

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/275335406>

Uwarunkowania niepłodności

Conference Paper · April 2011

CITATIONS

0

READS

386

3 authors, including:



Joanna Skonieczna

Medical University of Warsaw

36 PUBLICATIONS 3 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Problematyczne używanie Internetu wśród uczniów szkół gimnazjalnych w Warszawie [View project](#)

Uwarunkowania niepłodności

Joanna Skonieczna, Radosław Izdebski, Piotr Adamczyk

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wydział Nauki o Zdrowiu

Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego, sekcja Promocji Zdrowia

POJĘCIE NIEPŁODNOŚCI

Zgodnie z definicją WHO (ang. *World Health Organization*), niepłodność, to niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnych stosunków płciowych (4-5 w tygodniu), utrzymywanych powyżej roku bez stosowania jakichkolwiek metod antykoncepcyjnych. Z uwagi na fakt, iż problem niepłodności dotyczy coraz większej ilości par, została ona uznana przez WHO, jako choroba społeczna. [1]

Istnieje wiele klasyfikacji niepłodności, które dokonywane są na podstawie odmiennych kryteriów. Według jednego z nich możemy rozróżnić niepłodność pierwotną (*sterilitas primaria*), dotyczy ona par, w których kobieta nigdy nie była w ciąży oraz niepłodność wtórną (*sterilitas secundaria*), gdy kobieta była już w ciąży, która zakończyła się porodem bądź poronieniem (sztucznym lub naturalnym), natomiast nie jest zdolna do kolejnej. Nie należy mylić jej z bezpłodnością (*infertilitas*), która jest często nieuleczalna, a w praktyce oznacza niemożność urodzenia donoszonego, zdrowego dziecka.[2]

Kolejne kryterium podziału odnosi się do różnicowania niepłodności ze względu na płeć, kiedy problem niepłodności dotyczy wyłącznie mężczyzny (*niepłodność męska*) lub wyłącznie kobiety (*niepłodność żeńska*), lub obu partnerów tzw. (*niepłodność partnerska*). Wśród głównych i najczęściej występujących przyczyn niepłodności żeńskiej należy wskazywać: zaburzenia podwzgórzowo - przysadkowe (w tym nieprawidłowy przebieg cyklu miesięczkowego), zespół policystycznych jajników, jak również czynnik: jajnikowy (niewydolność fazy lutealnej, przedwczesna lub opóźniona owulacja, brak lub zaburzenia owulacji), jajowodowy (niedrożność jajowodów, wodniaki i ropniaki, endometrioza), maciczny (wady rozwojowe macicy, mięśniaki macicy, endometrioza w ścianie macicy), szyjkowy (wady anatomiczne, zaburzenia w ilości i składzie śluzu szyjkowego wynikające z przebytych zabiegów, stanów zapalnych, hipiestrogenizmu).[3]

Z kolei przyczyny niepłodności męskiej należy charakteryzować, jako: przedjądrowe, dotyczące w głównej mierze zaburzeń hormonalnych, jądrowe dotyczące wrodzonego uszkodzenia jąder oraz uszkodzeń powodowanych przez czynniki zewnętrzne np.: czynniki

infekcyjne, środowiskowe, immunologiczne, chemioterapię oraz radioterapię, wysokie temperatury, oraz przyczyny pozajądrowe, w tym stany zapalne gruczołu krokowego.[3] Wśród czynników niepłodności zarówno kobiet, jak i mężczyzn wymienia się wszelkie infekcje przebiegające w obrębie narządów miednicy mniejszej, tj. zapalenia jąder lub przydatków o zróżnicowanej etiologii [3],[4]: rzeżączkowe zapalenie jąder, świnkowe zapalenie jąder, kiłę, zakażenia *Chlamydia Trachomatis*, *Mycoplasma sp*, również choroby układowe: choroby układu krążenia, choroby tarczycy, przewlekłe zapalenie nerek, cukrzyca, niedokrwistość, zaburzenia odżywiania. Wzrost ryzyka wystąpienia niepłodności rośnie wraz z wiekiem, u mężczyzn powyżej 40 roku życia, natomiast u kobiet powyżej 30 roku życia, jednocześnie zjawisko późnego macierzyństwa jest coraz częściej dostrzeganym problemem w krajach rozwiniętych [5], [6]

EPIDEMIOLOGIA NIEPŁODNOŚCI

Według danych WHO około 60-80 mln par na świecie dotkniętych jest stale lub okresowo problemem niepłodności. Przyjmuje się, iż w krajach wysokorozwiniętych problem niepłodności dotyczy 10-12% par w wieku prokreacyjnym.[7] Niepłodność pierwotna dominuje w krajach rozwiniętych, natomiast państwa, które kategoryzowane są w grupie krajów rozwijających się charakteryzuje wysoki wskaźnik występowania niepłodności wtórnej. Z kolei najistotniejsze czynniki prowadzące do wysokiego wskaźnika niepłodności wtórnej w tzw. Krajach Trzeciego Świata stanowią choroby przenoszone drogą płciową oraz różnego rodzaju interwencje chirurgiczne, które podejmowane są u kobiet w okresie poporodowym, bardzo często, w warunkach pozbawionych podstawowych standardów sanitarno – epidemiologicznych.[8]

Dokonanie szczegółowej analizy zjawiska niepłodności w Polsce, nie jest w pełni możliwe, z uwagi na brak aktualnych oraz kompletnych danych statystycznych. Należy jednak założyć, iż Polsce podobnie, jak w przypadku krajów uprzemysłowionych problem niepłodności dotyka od 10-12% par znajdujących się w wieku prokreacyjnym, co stanowi około 1,2-1,3 mln par, z czego blisko 0,2-0,5% wymaga leczenia metodą wspomaganego rozrodu. Szacuje się, iż za 35% niepłodności odpowiada partnerka, taki sam odsetek dotyczy partnerów, natomiast w przypadku 10% par, trudności diagnozowane są u obojga partnerów, w odniesieniu do 20 % nie można wskazać jednoznacznej przyczyny niepłodności.[8]

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A NIEPŁODNOŚĆ

Występowanie niepłodności, może być również powiązane z charakterystyczną dla danej jednostki konfiguracją codziennych zachowań, które podejmowane są w wybranych

sferach aktywności życiowej m.in.: odżywiania, stosowanych używek, aktywności fizycznej, nawyków higienicznych, sposobu spędzania wolnego czasu.

W świetle badań, które zostały zrealizowane w Stanach Zjednoczonych, racjonalna dieta, jak również właściwie ukształtowane zachowania żywieniowe oraz inne składowe wiążące się ze stylem życia, mogą przyczyniać się do zmniejszenia problemów związanych z zajściem w ciążę, aż do 80%. [9] Zalecenia dotyczące zmniejszenia ryzyka występowania niepłodności, zwłaszcza w odniesieniu do kobiet dotyczą głównie: odpowiedniego poziomu spożycia podstawowych składników odżywczych, stosowania suplementacji, utrzymania prawidłowej masy ciała, głównie w odniesieniu do wskaźnika BMI (ang. *body mass index*) oraz aktywności fizycznej.[10] Odpowiednia podaż węglowodanów (w stopniu większym niż pozostałe składniki odżywcze) decyduje o właściwym poziomie glukozy, jak również insuliny we krwi. W sytuacji, gdy ich stężenie kształtuje się na zbyt wysokim poziomie, dochodzi do zakłócenia równowagi hormonów, które odpowiedzialne są za płodność, to z kolei przekłada się na zaburzenia dotyczące cyklu owulacji.[11] Zależność ukazująca wpływ masy ciała na występowanie niepłodności, stanowi przedmiot szeregu badań.[12],[13] Otyłość w młodym wieku prowadzi do zaburzeń miesiączkowania, rzadkiego miesiączkowania oraz tzw. cykli bezowulacyjnych, jak również niepłodności w wieku dojrzałym. Z kolei występowanie otyłości w wieku reprodukcyjnym wiąże się w sposób bezpośredni z obniżeniem potencjału reprodukcyjnego u kobiet, u których wcześniejsze owulacje przebiegały w sposób prawidłowy.[14] Powodzenie leczenia niepłodności wiąże się w wielu wypadkach z obniżeniem masy ciała. Warto zaznaczyć, iż występowanie zaburzeń odżywiania m.in.: anoreksji, bulimii także prowadzi do poważnych zaburzeń w obrębie równowagi hormonalnej.[15]

Prowadzone badania potwierdzają również fakt, iż odbywanie godzinnych ćwiczeń ruchowych może w sposób pozytywny wpływać na poprawę płodności zarówno w odniesieniu do kobiet, jak i mężczyzn. Aktywność fizyczna stanowi także doskonałą metodę dla rozładowywania stresu, wpływa dodatkowo w pozytywny sposób na regulację poziomu cukru we krwi. Należy jednak pamiętać, iż zbyt intensywny wysiłek fizyczny, ciężka praca, forsujące ćwiczenia mogą prowadzić do braku owulacji, nieregularnych miesiączek, a w konsekwencji do czasowej niepłodności.[12]

Szczególnie negatywny wpływ na płodność zauważalny jest w odniesieniu do różnego rodzaju używek tj.: nikotyny, kofeiny czy alkoholu. Palenie, zarówno bierne, jak i czynne powoduje szereg szkodliwych działań. Nikotyna hamując wyrzut LH (*hormonu luteinizującego*) zaburza owulację, może stanowić również przyczynę wcześniejszej

menopauzy.[16] Podobne skutki dostrzegalne są w sytuacji nadmiernego spożywania alkoholu, które w przypadku kobiet powoduje zaburzenia w obrębie cyklu miesięczkowego, natomiast u mężczyzn prowadzi do znacznego pogorszenia jakości nasienia.[17], [18]

Podsumowując, zjawisko niepłodności należy umiejscowić w kontekście globalnych problemów zdrowotnych obecnych zarówno w krajach wysokorozwiniętych, jak również rozwijających się. Niepłodność staje się tym samym poważnym wyzwaniem dla działań zdrowia publicznego, zwłaszcza w obrębie integracji na rzecz współpracy, nadzoru oraz realizacji badań naukowych prowadzonych na poziomie poszczególnych krajów.

Istnieje potrzeba utworzenia bazy danych, która umożliwiłaby prowadzenie aktywnego, szczegółowego monitoringu odnośnie skali zjawiska niepłodności w Polsce. Prowadzenie wśród społeczeństwa edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka niepłodności, zwłaszcza w aspekcie codziennych zachowań, które podejmowane są w wybranych sferach aktywności życiowej, z pewnością przyczyniłoby się do minimalizowania skali zjawiska.

PIŚMIENNICTWO:

1. <http://www.who.int/en/>
2. Maśliński S., Ryżewski J., *Patofizjologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, wyd. PZWL, Warszawa 2002; str. 848 - 852 .
3. Dmoch – Gajzlerska E., *Położnictwo i Ginekologia dla studentów położnictwa i pielęgniarstwa*, wyd. WUM, Warszawa 2007; str. 36- 44.
4. Paavonen J., [Eggert-Kruse W.](#), *Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction.*, Hum Reprod Update, 1999; 5 (5): 433-47.
5. Esteves S.C., Agarwal A., *Novel Concepts in Male Infertility.*, Braz Int J Urol., 2011; 37 (1): 5-15.
6. Pasqualotto F.F., Borges Júnior E., Pasqualotto E.B., *The male biological clock is ticking: a review of the literature.*, Sao Paulo Med J., 2008; 126 (3): 197-201.
7. <http://www.nasz-bocian.pl/>
8. Nygren K.G., Boivin J., Bunting L., Collins J.A., *International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care.*, Hum. Reprod., 2007; 22 (6): 1506/12.
9. Chavarro J.E., Rich-Edwards J.W., Rosner B.A., Willett W.C, *Diet and lifestyle in the prevention of ovulatory disorder infertility.*, Obst. Gyn., 2007; 110: 1050-1058.

10. Westphal L.M., Polan M.L., Trant A.S., Mooney S.B., *A nutritional supplement for improving fertility in women. A pilot study.*, J. Reprod. Med., 2004; 49(4): 289-293.
11. Rich-Edwards J.W., Spiegelman D., Garland M., Hertzmark E., Hunter D.J., Colditz G.A., Willett W.C., Wand H., Manson J.E., *Physical activity, body mass index, and ovulatory disorder infertility.*, Epidemiology, 2002; 13(2): 184-190.
12. Green B.B., Weiss N.S., Daling J.R., *Risk of ovulatory infertility in relation to body weight.* Fertil. Steril., 1988; 50(5): 721-726.
13. Grodstein F., Goldman M.B., Cramer D.W., *Body mass index and ovulatory infertility.* Epidemiology, 1994; 5(2): 247-250.
14. Pasquali R., Patton L., Gambineri A., *Obesity and infertility.* Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes., 2007; 14 (6): 482-7.
15. Haller E., *Eating disorders. A review and update.*, West J Med., 1992; 157 (6): 658-62.
16. McLean B.K., Rubel A., Nikitovitch-Winer M.B., *The differential effects of exposure to tobacco smoke on the secretion of luteinizing hormone and prolactin in the proestrous rat.*, Endocrinology, 1977; 100 (6): 1566-70
17. Pasqualotto F.F., Lucon A.M., Sobreiro B.P., Pasqualotto E.B., Arap S., *Effects of medical therapy, alcohol, smoking, and endocrine disruptors on male infertility.*, Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo, 2004; 59 (6): 375-82.
18. Tkaczuk-Włach J., Robak-Chołubek D., Jakiel G., *Niepłodność męska.* Przegląd Menopauzalny, 2006; 5: 333-338.