

Oponentura dizertační práce

Etická problematika asistované reprodukce s důrazem na metody kryokonzervace

Autorka: Mgr. MARKÉTA ZAJÍČKOVÁ

Vedoucí práce: Prof. PhDr. RNDr. HELENA HAŠKOVCOVÁ, CSc.

Jsem moc ráda, že jsem měla možnost prostudovat Vaši práci. Pracuju v asistované reprodukci od roku 1994. Troufám si říci, že už za tuto dobu se asistovaná reprodukce vyvinula jako obor. Jak jste uvedla, v době začátku nebyla technika v laboratoři na té úrovni, co je dneska. Už jenom kvalita kultivačních médií je vynikající a umožňuje zcela bez problémů kultivovat embrya do pátého dne vývoje. Je přínosem, že máme k dispozici špičkové přístroje – např. Timelapse s kvalitním komorovým inkubátorem s míchanou atmosférou. V rámci laboratoře je třeba už mít specializace a v tomto směru vycvičný personál. Co se týká vzdělání budoucích i stávajících embryologů, tak např. v příštím roce by měl na Přírodovědecké fakultě University Karlovy vzniknout nový samostatný obor pro reprodukční biologie.

Za 25 let vznikla celá řada metod a postupů. Ale je velice důležité používat metody tam, kde jsou přínosem. Dokonce bych řekla, že je nutno až embrya v některých případech de facto chránit. V některých případech méně znamená více. Fyziologické je nechat embrya v klidu a v optimálních podmínkách. A na některých pracovištích „reprodukční byznys „ tlačí na použití mnoha metod, jejichž použití dle embryologů není opodstatněné.

Za všechny metody bych zde chtěla uvést metodu ICSI. V roce 1992 byla metoda ICSI velkým průlomem v léčbě sterility. Máme v ruce metodu, která vyřeší problém velké skupiny pacientů. Dnes už se nepochybuje, že metoda je bezpečná.

Přesto klasická metoda fertilizace by měla být využívána. Už jenom proto, že když máme k dispozici větší počet oocytů, tak získáme dvě skupiny embryí – jednu po ICSI, druhou po IVF. A praxe nám říká, že jednou jsou kvalitnější embrya po jedné metodě, podruhé je tomu naopak. V soukromých centrech je tlak na ICSI, protože je to zpoplatněná metoda. Troufám si říci, že klasická metoda se vlastně přestává umět. A důvodem je ekonomický tlak.

Z důvodu objektivit musím uvést, že nárůst ICSI má také tyto důvody - metoda ICSI je vedena jako pojistka oplození. V roce 1995 bylo běžné, že se provádělo IVF u všech vajíček. Případný nezdar všichni akceptovali. Dnes je tomu jinak – neoplození oocytů je vnímáno jako selhání laboratoře. Podstatnou úlohu zde hraje stáří pacientek, které se zvýšilo – věkový průměr pacientek je dnes v mnoha centech AR okolo 37 let. O zvyšujícím se věku pacientek píšete v kapitole 3.1. V takových cyklech je nutné udělat vše, aby došlo k transferu co nejlepšího embrya co nejdříve.

Dalším důvodem pádným důvodem, kdy provádět ICSI, je darovaný oocyt, který má velkou hodnotu (stimulace pro dárkyni vždy představuje zdravotní riziko) Po ICSI je větší pravděpodobnost oplození.

V medicíně jsou etické otázky kladeny od nepaměti. Situaci ale nyní ztěžuje fakt, že centra AR patří dnes bohatým finančníkům, kteří se dívají ze své pozice na problematiku jinými očima. Před pár lety vlastnili centra spíše lékaři, kteří logicky mají citlivější přístup k problematice. Takže posun v etických otáčkách je patrný už během posledních let.

V kapitole 1.1.5. jste citovala Hanu Konečnou, která komentuje plánované posunutí věkové hranice u pacientek, které podstupují léčbu hrazenou pojišťovnou. Uvádí, že „Pokud mají být potíže s otěhotněním považovány za nemoc, jejíž diagnostika a léčba má být hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tedy být součástí solidární pomoci, pak její poskytování musí být opřeno o medicínské argumenty“ V návrhu o prodloužení věkové hranice, který má být schválen v nejbližší době, se uvažuje o posunutí věkové hranice o rok. Také mají být hrazeny 4 cykly pojišťovnou, jestliže pacientka stihne léčbu do 35 let. Návrh je podán v době, kdy předseda vlády vlastní přes 40 procent center AR v ČR, ministr zdravotnictví je z hnutí ANO. V mnoha médiích (vlastníkem médií je předseda vlády) je návrh diskutován – odborník z AR se vyjadřuje k problematice, ale tento odborník je z centra, které patří předsedovi vlády....

Ale vrátíme se k řešení toho, proč ženy odkládají rodičovství. Jedním z důvodů jsou nepřesně interpretované výsledky léčby AR. Jestliže se odborník podívá na webové stránky mnoha center, tak vidí, že výsledky předkládané centry AR jsou nadsazené. Dalším faktem je skutečnost, že mnohé celebrity se lživě uvádějí, že potomek, který přišel na svět v jejich skoro padesáti letech, je vlastní dítě. Ale

čas je neúprosný - jak uvádíte ve své práci, úspěšnost léčby u pacientky okolo 40 let se láme.

Ve své práci rozebíráte social freezing – zde není dostatečná osvěta, že šance na pořízení dítěte je malá. Oocyty jsou při mrazení staré (pacientky přichází na léčbu okolo 35 let). Specialisté z řetězce center asistované reprodukce IVI ve Španělsku uvádějí optimální věk pro mrazení oocytů 26 let !!!

Naokraj bych chtěla uvést fakt, že dcery předních gynekologů v tomto oboru mají děti jako mladé ... Byla by třeba osvěta cílená na mladě ženy, aby neodkládaly rodičovství. Cílem by měla být úplná rodina, nejlépe multigenerační Ale média takový obraz málokdy předkládají.

Dr. Konečná na jednom semináři uvedla, že dělala anketu mezi dětmi, zda chtějí rodiče mladé. Odpověď nemusím uvádět.

Ve své práci se zabýváte nepřesností termínů pacientka versus klientka. Myslím si, že by bylo užitečné termíny přesně definovat a užívat je. Řada pacientek by ocenila rozlišení o kterém ve své práci píšete. Otázka ale je, jak a kdo by pacientky selektovat do jednotlivých kategorií.

Ve studii věnujete pozornost kryokonzervaci. Termín supercooling se v souvislosti s mrazením gamet běžně neužívá. Nejrozšířenější a úspěšná metoda kryokonzervace oocytů a embryí je vitrifikace.

Pracovala jsem v Pronatalu 2 roky (2004-2005). Měla jsem tu čest rozmrazovat embrya mrazená Dr. Míkovou metodou pomalého mrazení. V jejích rukách se jednalo o absolutně dokonalý systém na kryokonzervaci embryí.

Kapitola 1.1.4. se zabývá preimplanační diagnostikou. Myslím si, že je to složitá otázka V zásadě je selekce pohlaví neakceptovatelná. Záleží na pravidlech společnosti. Byla jsem na stáži ve Vietnamu, kde je selekce pohlaví možná. V některých případech je selekce pohlaví ve Vietnamu pochopitelná.

V kapitole 2.4. se zabýváte darci. Ačkoli je stále více cyklů s darovanými gametami, incest nehrozí. Darované oocyty jsou darovány z velkého procenta zahraničním pacientkám. Přesto mi připadá rizikové, že není přesná kontrola, zda dárkyně či dárci neobcházejí centra a tím by vznikalo velké množství cyklů od

jedné dárkyně nebo dárce spermií. Tady bych viděla kontrolu na místě. Měl by to být Národní registr nebo kontrola SUKlu ?

V kapitole 1.1.6. je řešeno Náhradní mateřství. Na jaře letošního roku proběhlo setkání zástupců center AR. K programu surrogátních matek měl přednášku předseda sekce asistované reprodukce MUDr. Rumpík, primář centra AR ve Zlíně. Mají bohaté zkušenosti s cykly se surrogátními matkami. Řekl, by měly být mantinely – např. Doporučení odborné společnosti . Je třeba se na něco odvolat při jednání s páry. Je nepřístupné , aby si lidé „kupovali „ dítě. Dr. Rumpík má za to, že v surrogátním programu by se neměly použít darované oocyty.

Dále je třeba pečlivé vyšetření surrogátní matky. Máme zkušenosti, že náhradní matka se dívá na dítě , které nosí, i jako na vetřelce a vědomě se snaží se od něho odpoutat. Postoj náhradní matky je pochopitelný. Hledá cestu, jak náročnou situaci zvládnout. Na druhé straně je stav nepříznivý pro dítě. Rozhodně je pravdivé , jak je v práci uvedeno, že při surrogátním mateřství může dojít jak k poškození surrogátní matky, tak dítěte. Hlavní problém není dle mého skutečnost , že surrogátní matka neodevzdá dítě biologické matce, ale především fakt, že vznikne dítě, které nikdo nechce.

Ještě bych se chtěla vyjádřit ke kapitole 2.2.4. o statusu embrya. Oceňuji výčet různých stanovisek k problému a pro úplnost doplňuji. Od roku 2008 musí centra AR dodržovat Evropskou direktivu, která je dána EU. Embryo je definován dokonce jako buněčný přípravek.

V kapitole 4.2.2. se dotýkáte selekce kryokonzervovaných embryí. Selekcí nejlepšího embrya děláme v laboratoři neustále. Je to hlavní poslání embryologické laboratoře. V zájmu lepších výsledků máme větší počet oocytů (stimulace), které v normálním přirozeném cyklu nejsou k dispozici. V kapitole 1.1.3 se uvedeno provádění selekce spermií. Různými metodami embryokog vyselektuje nejlepší populaci spermií a z nich pak spermii vybírá. Selekcce má několi kroků - na úrovni dnešních znalostí je dostatečná. Samozřejmě poslední krok je na embryologovi.

Závěr

Je třeba se zabývat etickými otázkami. Jako embryologové každý den si klademe etické otázky. Je ještě tento krok správný ? Kde je hranice ? Má se upřednostnit zájem jedince nebo zájem společnosti ?

Ve Vaší práci byl citován Dr. Crha – je třeba zohlednit zájem všech stran. To se zdá, že je základní kritérium při posuzování etických aspektů. Ale přesto souhlasím s Dr. Tesaříkem : Vycházím z Helsinské deklarace (práv pacienta). Jestliže ve sporu etických principů proti sobě stojí zájem společnosti nebo lidstva a zájem jedince, dávám vždycky přednost zájmu jedince. A to i v případě, že by z toho pro společnost mohl časem vzniknout nějaký problém. Ostatně společnost je tu od toho, aby problémy řešila.“

Jedná se o mimořádný výčet etických problémů, které jsou spojeny s asistovanou reprodukcí.

Práce je přehledná a vyčerpávajícím způsobem je komentováno každé téma. Zvlášť pěkný je závěr, kde jsou shrnuty okruhy témat. U některých je navrženo řešení problému (transplantace dělohy omezí počet surrogátních mateřství).

Dizertační práci doporučuji k obhajobě.

Praha 4.11.2018

Ing. Olga Teplá PhD

Senior embryologist