в подходите за тяхното лечение.

Идеята ни е да създадем традиция и да привлечем за участие европейски специалисти, експерти по конкретния проблем, както и наши специалисти, които работят по избраната тема беше проблемите на стерилитета. Убедени сме, че тази форма на специализирани научни срещи – допринася за задълбоченото разглеждане на избрания проблем и в значителна степен гарантира успешното провеждане на форума, а от друга, осигурява максимална професионална информация на високо ниво за всички участници.

Възрастта на жената е много по-важна от нивата на FSH*



Проф. Рой Хомбург
Холандия
консултант на
САГБАЛ „Д-р Щерев“

При раждането си всяка жена носи 1-2 милиона яйцеклетки в себе си. От първата менструация до 35-37-ата година в женския организъм има около 300 000 фоликула. Между 35-37 години те вече намаляват до 10-25 хиляди. До 50-годишна възраст от тях са останали едва 1500, а до 3 години след настъпването на менопаузата те вече са 0.

Много жени са склонни да отложат първата си бременност и причините за това са различни: кариера, финансови съображения, липса на партньор или пък късен брак, развод, нов партньор в по-късна възраст, загуба на първото дете. Средната възраст на първото раждане в Холандия например е 30 години. Когато става въпрос за късна бременност обаче, съществуват въпроси, върху които трябва да се помисли, като например какви са възможностите за забременяване в

по-напреднала възраст, кой е по-добрият вариант за зачеване – на медицинската интервенция или на естествения подход? Тук се нарежда и дебатът за донорството на яйцеклетки.

Намаляващ яйчников резерв – симптоми:

Напредването на възрастта, както стана ясно в началото на текста, неизменно е обвързано с намаляване на яйчниковия резерв. Съществуват симптоми, които говорят за настъпването на този процес:

- по-кратък етап на развитие на фоликулите
- преждевременна овулация
- ранна лутеинизация
- слаба реакция при стимулация

Антимюлеров хормон:

Добър маркер за определяне яйчниковия резерв се явява Антимюлеровият хормон. Съществува висока обвързаност между нивата на този хормон в женския организъм, броят на наличните фоликули, както и потенциалната реакция на яйчниците при една евентуална стимулация. Освен това, Антимюлеровият хормон рефлектира върху статуса на яйчниците по-добре от всеки друг хормон, той е силно свързан с производството на яйцеклетки.

Прогнози за бременност:

Ето и някои изводи на база дълги практически и изследователски наблюдения:

Младите пациентки със слаба реакция на яйчниците, дори с високи нива на Фоликулостимулиращ хормон.

имат по-висок шанс за забременяване от по-възрастните пациентки.

Възрастта е независим фактор при определянето на яйчниковия резерв.

Нивата на Фоликулостимулиращия хормон са индикатор за степента на реагиране на яйчниците при стимулация.

Слабата реакция на яйчниците, регистрирана при първи цикъл ин витро, има своята роля при прогнозирането на възможностите за забременяване, но следва да бъде доказана при последващи ин витро цикли.

Изследване:

Предлагам резюмирани данни от изследване сред 97 жени на 40 и повече години, претърпели по 3 ин витро цикъла. Бременност е настъпила при 25 от тях (24%). И трите ин витро опита са неуспешни при 72 от тях (76%).

Някои от основните изводи, които мога да направя на база на това изследване, са:

Възрастта на жената и броят на яйцеклетките, регистрирани при първи ин витро цикъл, са най-значимите фактори при прогнозирането на бременност.

Никои от другите параметри (характеристики на яйчниковата стимулация, брой на трансферираните ембриони и т.н.) няма толкова голямо значение като по-горе изброените.

***FSH – Човешки
фоликулостимулиращ
хормон**

Слабото реагиране при първи ин витро цикъл не е задължително обвързано с негативни прогнози за изхода от предстоящи процедури.

Параметрите на първия ин витро цикъл не са достатъчен коректив при прогнозирането на възможността за забременяване.

Създаване на банки за яйцеклетки:

Витрификацията на яйцеклетки (бързо замразяване) нанася по-малко щети, отколкото по-бавните варианти за замразяване. Чрез прилагането на този метод се избягва междуклетъчното кристализиране, което би увредило фатално клетката. Витрификацията е и по-евтина като метод за съхранение на яйцеклетките, а също така отнема по-малко време. При витрификацията оцеляват повече от 90% от замразените яйцеклетки, а от 75 до 90% биват успешно оплодени след размразяването им. От 32 до 65% варира процентът на бременностите.

Малко статистика

Резултати от прилагане на АРТ, САЩ

Възраст	Живи раждания
40 години	16%
43 години	5%
43+ години	2%

Статистика за спонтанните аборти, САЩ

Възраст	Спонтанни аборти
40 години	29%
43 години	48%
45 години	85%

постигнати след трансплантиране на ембриони от замразени яйцеклетки. Над 50% са живите раждания в резултат от такива бременности.

Етика и закон:

„Замразяването на яйцеклетки с цел по-късно оплождане без медицински причини не бива да се окуражава“. Това е директива на

Европейската асоциация по човешка репродукция и ембриология (ESHRE), която пряко кореспондира със съвета, който трябва да достигне до възможно най-много жени:

Възможността за замразяване на яйцеклетки не бива да бъде повод за жените да отлагат забременяването.

Стимулация на овулацията при по-възрастни пациентки



Проф. Йоанис Месинис
Гърция

Основни изводи

Информацията в специализираната литература по темата е твърде ограничена. Въпреки това на базата на години практика и клинични изследвания могат да се направят следните изводи:

При жените над 35-годишна възраст вероятността за забременяване по естествен път е по-ниска.

При по-възрастни жени, при които е доказана липса на овулация, първият избор на метод за справяне

със стерилитета трябва да е стимулация на овулацията.

Ин витро/ИКСИ трябва да е последното средство, до което се прибегва след неуспешна овулационна стимулация.

Необходимо е бъдещите изследвания да дефинират възрастова граница за стимулация на овулацията при жените в напреднала репродуктивна възраст, при които овулация не настъпва.

Антимюлеровият хормон

Някои основни дефиниции



Проф. Ричард Флеминг
Великобритания

През последните 25 години средната възраст за първо раждане се е увеличила с 10 години и днес тя е 31.5 г. Асистираните

репродуктивни технологии могат да помогнат на двойки в напреднала репродуктивна възраст, борещи се със стерилитета, но въпреки това потенциалът за постигане на бременност е много по-нисък, отколкото при по-млади жени и мъже. Вече съществува тест, който показва яйчниковия капацитет на жената. Той е необходим и много полезен за всеки един център по репродуктивно здраве, а методиката му се базира на изследване на Антимюлеровия хормон (АМН). Антимюлеровият хормон е индикатор за процеса на протичане на естествената функция на яйчниците и за качеството на отделяните яйцеклетки. Антимюлеровият хормон и възрастта независимо един от друг

рефлектират върху производството на яйцеклетки от женския организъм. Антимюлеровият хормон регистрира с много по-голяма точност отколкото фактора възраст степента на реагиране на яйчниците. Напредналата яйчникова възраст, определян на база ниски нива Антимюлеров хормон, не е показател за бъдеща намалена жизненост на ембрионите. Високи нива на Антимюлеровия хормон при по-възрастни жени говорят за приемливо количество произведени яйцеклетки. Въпреки това ефектът от възрастта върху способността за развитие на яйцеклетките и броя на хромозомите в тях се проявява независимо от броя им.



Причина ли е възрастта за отказ от АРТ?



Д-р Мария Юнакова
акушер-гинеколог
САГБАЛ „Д-р Щерев“

Неоспорим факт е, че АРТ процедурите са психически и физически стрес за двойките, борещи се със стерилитета. Ролята на лекар е ключова в процеса на тяхното лечение и освен прилагането на самите процедури, включва и друг много важен елемент – информирането. До голяма степен успешният изход от АРТ зависи от подготовеността на двойката.

Често ли се отказват от лечение пациентите с репродуктивни проблеми?

В САЩ и Европа 45% от бездетните двойки никога не търсят медицинска помощ за изясняване на проблема. Причините са много и варират от расови, пред религиозни, културни, до икономически.

В САЩ 2/3 от пациентите, потърсили помощ за решение на репродуктивен проблем, не се консултират повторно. 20%

прекъсват лечението си още преди да са завършили стимулация с „Кломифен“, а 23% завършват терапията с „Кломифен“, но не продължават с други методи. В Германия 40% от пациентите след неуспешна първа стимулация (ин витро, ИКСИ) не се връщат за повторен опит. В САЩ 1/3 от жените под 40 години и 1/3 от тези над 40 години не правят трети цикъл. В България ситуацията е подобна. Причините за регистрирането на тази статистика са твърде разнообразни. Някои от тях се коренят в нереалистичните очаквания, други – в страха и обезсърчаването на пациентите в хода на медицинските процедури. При някои двойки, подлагащи се на лечение на стерилитета, се наблюдават страх и болка при извършване на манипулациите. При този фактор от ключово значение са броят на самите манипулации, както и какво всъщност включват те (инжекции, пункции и т.н.). Продължителността на процедурите също играе голяма роля при обяснението на отказите от прилагане на АРТ. Тя е свързана със загуба на лично време, взимане на отпуски по болест и необходимото за някои процедури отсъствие от работа. Разполагаме с данни от ретроспективно проучване на 4102 ин витро цикъла, проведени при 2130 пациенти. Тяхната средна възраст е 33.2 години. Целта на това проучване е да се оценят реалните възможности за настъпване на бременност в зависимост от възрастта с поредността на АРТ опитите. Изчислени са реалният кумулативен за 4 цикъла процент бременности и очаквания процент, ако незабременелите жени достигнат до 4-ти опит включително. Пациентите са разделени на възрастови групи. А резултатите са показателни.

Възраст	Бременности при достигнати 4 цикъла	Бременности при евентуални 4 цикъла
До 35 години	35.2%	57.1%
36-39 години	25.7%	44.8%
40-43 години	17.2%	35.4%
Над 44 години	10%	

Пациентите са предприели средно по 1,92 ($\pm 1,22$) опита.

Бременностите са се получили след средно 2,12 ($\pm 1,36$) опита.

Резултати за отказа от лечение:

49% още след първи опит

26,7% - след втори опит

13,9% - след трети опит

6,9% - след четвърти опит

Необходимо е да се има предвид големият процент отказ от лечение.

Целесъобразно е да се провежда

индивидуално консултиране за реалните шансове за бременност. Трябва ясно да се каже: представеното проучване, което е изключително достоверно предвид броя проследени пациенти и ин витро процедури, показва, че средният брой опити, водещи до настъпването на бременност, са 2,12. То обаче също така показва, че шансът за забременяване при прилагане на АРТ при жени след

44-годишна възраст е малък. Финансовите причини не винаги са водещи при отказа от продължаване на АРТ процедурите. В Германия осигурителната система покрива 50% от стойността на 3 ин витро опита, но въпреки това 40% от пациентите се отказват след първи неуспешен опит. Същевременно с това отново в Германия е на лице промяна във възрастовата структура на населението. Раждаемостта се задържа ниска, като статистиката сочи, че на една жена се падат по-малко от 1.1 деца. Между 1.5 и 2 милиона са инфертилните двойки. Фактически в Германия всяка седма двойка се нуждае от АРТ, за да се сдобие с потомство.

В България Националната здравноосигурителна каса чрез програмата си „Лечение на безплодието“ осигурява средства на 1000 двойки всяка година, които обаче покриват стойността само на нужните за процедурата медикаменти. Поради тази причина достъпът до АРТ у нас може да се счете за ограничен. Но съществуват и други фактори за отказ от лечение на стерилитета чрез прилагане на асистирана репродукция, сред които са културните и информационните.

В България Националната здравноосигурителна каса чрез програмата си „Лечение на безплодието“ осигурява средства на 1000 двойки всяка година, които обаче покриват стойността само на нужните за процедурата медикаменти. Поради тази причина достъпът до АРТ у нас може да се счете за ограничен. Но съществуват и други фактори за отказ от лечение на стерилитета чрез прилагане на асистирана репродукция, сред които са културните и информационните. Ролята на специалиста при АРТ е от особено голямо значение. Неговата компетентна намеса би могла да доведе до намаляване на стреса и

депресията, които често се проявяват при лекуващите се двойки. За пациентите консултациите с психолог оказват ключово значение върху подготовката за предстоящия път на лечение. Поради тази причина много от клиниките по репродуктивно здраве включват в екипа си такъв специалист. Клиника „Д-р Щерев“ не прави изключение. Някои държави, като САЩ например, вече все по-масово се използват методи съпътстващи лечението методи като масаж, физиотерапия, акупунктура.

Затвърдено е обаче мнението, че при различните пациенти е необходим индивидуален терапевтичен подход и консултации. Добре подготвените специалисти биха могли да окажат влияние за мотивирането на лекуващите се и за окуражаването им с цел продължаване на терапията. Тяхна е и ролята да обяснят реалните възможности за успех при използването на АРТ, особено при жени в напреднала репродуктивна възраст. Въпреки че основни се говори за специалистите по репродуктивно здраве, важно е да се отбележи, че една от най-полезните „инвестиции“ е тази в подготвените и квалифицирани

медицински сестри, акушерки, лаборанти. Самите те се нуждаят от специално обучение и психологическа подготовка, когато са решили да насочат професионалната си реализация към клиниките по репродуктивна медицина. По този начин те придобиват необходимата компетентност за максимално ефективно отношение с пациентите. Тези специалисти имат най-близкия контакт с лекуващите се и тяхна е ролята на моделират отношението към процедурите, включени в лечението. Те са първия психологически буфер между пациента и неблагоприятния резултат.

Но освен добрата подготовка на всички звена в една клиника по репродуктивна медицина е необходимо да се ангажира максимална част от общественото внимание върху проблема стерилитет. В този дебат трябва да се включат медиите, неправителствените и съсловните организации. И не на последно място, нужно е адекватно ангажиране на държавата и осигурителните институции с цел финансово подпомагане на двойките, нуждаещи се от АРТ.



Мотивация на жените над 40-годишна възраст за прилагане на АРТ



Ани Коцева, психолог
САГБАЛ „Д-р Щерев“

Според медицинските изследвания, способността на жените да заченат след 40-годишна възраст намалява многократно. Често при тях реакцията при стимулирането на овулацията е слаба и вероятността за успех при ин витро цикъл е доста по-ниска от тази при млада жена. Въпреки публикациите, които са лесно достъпни за прочит и предупрежденията на гинеколозите, броят на жените, искащи да забременеят в по-късна възраст не намалява.

Каква е мотивацията на жените, които за първи път на възраст след четиридесет години и след неуспешни опити за спонтанно забременяване са обръщат към Асистираниите репродуктивни технологии (АРТ)?

Основните концепции са свързани с мотивационната теория на американския психолог Ейбрахам Маслоу, според която човешките потребности са йерархични и всеки човек има активен импулс към

„вътрешно израстване“, към актуализация на своите потенциални възможности. На най-ниско равнище се намират физиологичните потребности за самосъхранение, следващата стъпка са социалните потребности (нужда от сигурност и безопасност, признание, връзка с другите и пр.). Его-потребностите изразяват престижа и самооценката на личността (самоувереност, независимост, успех). На върха на мотивационната пирамида на Маслоу се намира потребността от реализация на личността. Индивидът може да е задоволил останалите потребности и да бъде неудовлетворен като цяло, ако не се реализира в съгласие с това, което иска и може да бъде. Задоволяването на тези потребности изисква изпълнението на условието, че „това, което човек може да бъде, той трябва да бъде“. Самоактуализацията се разглежда от Маслоу като израз на самосъзнание и самореализация и като такава тя е най-ценностното отношение.

Разгледани в контекста на нуждата на жените от забременяване, посочените групи потребности могат да се свържат със следното:

физиологичните потребности се задоволяват предимно чрез реализиране на майчиния инстинкт, в основата на който е инстинктът за продължаване на живота; социалните – чрез създаването на здраво семейство, осигуряване на любов, признание и по-силна връзка с партньора;

его-потребностите – от увереността, че е изпълнено общественото призвание на жената, свободно общуване с жени и семейства с подобен статус;

реализацията на личността – чрез признанието за добро родителстване (добро майчинство) и в отглеждането и възпитанието на детето, възможност за осъществяване на мечтите и преодоляване на ограниченията, породени от възрастта, чрез разгръщане потенциала на детето. Като израз на самореализация – потребност на върха на мотивационната пирамида на Маслоу – се откроява осъзнатото майчинство. През такава призма се разглежда съвременният модел на майчинство.

„Съвременна представа за ролята на жената в семейството“ е етнологическо проучване сред български граждани на възраст между 22 и 52 години, обобщено от Галина Сарандева. Според него, днес предимно икономически обстоятелства налагат все повече жени да се стремят да съчетават домакинската работа, майчинството и кариерата. Всички анкетираните без колебание определят като задължително съпругата да бъде и майка. Това се мисли като нейно призвание и неотменна отговорност пред обществото. Мария Тодорова подхожда към „двойното бреме“ на българката като част от културна традиция, дълбоко заложен в селския живот, където жената е изпълнявала тези функции поради липса на друг възможен модел. „Истинското предназначение на жената днес е пренебрегнато.

Възможностите за реализация не трябва да бъдат за сметка на пренебрегване ролята на жената като съпруга, майка и домакиня“, смята 23-годишен студент от Софийския университет.

Днес до голяма степен е въпрос на личен избор дали една жена ще се ожени и ще бъде майка.

Нахлуващата от запад модернизация през ХХ век променя някои от основните функции на жените, като социализиращата им роля и задълженията по съхраняване и предаване на традициите постепенно изчезват и се поемат от държавата. Въпреки това се забелязва една приемственост по отношение на семейните задължения. Използвайки правото си на избор за личностно развитие, днес повечето жени предпочитат да сключат брак.

Практическият ми опит на психолога в клиника, в която се прилагат АРТ, показва, че жените над 40 години, постъпили в клиниката и желаещи забременяване чрез АРТ, формират две основни групи: с първичен и с вторичен стерилитет.

Най-често в предисторията на жените с първичен стерилитет се открива отдаденост на кариерата, късен брак/партньорство или поне едното от двете. Като личностни характеристики биха могли да се опишат амбициозност, самостоятелност при вземането на решения, интелигентност, нерядко съчетани с недостатъчна емоционална зрялост. До момента те са реализирали потенциала си по отношение на социалните нужди и личностен статус. Критерият възраст за тях не е бил от значение. Въпреки че е възможно да са с висок IQ, насочеността им към постижения в други житейски сфери би могла да играе ролята на пречка да осъзнаят връзката между възможността за забременяване по естествен път и биологичната им възраст. За мотивацията им относно прилагане на АРТ заради невъзможност за забременяване по естествен начин може да се каже, че нуждите от майчинство и реализация през

женския аспект на личността им вече се осъзнават и задоволяването им започва от най-първичното ниво – майчиният инстинкт и инстинктът за продължаване на живота. Забременяването и появата на дете биха довели до задоволяване и на потребностите от по-горните нива на мотивационната пирамида на Маслоу. Мотивацията им за забременяване се свързва с цялостното покриване на нуждите им от реализация в сферата на майчинството. При част от жените в тази група акцентът в мотивацията за забременяване е възможно да се открие при задоволяване на нуждата от обществено признание и постижения в още една важна житейска област. Неуспешните опити от прилагане на АРТ се преживяват болезнено и те преминават през същите фази на скърбене, каквито са и при жените от останалите възрастови групи, а именно: отричане, гняв, пазарене, депресия, приемане (**по Е. Кюблър Рос, виж брой 9 на АРТИ**).

По-различно е преживяването при жените с вторичен стерилитет и наличие на деца. Предполага се, че при тях е реализиран майчиният инстинкт и са осигурили продължението на живота и рода. Вече са били задоволени частично или цялостно потребностите им според различните йерархични нива на мотивационната пирамида. За тях в момента би могло да бъде актуално второто ниво на потребности – социалните: чрез създаването на здраво семейство, осигуряване на любов, признание и по-силна връзка с партньора, когато партньорът е нов за жената, а не бащата на децата, които вече има. В тази група жени, макар и рядко, могат да бъдат открити и такива, за които е актуално само последното ниво на потребности – възможност

за осъществяване на мечтите и преодоляване на ограниченията, породени от възрастта, чрез разгръщане потенциала на детето. Това обикновено са жени, които са създали деца в доста млада възраст. Вземането на решение за създаването на други деца е провокирано от нуждата им да се чувстват все още млади и с потенциал, който може да се реализира чрез новороденото дете. В групата на жените, които имат вече деца, негативните преживявания след неуспешен опит са значително съкратени по време в сравнение с първата група, обикновено са с по-малък интензитет на чувствата и често се пропускат или въобще не се минава през фазите, описани по-горе.

Опитът показва, че от какъвто и вид да е мотивацията за забременяване на жените след 40-годишна възраст, в немалка част от случаите се налага използване в АРТ процедурите на донорска яйцеклетка. Това е скъпа и времеотнемаша процедура, която технически утежнява прилагането на АРТ без да гарантира успешен опит за забременяване.

В България промоцирането на репродуктивното здраве е обект на законодателни документи (Закон за здравето) и на различни проекти, имащи за цел съхранение на репродуктивните способности на населението. Наличието на немалък процент жени в напреднала репродуктивна възраст, които желаят на всяка цена забременяване, изисква да се разнообразяват формите, използвани за промоциране, по такъв начин, че да се обръща все по-голямо внимание на младите хора върху рисковете и трудностите за забременяване по естествен път след определена биологична възраст.

Качество на достъпа до лечение на стерилите в България



Юлия
Панайотова



Ирина
Тодорова

психолози
Научен център
„Психология и здраве“

Целта на нашата презентация беше да се направи преглед на твърде широките разбирания за достъпа до Асистираните репродуктивни технологии (АРТ) в България в настоящата ситуация. Фокусът, от една страна, е върху разбирането на специалистите по репродуктивно здраве кой е „подходящ“ пациент, а от друга, върху достъпа на жените у нас до информация и здравни услуги в областта на стерилитета.

Достъпът и използването на здравни услуги са ясен индикатор за определяне в цялост на нивото на здравния статус на една социална група. Днес новите технологии помагат на хиляди двойки да станат биологични родители. Те също така допринасят за налагането на АРТ. Отразявайки донякъде императивно наложената норма „да бъдеш родител“, доставящите здравна помощ трябва да са хората, които предизвикват репродукцията. Те са тези, които де факто дават право и възможност на пациентите си да се сдобият с биологичен наследник. Майчинството се смята за нещо естествено, за дълг към нацията и за начин за осмисляне на живота на

човека – както на жената, така и на медицинския специалист. Ролята на АРТ се възприема като спомагателна за осъществяването на тези цели и фактически няма критична перспектива към използването на асистрината репродукция. Същевременно с това се наблюдава тенденция в редица европейски страни (в това число и България), където АРТ са частно финансирани, практикуването им да е ориентирано преди всичко към резултата. Стремешът е успехът да се достигне с минимум процедури. В резултат на различни наши изследвания можем да направим извода, че се регистрират значителни разлики в политиките на клиниките по въпросите, касаещи достъпа до здравни услуги. Възрастта се очертава като един от най-важните селективни фактори. Жените над 35-годишна възраст са „притиснати“ от общественото мнение да използват последните си „фертилни години“. От друга страна, жените над 40 години не се насърчават да се подложат на лечение или им се предлага да не използват собствените си

яйцеклетки.

В нашите интервюта, проведени сред специалисти по стерилитет, всички те заявяват готовност да лекуват жени, обърнали се към техните центрове, без селекция на база етнос, сексуална ориентация или социо-икономически статус. Въпреки това се регистрират някои явни и множество косвени практики за подбор на пациентите.

Единственият фактор, който интервюираните здравни специалисти не отчитат като бариерен, е финансовият. Лекуващите имат наблюдение и са на мнение, че хората, нуждаещи се от лечение чрез АРТ, винаги намират начин да финансират достъпа си до специализирана здравна помощ. Резултатите от нашето изследване подчертават необходимостта от широка дискусия върху етичните и юридическите въпроси, свързани с достъпа на пациентите до лечение на репродуктивни проблеми. Необходимо е също така да се развие ясна и последователна методология за действие при комплексните и по-сложни случаи.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА КЛИНИКА „Д-Р ЩЕРЕВ“



<http://www.ivf-bg.com>



Нашето "репродуктивно" семейство е създадено от доц. д-р Атанас Щерев преди повече от 19 години, когато на бял свят дойдоха първите ин витро бебета в България. През всичките тези години то винаги се е стремяло да привлича нови квалифицирани членове, специалисти в акушерството и гинекологията, ембриологията, имунологията, лабораторните изследвания и прецизна диагностика. **Защото опитът е най-голямо значение за успеха.**

Добрата душевност и сплотеност на нашата "репродуктивна" фамилия е помогнала на бял свят да се родят над 1000 здрави деца от процедури като in-vitro оплождането или ICSI и над 2000 бебета, заченати при други процедури дали шанс за създаване на потомство. Такива процедури наричаме АРТ (асистирани репродуктивни технологии), което не случайно в превод от английски означава "изкуство".

ПРИ НАС ЩЕ НАМЕРИТЕ:

- Екип от доказани, опитни професионалисти, които практикуват най-модерните асистирани репродуктивни технологии
- Прецизна диагностика
- Всички изследвания под един покрив в реномираната лаборатория на клиниката
- Собствено родилно отделение с безупречни санитарни стандарти
- Стационар с комфортно и уютно обзавеждане
- Клиниката разполага с отделение за криопрезервация
- Клиниката има присъдени максималните 5 звезди от Министерство на здравеопазването



- В сърцето на София, на 5 минути от църквата Св. Неделя
- Спокойно и тихо място
- Собствен, обширен охраняем паркинг
- Дискретно кафене в клиниката

Адрес: гр. София, ул. "Христо Благоев" № 25-31
Тел: +359 2 9200901