Numărul 1, Noiembrie 2019

ce știi despre FERTILITATEA TA?

Revistă de educație despre fertilitate, oferită de Asociația SOS Infertilitatea

Primăria Capitalei

ASSMB

Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

„O șansă pentru cuplurile infertile” - FIV1

Program derulat de Primăria Municipiului București

154 de nașteri
182 de copii născuți
190 de sarcini în evoluție*

*sursa: ASSMB, 26 septembrie 2019

Nicoleta Cristea-Brunel

Un fel de editorial

Gloria este fosta mea colegă de facultate. Carismatică, cu toate cuvintele la ea și cu un umor care te dă cu capul de toți pereții. Gloria este măritată din dragoste nebună cu singurul latinist cu spirit antreprenorial pe care îl cunosc. S-au apucat amândoi de făcut afaceri - și le-a reușit și asta. Ultima dată m-am zărit cu Gloria vara trecută, întâlnire colectivă, pe fugă, am schimbat replici conversaționale, dar, chiar și în goana calului, cum eram, a reușit să mă facă să râd – așa, de control. Gloria: o văd rar, dar o iubesc tare.

N-am întrebat-o niciodată pe Gloria dacă își dorește sau de ce nu face copii, eu în general îmi văd de burta mea. Vorba vine - am, prin activitatea asociativă de peste un deceniu, câteva sute, dacă nu cumva mii de burți pe care le-am văzut evoluând. Ideea este că încerc să nu fiu intruzivă; decizia de a face sau nu un copil este una a cuplului.

Acum câteva săptămâni, m-a sunat Gloria. Pe scurt: s-a hotărât să facă copii, dar nu îi prea iese, încearcă de câteva luni fără succes. M-a văzut ea pe mine la televizor, știe și de pe Facebook că eu sunt cu „asociația cu fertilitatea" - ce îi recomand, unde să facă și ea o inseminare? O ascultam turuind în telefon, deja anticipam ce avea să urmeze și am simțit nevoia să mă așez.

Uhm. Eu și Gloria suntem de-o seamă, născute-n anul cu cutremurul. Ea, un pic înaintea mea. Adică avem - fiecare, nu împreună! - 42 de ani bătuți pe muchie. Pe care, e drept, ea nu îi arată nicicum. Nu mi-a invocat argumentul ăsta (alte amice, în timp, au făcut-o!), dar știam deja că pentru încă o perioadă va fi în negare, nu va putea accepta că nu există cremă antirid sau acid hialuronic pentru ovare. Însă, ooo, vai, ea, Gloria mea, tipa cea atât de tăios de deșteaptă, nu a ratat ocazia să îmi invoce drept argument irefutabil cazul „văzut la televizor" al unei starlete care ar fi gravidă la 50 ani, pasămite concepție spontană. O ascultam și mi-a venit să plâng. Deja faptul că Gloria nu știa diferența dintre inseminare și fertilizare in vitro şi le bramburea grav era parfum de roze.

M-am scuturat de amărăciunea care mă cuprinsese și i-am spus Gloriei că eu nu recomand clinici sau doctori. Niciodată. Nimănui. Dar că trebuie să înceapă cu un AMH (și o spermogramă). Rezultatul analizei a fost un cataclism pentru ea. 0,01. Gloria nu mai avea ovocite. Deloc. Oricum, și dacă cifrele ar fi fost mai rotunjoare, tot nu ar fi fost loc pentru optimism, întrucât vârsta este mai importantă decât AMH-ul. Gloria a vizitat trei doctori specialiști în infertilitate într-o săptămână – verdictul a fost același, non-negociabil: AMH zero la aproape 43 de ani, nu, nu se poate încerca fertilizare in vitro cu ovocite proprii.

M-am simțit foarte vinovată că, în loc să ne hlizim steril (sic!) când ne-ntâlneam, aș fi putut să îi fiu alături Gloriei cu informații mai devreme, când cromozomii ovocitelor ei încă nu începuseră inexorabila degradare și s-ar fi putut acționa, cu șanse. Da, decizia de a face sau nu un copil este una a cuplului, dar această decizie trebuie să fie una in-for-ma-tă! Ar fi trebuit să le fiu alături, ei și soțului său, să le transmit informația validă științific, să le ofer elemente de educație despre fertilitate, educație pe care școala nu ne-a oferit-o niciunuia dintre noi.

Nu mai pot da timpul înapoi pentru Gloria, dar sunt aproape sigură că, după ce va digera șocul, pentru că își dorește copilul, îl va avea – prin ovodonație sau adopție. Iar acel copil va râde mult.

De aceea am făcut, pro bono, această revistă. Pentru a ieși din cercul - strâmt, totuși, deși are vreo 16.000 de membri – al comunității Asociației SOS Infertilitatea. Pentru a oferi educație despre fertilitate unui public „extern", general, care nu este pe grupurile sau pe forumul Asociației.

Mă bucur pentru că pot transmite femeilor cu vârste între 18 și 38 de ani, precum și partenerilor acestora, acest mesaj: **Fertilitatea feminină este un capital fragil și efemer. Ocrotiți-vă fertilitatea și, dacă vă doriți copii, fructificați-o la timp. Vârsta este necruțătoare.**

Cu sinceritate,
Nicole

Din sumar

Fapte despre fertilitate – ghidul cuplului în preconcepție 6

Arma secretă a spermatozoizilor 10

Cauza sindromului ovarelor polichistice 12

Cristiana Popp: Despre teama de FIV și alți demoni 17

Subprogramul Național de Fertilizare in Vitro și Embriotransfer 18

Incursiune în istoria fertilizării in vitro (partea I) 22

Mamă prin fertilizare in vitro 26

Donarea de celule reproductive în România 28

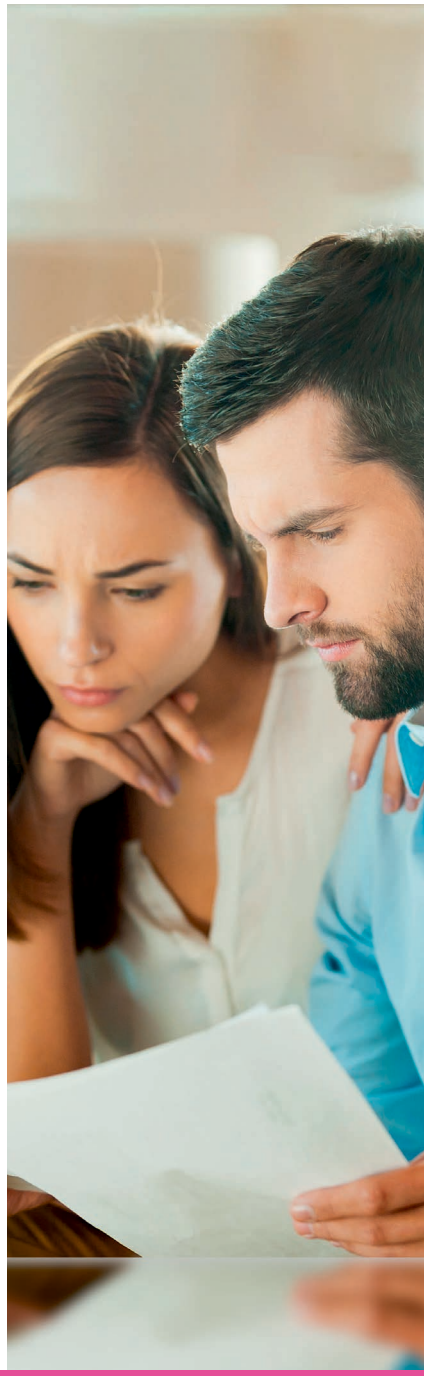
Celulele natural killer (NK) antrenate pentru sarcină 29

O șansă pentru cuplurile infertile – FIV1 și FIV2 31

Oncofertilitate – apel către autoritățile competente 32

Mulțumim, Michelle Obama 35

Cum te destăinui pentru o experiență FIV serenă 37



Revista **Ce știi despre FERTILITATEA TA?™** este un proiect educativ non-profit al Asociației SOS Infertilitatea.
www.vremcopii.ro

Mulțumim sponsorilor și partenerilor care au făcut posibilă **distribuirea gratuită** a acestui instrument de educație pentru fertilitate.

Regăsiți informațiile și online:
www.fertilitateaTA.ro

Concept Nicoleta Cristea-Brunel
Traduceri Lect. univ. dr. Carmen Ciobâcă
Marketing PR Red Spot
www.redspot-branding.ro
Ivona Roșu
Mădălina Chițu
Bogdan Ocnaru
Grafică: www.jet-set.ro
Tipar: Chițibureli SRL

Asociația SOS Infertilitatea

Sprijinim persoanele afectate de infertilitate și schimbăm destine.

Grupul de inițiativă SOS Infertilitatea, constituit din câteva femei care luptau cu infertilitatea, susținute activ de către soții/partenerii lor, și-a început activitatea de advocacy în martie 2008. În octombrie 2009, Asociația SOS Infertilitatea a dobândit personalitate juridică. În acest deceniu, am modificat realități și am schimbat destine.

Proiecte ale Asociației SOS Infertilitatea (selecție)

Subprogramul pentru Fertilizare in Vitro și Embriotransfer, program de sprijin financiar pentru cuplurile hipofertile creat de Ministerul Sănătății în 2011, la inițiativa directă și cu participarea Asociației SOS Infertilitatea; advocacy activ pentru **Proiectul „FIV - O Șansă pentru cuplurile infertile"**, inițiat în 2018 de Primăria Municipiului București prin Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București, precum și desfășurarea de acțiuni de advocacy în vederea inițierii unor programe locale similare, în alte orașe din țară.

Proiectul **„O șansă pentru viață"** (din 2016) – câte o procedură de fertilizare in vitro complet gratuită oferită de către fiecare dintre clinicile partenere în proiect. În primele trei ediții s-au oferit, prin tragere la sorți, 43 de proceduri FIV gratuite, cu o valoare de piață de circa 185.000 de euro, în urma cărora s-au născut deja 12 copii, iar multe sarcini sunt în curs.

Săptămâna Națională de Conștientizare a fenomenului social și medical al infertilității în România – eveniment anual de awareness & advocacy (din 2012). Din 2016, evenimentul național este parte a campaniei paneuropene European Fertility Week.

Expoziții itinerante, expuse în spații cu mare vizibilitate din București și din țară: „Infertilitatea există. Și doare", „Incursiune în istoria fertilizării in vitro", „Infertilitatea poate fi învinsă".

Grupurile de suport SOS Infertilitatea - întâlniri ale persoanelor afectate de infertilitate, grup de suport psihologic, grup de suport nutriție sănătoasă și pierdere în greutate, sub coordonarea unor psihologi și nutriționiști calificați, seri de film având drept temă infertilitatea ori adopția, urmate de dezbateri.

Prezență activă și inițiative în proiectele **Fertility Europe**, federația paneuropeană a asociațiilor de pacienți hipofertili.

Comunități online active și implicate (infertilitate, adopție, sarcină și parenting), informare și dialog în spații atent moderate; website-uri, forum, baze de date cu peste 15.000 de destinatari.

Asociația SOS Infertilitatea. Din 2008, alături de toți cei care își doresc un copil.

Fapte despre fertilitatea feminină

O rezervă care nu se regenerează

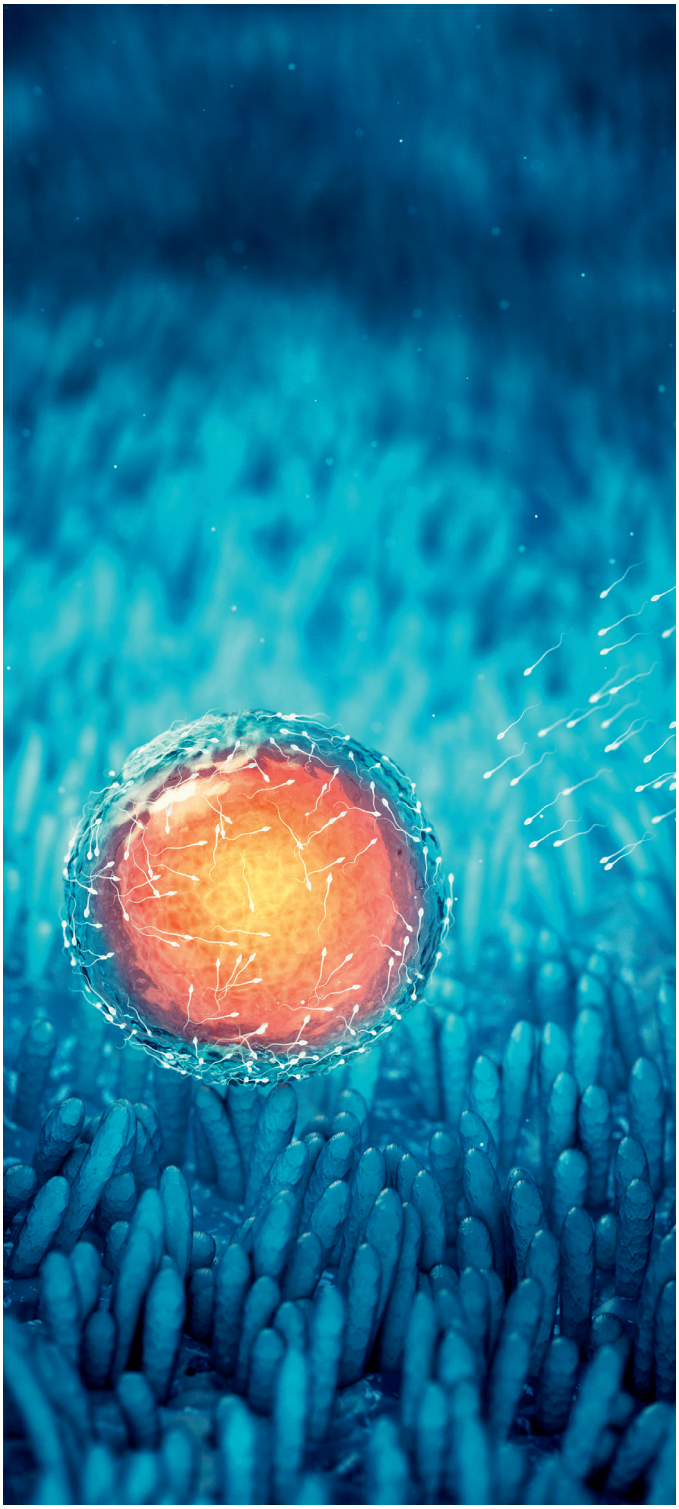
Ovocitele - celulele reproductive feminine - se formează încă din viața intrauterină a fătului. La naștere, o fetiță are deja întreaga rezervă ovocitară prezentă în foliculii din ovare. Spre deosebire de celulele reproductive masculine - spermatozoizii, care se formează într-un ciclu de 90 de zile de-a lungul întregii vieți a bărbatului adult, de-a lungul vieții femeii nu se mai formează alte celule reproductive. Foliculii formați intrauterin se dezvoltă progresiv, eliberând, de regulă, un singur ovocit matur, fecundabil, pe lună.

Fertilitatea feminină descrește mai devreme decât te-ai aștepta

Fertilitatea femeii începe să descrească încă de la vârsta de 27 de ani, iar la 35 de ani se constată o scădere semnificativă a calității celulare la nivelul ovocitelor. Acestea îmbătrânesc, iar după 40 de ani șansele de a obține o sarcină cu material genetic propriu devin foarte mici.

Dacă vă doriți copii, nu amânaţi concepția

Pe lângă cauze medicale, cum ar fi ovare polichistice, endometrioză, probleme la nivelul trompelor uterine, precum și patologii ale fertilității masculine, care se pot manifesta la orice vârstă a membrilor cuplului, în ultimii ani se constată o creștere a incidenței cazurilor de „infertilitate socială". Mai exact, femei fără alte probleme medicale descoperă că nu reușesc să obțină o sarcină din cauza... vârstei. Dacă la nivel fizic și social, 40 de ani este o vârstă înfloritoare a femeii, din păcate, la nivel reproductiv, această vârstă înseamnă... bătrânețea.



1-2 milioane de ovocite la naștere
400.000 de ovocite la pubertate
25.000 de ovocite la vârsta de 37 de ani
10.000 de ovocite la vârsta de 40 de ani
1.000 de ovocite la menopauză

În medie, 350 de ovocite se maturizează în cursul vieții unei femei, având astfel șansa de a fi fecundate și de a conduce la o sarcină.

Evaluați-vă rezerva ovocitară prin dozarea markerului AMH – hormon anti-mullerian, precum și consultații în clinici specializate pe fertilitate/infertilitate, dar nu uitați că cel mai important factor în ansamblul șanselor de a obține și de a păstra o sarcină este vârsta feminină.

Atunci când intervine factorul vârstă feminină, drumul este de cele mai multe ori ireversibil, chiar dacă se face apel la proceduri de reproducere umană asistată medical. Fertilizarea in vitro are nevoie de gameți corecți cromozomial, respectiv ovocite tinere, pentru a putea funcționa și a putea conduce la o sarcină viabilă. Nu lăsați trecerea timpului să vă răpească șansa de a deveni mame!

Puteți avea un control mai bun asupra fertilității proprii **evaluându-vă rezerva de fertilitate** cu ajutorul unor investigații simple: analize hormonale (AMH, FSH, LH, TSH, estradiol, progesteron, prolactină), verificarea permeabilității trompelor prin histerosonografie sau histerosalpingografie.

Dacă sarcina nu apare după primele 12 luni de încercări, adresați-vă medicului **specialist în infertilitate** și lăsați-vă ajutați din punct de vedere medical în proiectul vostru de a avea un copil.

Fapte despre fertilitatea masculină

Fertilitatea masculină reprezintă un subiect puțin discutat, deși aportul membrului masculin al cuplului reprezintă 50% din șansele de sarcină și 50% din potențialul genetic al copilului. În ciuda percepției societale comune, care consideră problemele de fertilitate ca fiind majoritar feminine, statisticile medicale demonstrează că incidența factorului masculin este egală. Astfel, 40% dintre cazurile cu dificultăți în a concepe un copil au drept cauză patologii feminine, 40% au drept cauză patologii masculine, iar 20% au cauză necunoscută sau mixtă.

Factori de risc ce pot influența fertilitatea masculină

• temperatura scrotală crescută (boli febrile, saună, băi fierbinți);
• alcool în exces, droguri, fumat;
• expuneri profesionale la insecticide, pesticide, solvenți organici;
• intervenții chirurgicale inghino-scrotale (de tipul hernie inghinală);
• boli cronice (renale, tiroidiene, diabet, neuropatii);
• boli cu transmitere sexuală în antecedente;

Știați că... ?

• Ovocitul este cea mai mare celulă din corpul omenesc, în timp ce spermatozoidul este cea mai mică?

• Ovocitul trăiește și poate fi fecundat aproximativ 24 de ore, în timp ce spermatozoizii pot supraviețui, păstrându-și în principiu capacitatea fecundantă, până la patru-cinci zile?

• medicamente – sulfasalazina, colchicina, steroizi anabolizanți sau alți hormoni sexuali, unele antihipertensive sau antidepresive, cimetidina, chimioterapice și altele.

Cauze ale infertilității masculine

• insuficiența testiculară - perturbări ale spermatogenezei: absența spermatozoizilor (azoospermia), perturbări de ordin calitativ și/sau cantitativ (număr, mobilitate, morfologie, aptitudini funcționale - oligoastenoteratospermie), varicocel, fragmentarea ADN-ului spermatic;
• patologii post-testiculare: azoospermia obstructivă cauzată de o infecție sau de o inflamație uro-genitală, de o boală (oreion) sau de un traumatism;
• patologii hipotalamo-hipofizare.

Lipsa spermatozoizilor (azoospermia) poate fi de două tipuri: obstructivă și non-obstructivă. În cazul azoospermiei obstructive, fertilitatea poate fi ameliorată dacă se intervine chirurgical.

În cazul în care cuplul încearcă de mai mult de un an să obțină o sarcină, iar rezultatul întârzie să apară, ambii săi membri trebuie să se adreseze medicului specialist în infertilitate. Investigațiile unui cuplu cu probleme de fertilitate încep cu o spermogramă, prin care se analizează numărul de spermatozoizi, mobilitatea spermatozoizilor și raportul forme normale versus forme anormale. Atenție, descoperirea unor probleme dovedite de fertilitate la unul din parteneri nu exclude investigarea aprofundată a celuilalt, infertilitatea mixtă fiind destul de frecventă.
Puteți avea un control mai bun asupra fertilității proprii evaluându-vă rezerva de fertilitate cu ajutorul unor analize simple: spermogramă, spermocultură, ecografie testiculară, analize hormonale.

Inofolic®

O șansă pentru fertilitate

Inofolic Combi®

Combinația perfectă pentru femeile supraponderale cu SOPC

Tratamente asociate cu protocolul de stimulare ovariană controlată
• reduce rezistența la insulină
• reduce hiperandrogenismul
• restabileşte ovulația
• reduce hirsutismul și acneea

Adresa:
MLD-V Limited SRL
Bd. Unirii, nr. 8, Sector 4, București
telefon: +4031 409 58 64
office-ro@mldtrading-bg.com

Primii pași pentru a deveni mamă

Stilul de viață, controlul medical preconcepțional, analize utile

Dr. Ioan Boleac, Medic primar obstetrică-ginecologie, specialist în reproducere umană asistată Clinica Medicală Gynera

Dacă vrei să devii mamă, este foarte important să ai un stil de viață sănătos! De aceea, un ajutor important poate veni chiar de la tine!

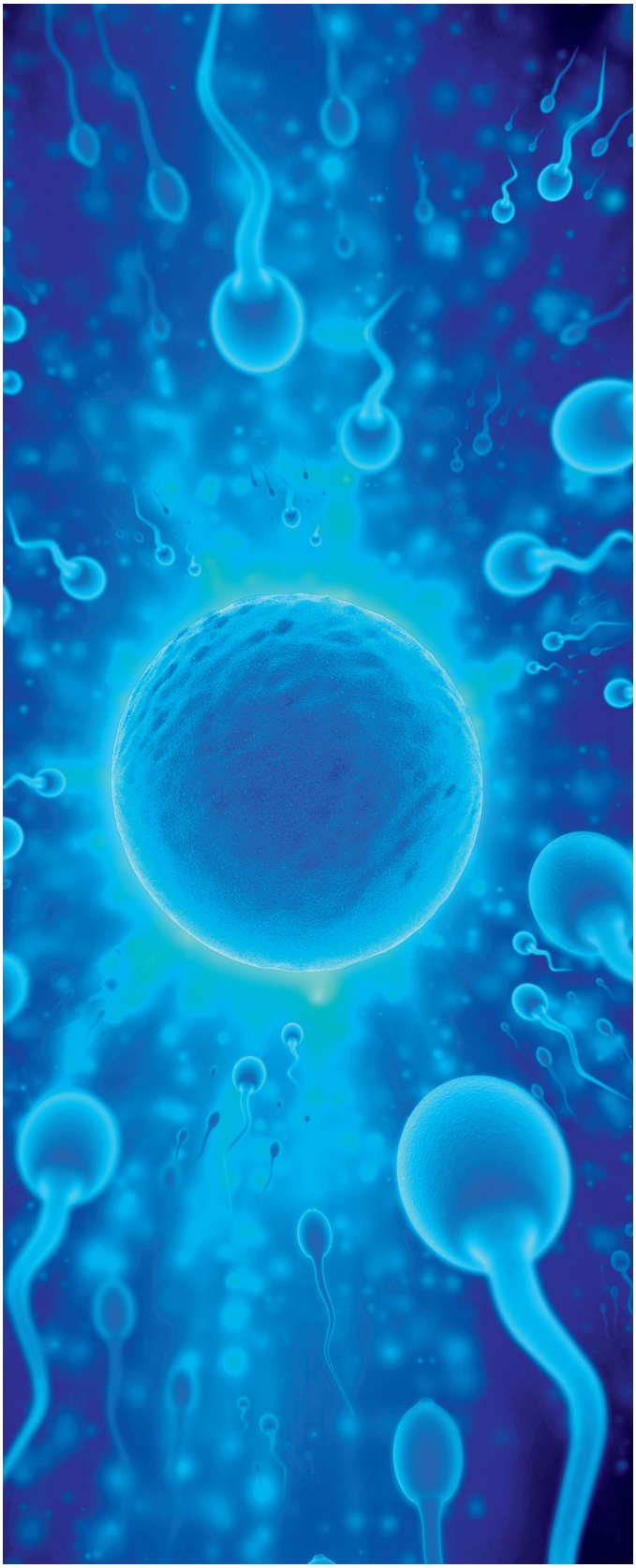
- Nu face excese alimentare! O persoană obeză are de obicei și o menstruație neregulată, cu sângerări anormale și alte afecțiuni asociate care scad fertilitatea. De asemenea, o persoană obeză va naște și se va recupera mult mai greu, indiferent de calea urmată, naștere pe cale naturală sau operație cezariană.
- Dormi 7-8 ore în fiecare noapte!
- Practică un sport în mod regulat! Dacă nu reușești în fiecare zi, fă sport măcar o dată la 2-3 zile.
- Nu fuma! Fumatul poate afecta vascularizația ovarelor. El afectează atât capacitatea de a obține sarcina, cât și pe cea de a menține sarcina. Cu cât numărul țigărilor fumate zilnic este mai mare, cu atât efectele nocive sunt mai puternice!
- Nu consuma alcool sau droguri!

Un stil de viață sănătos și armonios include așadar: o dietă corespunzătoare, 7-8 ore de somn pe noapte, exerciții fizice sau practicarea unui sport în mod regulat, absența obiceiurilor nocive, cum sunt fumatul, alcoolul ori consumul de droguri. Dintre acestea, cel mai frecvent factor este fumatul, care crește riscul de avort, de sarcină extrauterină, de complicații apărute în ultimul trimestru de sarcină, cum ar fi hipertensiunea arterială gestațională. Controlul medical preconcepțional are rolul de a exclude diverse afecțiuni acute sau cronice care pot afecta sarcina sau obținerea sarcinii și de a testa sănătatea aparatului reproductiv feminin. El include: citologie cervicală (testul Babeș Papanicolau); examen citologic al secreției vaginale; testare pentru Chlamydia, Mycoplasma și gonococ (acestea sunt principalele cauze ale bolii inflamatorii pelvine care, lăsate fără tratament sau tratate incorect, scad șansele de obținere a unei sarcini); ecografia transvaginală, care permite examinarea uterului și a ovarelor, pe de o parte, pentru a evalua rezerva ovariană și capacitatea uterului de a menține o sarcină, iar pe de altă parte, pentru a exclude patologia uterină (de exemplu, fibroame sau polipi uterini) și pe cea anexială (de exemplu, chisturile ovariene sau colecțiile patologice ale trompelor uterine); testare pentru boli infecțioase ca hepatitele B și C, sifilis, SIDA, complexul TORCH (care include infecțiile cu Toxoplasmă, Rubella, Citomegalovirus și infecția herpetică, adică o serie de infecții care sunt periculoase pentru făt dacă apar pentru prima dată în cursul sarcinii - pentru o parte dintre aceste infecții există vaccinuri).

Arma secretă a spermatozoizilor pentru a-și realiza misiunea

O structură despre a cărei funcție nu se știa nimic până recent ar permite spermatozoizilor să parcurgă o distanță de 20.000 de ori mai mare decât dimensiunea lor, într-un mediu vâscos, care face ca deplasarea să fie foarte dificilă.

Imaginați-vă că trebuie să traversați Marea Neagră înot, însă marea nu este compusă din apă, ci din miere. Aceasta este o metaforă potrivită pentru a descrie călătoria pe care trebuie să o întreprindă spermatozoizii pentru a ajunge la ovocit. Dar cum reușesc oare aceștia să facă față unei asemenea misiuni? Utilizând modele matematice, o echipă britanică a descoperit că spermatozoizii reușesc să-și realizeze misiunea datorită unei structuri care le înconjoară coada.



Acești mici înotători, cea mai mică celulă a corpului uman, cu grosimea mai mică decât diametrul unui fir de păr, trebuie să parcurgă mai mult de 10 centimetri, și anume o distanță care depășește de 20.000 de ori dimensiunea lor, într-un mediu vâscos. „Glera cervicală este de mai mult de o sută de ori mai vâscoasă decât apa", subliniază cercetătorul Hermes Gadelha, specialist în biologie matematică la Universitatea din York, Marea Britanie.
În ultimul său studiu, publicat în luna martie 2019 în revista științifică Journal of the Royal Society Interface, cercetătorul și echipa sa au demonstrat că structura care înconjoară coada spermatozoizilor le permite acestora să suporte forțele impuse de acest mediu vâscos.

Consolidare structurală

Spermatozoizii prezintă un cap, care transportă materialul genetic al tatălui, și o coadă (numită și flagel), care are menirea de a împinge înainte capul spermatozoidului. Această coadă include un „motor"

- axonemul - care îi permite să se miște. Coada este înconjurată de o structură pasivă compusă din fibre foarte dense, care nu au nicio activitate. Specialiștii s-au gândit așadar că această structură nu ar avea nicio funcție specifică, dar cercetarea lui Hermes Gadelha demonstrează că tocmai structura respectivă întărește coada, pentru ca aceasta să nu se plieze sub presiunea cauzată de vâscozitatea glerei cervicale. „Fără această structură, flagelul spermatozoizilor s-ar curba și nu ar putea să împingă capul prin colul uterin", explică cercetătorul.
În modelul matematic, spermatozoizii care nu prezintă această structură înotau foarte bine în apă, dar erau incapabili să avanseze într-un mediu vâscos. Pentru a confirma această ipoteză, cercetătorii au comparat spermatozoizi umani cu spermatozoizi ai aricilor de mare, care nu prezintă această structură suplimentară. În apă, spermatozoizii aricilor de mare înotau în mod liber către ovulul femelei, dar, într-un mediu care imită vâscozitatea glerei cervicale, coada lor se îndoia și se deforma. În schimb, spermatozoizii umani înotau fără probleme. Este posibil ca unele modificări ale acestei structuri să reprezinte cauza anumitor cazuri de infertilitate masculină.

Incredibila călătorie a unui spermatozoid

În timpul ejaculării sunt eliberați în medie 50 de milioane de spermatozoizi. Dintre aceștia, doar aproximativ zece spermatozoizi ajung la capătul călătoriei și doar unul singur va putea intra în contact cu ovulul. Pentru a reuși, spermatozoizii trebuie să înoate mai mult de cinci ore, fiind atacați de globulele albe care protejează uterul și de aciditatea secrețiilor vaginale. Odată ajunși în fața ovulului, aceștia trebuie să treacă de un ultim obstacol, cumulusul, o substanță foarte densă care înconjoară și protejează ovulul.

În acest moment, capul spermatozoidului eliberează un acid care topește acest cumulus, pentru a permite spermatozoidului să intre în sfârșit în contact cu ovocitul. Membranele celor doi gameți fuzionează, iar materialul genetic se amestecă, formând astfel un embrion.

S-a descoperit factorul care provoacă sindromul ovarelor polichistice

Sindromul ovarelor polichistice (SOP, cunoscut și sub abrevierea din limba engleză - PCOS) este cel mai comun diagnostic ce are drept consecință infertilitatea feminină. Sindromul ovarelor polichistice afectează una din cinci femei în toată lumea. Trei sferturi dintre femeile cu SOP se confruntă cu probleme în a obține o sarcină. Deși există tratamente care le pot ajuta pe femeile afectate de acest sindrom să rămână însărcinate, rata de succes este de obicei sub 30% pe durata a cinci cicluri menstruale.

SOP este o condiție medicală care de obicei este însoțită de niveluri ridicate ale testosteronului, chisturi ovariene, ciclu menstrual neregulat și probleme în reglarea zaharurilor din sânge, dar cauzele acestui sindrom au rămas până acum necunoscute.

Conform unui articol publicat în 2018 de revista New Scientist, cercetătorul Paolo Giacobini și colegii săi de la Colegiul Național de Sănătate și Cercetare Medicală din Franța au descoperit că acest sindrom ar putea fi cauzat de un dezechilibru hormonal al mamei, care afectează fătul de sex feminin încă înainte de naștere, prin expunerea excesivă a acestuia, in utero, la hormonul anti-müllerian (AMH).

Cercetătorii au descoperit că femeile gravide care suferă de SOP au nivelul AMH cu 30% mai mare decât normal. Având în vedere că diagnosticul de SOP se transmite pe linie maternă, cercetătorii și-au pus întrebarea dacă AMH-ul mărit în timpul sarcinii este responsabil de apariția SOP la fiicele mamelor care suferă și ele de acest sindrom. Pentru a testa această ipoteză, femele de șoarece gestante au fost injectate cu hormon anti-müllerian.

► *continuarea în pagina 14*

Mio-inozitolul: rolul lui în tratamentul infertilității de cauză ovariană

Dr. Mihaela Braga
medic rezident obstetrică - ginecologie

Mio-inozitolul este un precursor al trifosfat-inozitolului, cu rol de mesager secund, ce reglează activitatea thyroid-stimulating hormone (TSH), follicle-stimulating hormone (FSH) și a insulinei[1]. Datorită efectului său de a crește sensibilitatea la insulină, rolul său a fost intens studiat în tratamentul mai multor boli metabolice, cum sunt sindromul metabolic, diabetul gestațional și sindromul ovarelor micropolichistice (SOPC)[2].

Prin creșterea sensibilității la insulină, scade nivelul seric al acesteia și determină creșterea ratei de ovulație. Efectele mio-inozitolului au fost evidențiate în cadrul unui studiu care a comparat ratele de sarcină obținute spontan cu cele obținute în urma procedurilor de reproducere umană asistată la pacientele cu SOPC și infertilitate, care au urmat tratament cu mio-inozitol.

Am inclus în studiu 34 paciente între 20 și 40 de ani, diagnosticate cu infertilitate și SOPC conform criteriilor de la Rotterdam[3], din cadrul clinicii de Reproducere Umană Asistată a Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu", care au urmat tratamente pentru infertilitate în perioada iunie 2017 - iunie 2018. Pacientele au urmat tratament cu mio-inozitol (Inofolic® - LoLi Pharma): 2 plicuri pe zi, timp de minimum trei luni.

Timp de șase luni de la începerea tratamentului cu mio-inozitol, dintre cele 34 de paciente participante la studiu, 18 au urmat contacte sexuale dirijate, 12 au urmat proceduri de inseminare și patru au urmat procedura de fertilizare in vitro. Cea mai bună rată de sarcini s-a observat la pacientele care au urmat o procedură FIV (50%). Rata de sarcini obținută după inseminare artificială intrauterină a fost de 33,33%, iar cea după contact sexual dirijat, 38,46%. S-a observat o îmbunătățire a ratelor de sarcină în urma inseminării artificiale (IA) și a contactului sexual dirijat (CSD), în comparație cu datele din literatură. Rata maximă de sarcină obținută după IA este circa 20%, pe când noi am obținut 33,33% sarcini. Numărul de sarcini obținut a fost mai mare în urma contactului sexual dirijat datorită faptului că principala problemă a pacientelor cu SOPC este lipsa ovulației.

În concluzie, s-a observat o creștere a ratelor de sarcină în comparație cu datele din literatură în ceea ce privește contactul sexual dirijat și inseminarea artificială, ceea ce înseamnă ca mio-inozitolul (Inofolic® - LoLi Pharma) poate fi considerat un tratament adjuvant sau alternativ la pacientele cu SOPC și infertilitate.

autori
Dr. Mihaela Braga
Prof. Dr. Bogdan Marinescu
Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie
„Prof. Dr. Panait Sârbu"

[1]Di Paolo G & De Camilli P. Phosphoinositides in cell regulation and membrane dynamics. Nature 2006 443 651–657. (doi:10.1038/ nature05185)
[2]Vittorio Unfer, Fabio Facchinetti, Beatrice Orru et al. Myo-inositol effects in women with PCOS: a meta-analysis of randomized controlled trials. Endocrine Connections 2017) 6, 647–658
[3] FJ Broekmans, EAH Knauff, O valkenburg et al. PCOS according to the Rotterdam consensus criteria: change in prevalence among WHO II anovulation and association with metabolic factors. BJOG 2006;113:1210-1217

► *continuarea articolului din pagina 12*

Când puii de femelă au ajuns la maturitate, s-a descoperit că aceștia au multe dintre simptomele corelate cu SOP, incluzând pubertate întârziată, ovulație neregulată, dificultăți în a obține o sarcină și, per total, mai puțini pui de-a lungul vieții.

Se pare că hormonul anti-müllerian injectat în femelele de șoarece gestante a declanșat SOP la puii de sex feminin prin suprastimularea unui set de celule ale creierului care cresc nivelul testosteronului fătului.

În testele de laborator efectuate pe șoareci, echipa de cercetători a reușit anularea efectului expunerii fătului la prea mult AMH prin utilizarea Cetrorelix, un medicament folosit în tratamentele FIV pentru a controla hormonii feminini. După tratamentul cu această substanță, șoarecii nu au mai prezentat simptome de SOP. Echipa a început din a doua jumătate a lui 2018 testarea acestui tratament cu Cetrorelix pe un grup de femei care suferă de SOP, Giacobini declarând că această modalitate „poate fi o strategie importantă de restaurare a ovulației și de creștere a ratei de graviditate pentru aceste femei".

Descoperirea poate, de asemenea, explica de ce femeile care suferă de SOP rămân mai ușor însărcinate după 30 de ani. Hormonul anti-müllerian scade odată cu vârsta femeii, ceea ce de obicei înseamnă tocmai o fertilitate redusă. Însă femeile care au din start un nivel ridicat al acestui hormon ajung la nivele normale de AMH odată cu înaintarea în vârstă - dar aceasta este o altă ipoteză care trebuie testată și dovedită științific.

Infertilitatea fără o cauză identificată. Subfertilitatea.

Dr. Dorina Codreanu, Medic primar obstetrică-ginecologie, specialist în reproducere umană asistată Clinica Medicală Gynera

20-30% dintre cuplurile infertile se confruntă cu diagnosticul de infertilitate neexplicată. Această situație este frustrantă atât pentru pacienți, cât și pentru medici. Prin definiție, acest diagnostic este pus prin eliminare și este justificat dacă:

• Ai ovulație regulat și rezerva ta ovariană este normală.

• Ai vârsta sub 40 de ani. După 40 de ani, fertilitatea scade dramatic în mod natural, ceea ce nu înseamnă că ești infertilă, ci doar că șansele tale sunt extrem de mici.

• Trompele tale sunt permeabile, fapt dovedit după o evaluare prin histerosalpingografie sau laparoscopie.

• Spermograma partenerului este normală.

• Nu ai afecțiuni ale cavității uterine sau ale endometrului cum sunt fibroamele, polipii sau sinechiile uterine (evaluate prin histeroscopie).

• Nu ai endometrioză severă - nu ai chisturi endometriozice vizibile ecografic sau noduli endometriozici ce se pot palpa la consultul ginecologic.

Ce este infertilitatea neexplicată

Întâi de toate, infertilitatea neexplicată nu este și inexplicabilă. Există întotdeauna un motiv pe care fie nu îl putem identifica cu metodele uzuale, fie știința nu l-a descoperit încă. Câteva posibile explicații sunt:

1. Endometrioza ușoară. Experții nu s-au pus de acord dacă aceasta este o cauză adevărată de infertilitate.

2. Disfuncții tubare. Trompele sunt permeabile, dar nu funcționează corect. Mai exact, nu captează ovulul și/sau nu conduc embrionul în cavitatea uterină la momentul potrivit.

3. Alte probleme de sănătate nelegate de aparatul reproducător: boli autoimune, diabet, boala celiacă.

4. Mucusul cervical ostil din cauza anticorpilor antispermatici. Este o cauză controversată de infertilitate ce poate fi depășită cu ajutorul inseminării artificiale.

5. Calitatea ovulelor. Avem teste de ovulație, dar calitatea slabă a ovulelor poate fi identificată doar în urma unei proceduri de fertilizare in vitro.

6. Calitatea spermatozoizilor. Chiar dacă spermograma este normală, spermatozoizii au modificări genetice sau sunt incapabili să fecundeze ovulul chiar dacă sunt mobili și genetic normali.

7. Probleme cu endometrul (mucoasa uterină). Sunt incomplet elucidate la ora actuală, se discută despre microbiomul endometrial, de fereastra de implantare deplasată la unele paciente, de factori imunologici.

8. Probleme cu dezvoltarea embrionului. Chiar dacă embrionul este genetic normal, în procesul de diviziune celulară de la stadiul de celulă la făt pot apărea defecte ce duc la oprirea acestei dezvoltări.

9. Există cauze pe care medicina nu le-a descoperit încă. Chiar nu știm totul despre fertilitate. Nu încă.

10. Nu este nimic serios în neregulă. Un studiu din 2012 a arătat că, din 1300 de femei cu vârste între 28 și 36 ani, diagnosticate cu infertilitate neexplicată, 43% au conceput spontan, fără nicio intervenție medicală, în decursul a trei ani de la diagnostic. În multe situații, este vorba doar de subfertilitate sau de foarte mult ghinion. Este extrem de frustrant, dar se întâmplă.

Ce NU este infertilitatea neexplicată

1. Nu este doar în capul tău.
2. Nu este cauzată de faptul că te străduiești prea mult sau te stresezi pentru asta.
3. Nu este un diagnostic la femei de peste 40 ani. Acestea au în mod natural șanse foarte mici de reușită și ele nu obțin sarcina exact așa cum nu reușesc mulți să câștige la loterie, deși joacă constant de mulți ani.

Ce faci când totul pare normal, dar sarcina nu apare

Nu aștepta prea mult să vezi ce se întâmplă pe cale naturală, nu mai mult de doi ani dacă ai sub 36 de ani, și nu mai mult de un an dacă ai peste 36 de ani. În acest caz, timpul nu rezolvă niciodată lucrurile, șansele de reușită scad și un istoric de infertilitate de peste trei ani este un factor de prognostic rezervat. Dincolo de toate acestea, este foarte important să judecăm fiecare caz în parte și cea mai bună abordare este cea de echipă medic-pacient.

Știați că...

Până la 30 de ani se pierde 88% din rezerva de celule reproductive?
La 40 de ani mai rămân 3% din ovocite, majoritatea defecte?
Una din 10 femei intră devreme la menopauză, mai ales dacă fumează?

Societatea Română pentru Fertilitate și Reproducere Asistată și Gynera Fertility Center te ajută să faci alegerea!
„Asigură-te la timp că poți deveni mamă!"

TE AȘTEPTĂM LA O CONSULTAȚIE GRATUITĂ
Află pe loc ce rezervă ovariană ți-a rămas!
Discută cu specialistul Gynera despre ce opțiuni ai ca să devii mamă!
Congelează-ți ovocitele, dacă încă nu ești pregătită să ai copii!

Programare prin website
www.gynera.ro
sau la telefon
0727 833 833

Gynera Fertility Center

SOCIETATEA ROMÂNĂ PENTRU FERTILITATE ȘI REPRODUCERE ASISTATĂ • SRFRA •

Perioada de desfășurare a campaniei: 1 – 29 noiembrie 2019

Despre teama de FIV și alți demoni

Cristiana Popp
mamă, medic,
moderator al grupului
SOS Infertilitatea

Mereu mi-am dorit să fiu mamă tânără. Nu a fost să fie, am decis să mă fac medic, iar pasiunea asta mi-a mistuit rapid tinerețea. Mi-am întâlnit soțul la 25 de ani, iar el mi-a zis, la a doua întâlnire: eu vreau familie și copii, dacă tu ai alte gânduri, nu-ți pierde vremea. Trei ani mai târziu, căsătoriți deja, renunțam la protecție. Să vă spun cât de naivi eram? Cum, în prima lună, el a zis la o petrecere: soția mea nu bea alcool, e posibil să fie însărcinată? Cum am răbdat o migrenă de pomină, fără un paracetamol? Cum calculasem deja în ce anotimp o să nasc? Au urmat sute de teste negative, investigații, diagnostice, tratamente - timp de patru ani. Și totuși, lună de lună, pântecul meu era tot mai gol. Ne-am ascuns în cariere, în călătorii, în citit. Alți doi ani mai târziu, a făcut prima spermogramă și astfel am aflat că singura noastră șansă de a concepe este fertilizarea in vitro. Și am intrat în panică. Mi-a fost o frică teribilă. Nu de efectele adverse, am citit și m-am lămurit repede că, pentru sănătatea mea, mai riscantă e lipsa de sarcini decât stimularea ovariană. Ci de durere, de investigații invazive și, mai ales, de EȘEC. Am avut nevoie de patru ani să înving frica, timp în care rezerva mea ovariană și calitatea ovocitelor mele au scăzut, iar șansele de reușită s-au prăbușit de la aproximativ 40% la sub 20%. Am tremurat zi și noapte, copleșită de teama de FIV, pe de o parte și, pe de altă parte, de teroarea că nu voi avea niciodată copii. Nu aveam curaj să fac FIV, dar nici nu puteam să renunț la copilașii mei – imaginați, doriți, visați. După zece ani de la prima noastră încercare, începeam investigațiile pentru FIV. Știam că mi-am micșorat singură șansele, dar abia atunci am putut. Eu am avut noroc că, la 39 de ani, am răspuns bine la stimulare și, deși rata de fertilizare a fost mică și cei mai mulți dintre embrioni s-au oprit din evoluție, acum am doi copii gemeni care mi-au stins pârjolul celor zece ani de frică și dor. Au trecut nouă luni de când i-am adus acasă de la maternitate, iar eu încă tremur, noapte de noapte, la gândul că cei patru ani de frică și amânare puteau însemna să nu îi am. Să nu fiu mama lor. Simt că am prins, cu mult noroc, ultimul tren.

Mituri despre FIV

• **FIV = copil conceput în eprubetă**
Fals. Fertilizarea are loc într-o plăcuță Petri.

• **Copiii obținuți prin FIV sunt bolnăvicioși sau prezintă malformații.**
Fals. Conform studiilor de amploare efectuate, copiii concepuți prin FIV sunt la fel de sănătoși precum cei care au rezultat dintr-o sarcină spontană.

• **O femeie poate obține o sarcină prin FIV la orice vârstă.**
Fals. Procedura FIV nu poate învinge degradarea cromozomială la nivel celular, ovocitele îmbătrânite.

• **FIV este o procedură dureroasă.**
Fals. Singura intervenție efectuată sub anestezie este puncția ovariană, cu o durată medie de circa 10 minute. Restul etapelor FIV, inclusiv transferul embrionului/embrionilor, nu implică durere.

• **Procedura FIV este o soluție universală pentru infertilitate.**
Fals. FIV nu este un panaceu. Succesul procedurii depinde de factori multipli, printre care și vârsta femeii, calitatea rezervei ovariene, lipsa problemelor de implantare etc.

• **Succesul FIV poate fi obținut de la prima încercare.**
Adevărat. În general, 30% dintre cuplurile care fac apel la FIV reușesc să obțină o sarcină la prima încercare.

Ministerul Sănătății: Subprogramul pentru Fertilizare in Vitro și Embriotransfer

Subprogramul pentru Fertilizare in Vitro și Embriotransfer, program de sprijin financiar pentru cuplurile hipofertile, a fost creat de Ministerul Sănătății în anul 2011, la inițiativa directă și cu participarea Asociației SOS Infertilitatea.

Conform cifrelor oficiale de la Ministerul Sănătății, la data de 31 decembrie 2014, în Subprogramul 2011-2012 a existat un număr de 226 de nașteri raportate. La acestea se adaugă nașterile neraportate (unele clinici din acea perioadă s-au desființat, nu au mai apucat să raporteze nașterile, dar au efectuat zeci de proceduri; există copilași ai Subprogramului în urma acestora, chiar dacă nu sunt înregistrați în statistici). De asemenea, putem estima că cel puțin o treime dintre sarcini au fost gemelare, deci sunt în mod cert peste 300 de copilași născuți în urma primului Subprogram. În perioada 2013-2014, în ciuda advocacy-ului intens al Asociației SOS Infertilitatea, Subprogramului nu i-a fost alocat buget.

Ministerul Sănătății a răspuns campaniei noastre, în 2015-2016 reluându-se bugetarea Subprogramului FIV. Conform cifrelor oficiale de la Ministerul Sănătății, au existat pentru Subprogramul FIV 2015-2016 un număr de 374 de sarcini raportate, dintre care estimăm că minimum o treime au fost sarcini gemelare, deci peste 500 de copilași născuți, ceea ce ridică la peste 800 numărul copiilor Subprogramului de până în acel moment. În urma procedurilor din Subprogram s-au obținut numeroși embrioni care au fost crioprezervați. În lipsa unor statistici oficiale, care ar fi trebuit să existe, putem estima că încă alți cel puțin 200 de copii s-au născut din 2011 până în prezent în urma unor transferuri de embrioni congelați. În concluzie, peste 1000 de copii s-au născut în Subprogramele FIV 2011-2012 și 2015-2016. Peste 1000 de copii care altfel nu ar fi existat!

Andrositol®

O aventură ce nu poate fi ratată

Îmbunătățește capacitatea de reproducere la bărbați prin creșterea calității și funcționalității spermatozoizilor!*

**potrivit studiului clinic Effect of Myoinositol and Antioxidants on Sperm Quality in Men with Metabolic Syndrome, 2016*

MLD

Lo.Li. Pharma INTERNATIONAL

℗

O șansă pentru o mie de cupluri din toată țara

Accesul la subprogramul național de fertilizare in vitro

Reluarea Subprogramului Național de Fertilizare in Vitro și Embriotransfer a însemnat o șansă pe care mulți dintre noi o așteptam. Medicii români sunt la fel de bine pregătiți ca cei din restul Europei, folosim aceleași tehnici și tehnologii, iar rata de succes este similară. Motivul principal pentru care în România se fac mult mai puține proceduri medicale de acest tip este lipsa banilor.

Schimbările din acest an au adus un plus pentru program. Avem o mie de proceduri decontate, iar suma pentru o procedură a crescut la 10.000 lei. Acest fapt ne permite să depunem mai multe dosare și să venim în întâmpinarea nevoilor cuplurilor cu această soluție. Condițiile de decontare sunt similare anilor trecuți. Programul se adresează cuplurilor infertile, adică acele cupluri care nu au reușit să obțină o sarcină, în mod natural, fără a folosi metode contraceptive, timp de un an, sau cele care au primit un diagnostic de afecțiune incompatibilă cu reproducerea pe cale naturală. Pe scurt, criteriile de eligibilitate sunt: indicația de fertilizare in vitro; ambii parteneri trebuie să fie asigurați ai sistemului public de sănătate, procedura să se realizeze cu ovocite și spermă proprii, nu donate; vârsta femeii să fie între 24 și 40 de ani, indexul de masă corporală al acesteia să fie cuprins între 20 și 25, iar rezerva ovariană să fie în limite normale, adică nivelul AMH (Hormon Anti-Mullerian) să fie mai mare de 1,1 ng/ml.

Dacia Medical Center sprijină cuplurile în realizarea dosarului, în depunerea lui, iar eu sunt cel care se ocupă integral de partea medicală aferentă procedurii. Încurajăm participarea în acest program întrucât reprezintă cu adevărat o șansă pentru cuplurile infertile. Cele mai multe întrebări vizează condițiile și analizele necesare, implicit termenul lor de valabilitate.

Analizele și investigațiile din ultimele 3 luni
- markeri endocrini: TSH (hormon de stimulare tiroidiană), prolactină;
- investigații imunologice pentru boli infecțioase: Ag Chlamydia; Ag Mycoplasma;
- examinări microbiologice: cultură secreție col uterin;
- examinări imagistice medicale: histeroscopie sau sonohisterografie; ecografie transvaginală.

Din ultimele 6 luni
- markeri endocrini: AMH (Hormon Anti-Mullerian);
- investigații imunologice pentru boli infecțioase: Ag HBs – Antigenul de suprafață al virusului hepatitei B; Ac HBc – Antigen central al infecției cu virusul hepatitic B; Ac HCV – Antigen al infecției cu virusul hepatitic C; Anti HIV – Test pentru virusul imunodeficienței umane; VDRL sau TPHA – serologie sifilis.

Din ultimele 12 luni
- investigații hematologice: hemoleucograma; APTT – Timp de tromboplastină parțială activat, se evaluează calea intrinsecă și comună a coagularii; fibrinogenemie;
- investigații biochimice: glicemie; uree serică; creatinină serică; TGO; TGP;
- investigații imunologice pentru boli infecțioase: Rubeola IgG, Varicela IgG, Toxoplasma IgG, Toxoplasma IgM, CMV IgG (Virusul citomegalic), Herpes IgG;
- examinări citologice: frotiu cervical Babeș-Papanicolau

Fără limită de timp
- investigații hematologice: grupă de sânge; Rh.

Setul minim de investigații paraclinice efectuate la bărbați cuprinde examinări microbiologice (spermograma – efectuată în unitatea sanitară la care a depus dosarul, spermocultura); investigații imunologice pentru boli infecțioase (Ag HBs; Ac HBc; Ac HCV; HIV; VDRL sau TPH); investigații hematologice: grupă de sânge; Rh.

dr. Chadi Muheidli

medic primar obstetrică-ginecologie

Specialiști aproape de tine

În România, unu din șase cupluri este infertil. Ponderea este în creștere, iar medicul de proximitate are un rol esențial în diagnosticarea corectă și rapidă a problemei. Tot statistica este cea care ne arată că mai bine de jumătate dintre cupluri nu știu că au nevoie de un medic specialist în probleme de infertilitate, ceea ce face ca timpul pierdut să influențeze în mod dramatic șansele a face un copil. Analizele ginecologice de rutină nu sunt suficiente, iar primele întrebări cu privire la ce știm despre fertilitatea noastră trebuie să fie puse unui specialist după un an de încercări, dacă femeia are mai puțin de 35 de ani. După 35 de ani, recomand o perioadă de 6 luni de încercări, iar după 40 de ani, o primă vizită la medicul specialist în probleme de fertilitate trebuie făcută imediat, odată cu intenția de a concepe. În caz de infertilitate, consultația este una de cuplu.
Numărul centrelor care tratează infertilitatea este în creștere, așa că pacienții nu mai au nevoie să parcurgă sute de kilometri pentru un diagnostic corect și o soluție adecvată problemei lor.

Din dorința de a aduce mai aproape de pacienții din Prahova și din împrejurimi servicii de calitate și o abordare unitară a infertilității, am deschis un centru local dedicat infertilității, ceea ce înseamnă o relație constantă cu medicul din proximitate, un cost mai redus pentru investigații și garanția unui act medical la standarde europene aproape de casă.

CLINICA FAMILIEI TALE
DR. DENISA NICA

Strada Văleni, nr. 30
Municipiul Ploiești, jud. Prahova
0733 550 055

ANA MEDICAL CENTER
SANATATE IN FAMILIE

P

P

...sunteți împreună și doriți să aveți un copil?
...însă factorii din mediul extern sau diversele afecțiuni vă împiedică?

Endometrioză?
Tiroidită Autoimună?
Sindromul Ovarelor Polichistice?
Vârsta de peste 35 ani?
sau alte cauze necunoscute care te-au adus în situația alegerii procedurilor de FIV sau Inseminare Artificială?

Medicul ți-a pus diagnostic de:
- OAT sau INFERTILITATE MASCULINĂ IDIOPATICĂ?
Fumatul, stresul zilnic, un stil de viață nesănătos?

pentru că fiecare dintre noi este diferit,
la fel și nevoile nutriționale ce apar în fiecare afecțiune sunt diferite

ACUM vă vine în ajutor!

TEHNOLOGIE ORTOMOLECULARĂ

PRODUSE ÎN GERMANIA

Fertilovit®
for a new life

Unic importator și distribuitor: Dux MD Pharma Solutions
Telefon: 0 769.954.577

Dux MD pharma solutions

Columna Medical Center

Excelență în fertilizare in vitro

Peste 55% rată de succes pentru fertilizările in vitro în cadrul programelor finanțate de autorități în anul 2018 și o rată de succes de 65% în cadrul programelor de ovodonație în 2019 fac din Columna Medical Center un centru de excelență în FIV, cu rezultate comparabile cu cele ale centrelor europene de prestigiu. Începând cu anul 2011, centrul Columna este locul în care excelența specialiștilor în reproducere umană asistată medical se întâlnește cu tehnologia de ultimă generație, pentru a oferi tuturor celor care se confruntă cu probleme de infertilitate servicii medicale la standarde europene și un tratament personalizat.

Columna Medical Center este cel mai mare centru specializat în reproducere umană asistată medical (RUAM) din România și, totodată, o clinică medicală multidisciplinară. Centrul Columna se remarcă prin cea mai numeroasă echipă specializată în domeniu din România. Alcătuită din 15 specialiști FIV, cu peste 20 de ani de experiență, Columna Medical Center este singura clinică din țară în a cărei echipă medicală se regăsesc patru senior embriologi.

Abordarea pacientului Columna este una multidisciplinară, aria de servicii în domeniul reproducerii umane asistate fiind completată de clinicieni de top în specialități conexe: obstetrică-ginecologie, endocrinologie, urologie, anestezie și terapie intensivă, genetică, cardiologie, neurologie, boli infecțioase, hematologie, psihologie, diabet și boli de nutriție.

COLUMNA
MEDICAL CENTER

Tocmai această colaborare a specialiștilor în toate domeniile conexe face posibilă identificarea tuturor cauzelor medicale ce conduc la infertilitate și recomandarea tratamentului potrivit fiecărui pacient. Clinica dispune de echipamente de ultimă generație pentru procedurile ecografice, chirurgie ginecologică minim–invazivă, monitorizare 24/7, laborator de fertilizare in vitro ultra-modern și investigații de top prin tehnologie laser (screening-ul genetic al embrionilor înainte de transfer).
Dotarea de ultimă generație, auditarea externă anuală, echipa medicală experimentată, abordarea multidisciplinară și personalizată sunt factori care contribuie la obținerea celor mai bune rezultate pentru pacienții care își doresc să devină părinți. Începând cu anul 2011, peste 800 de copii au venit pe lume ca urmare a procedurilor de fertilizare in vitro realizate în cadrul Columna Medical Center.

Incursiune în istoria fertilizării in vitro (I)

În 1978, în Marea Britanie, se năștea primul copil conceput prin fertilizare in vitro (FIV), **Louise Joy Brown**.

Daily Mail
THURSDAY, JULY 27, 1978
8p
WORLD EXCLUSIVE

And here she is...

THE LOVELY LOUISE

Nașterea sa a adus un colosal val de speranță cuplurilor afectate de infertilitate, iar 40 de ani mai târziu, în 2018, în lume se raportase deja nașterea a **peste 8.000.000 (opt milioane!) de oameni concepuți prin FIV**.
Vă propunem o scurtă incursiune în istoria de peste patru decenii a fertilizării in vitro, procedură care a adus inventatorului său, profesorul Robert Edwards, Premiul Nobel pentru Medicină în anul 2010.

În anii '70, britanicii Leslie și John Brown încercau de peste nouă ani să obțină o sarcină – fără succes însă, întrucât Leslie avea o problemă medicală la nivel tubar („trompe înfundate"). Practic, cei doi membri ai cuplului aveau celule reproductive (ovocite și spermatozoizi), dar acestea nu se puteau întâlni în mod spontan, pentru a se produce fecundarea. Medicii **Robert Edwards** și **Patrick Steptoe**, împreună cu tehniciana de laborator (ceea ce am numi astăzi „embriolog") **Jean Purdy**, au realizat pentru acest cuplu o fertilizare in vitro – recoltarea ovocitului și fertilizarea acestuia în afara corpului uman.

Medicii Patrick Steptoe și Robert Edwards

Embrionul astfel creat în laborator a fost transferat în uterul mamei, iar opt luni mai târziu s-a născut Louise, o fetiță sănătoasă și vioaie, primul bebeluș FIV din lume.

Lesley și John Brown, primii părinți prin FIV din lume

La sfârșitul anilor '70 și începutul anilor '80 au urmat fertilizări in vitro în multe alte țări (printre pionieri numărându-se medici din Australia, Statele Unite, Franța), iar metodele de stimulare și tehnicile de fertilizare s-au perfecționat. Câțiva ani mai târziu, Louise a avut o soră, Natalie, al 40-lea copil conceput prin fertilizare in vitro din lume.

Ca adult, în anul 2000, Natalie avea să fie prima persoană concepută in vitro ce a devenit mamă, copiii ei fiind concepuți spontan, fără ajutor medical. Și Louise este astăzi mamă, cei doi copii ai săi fiind de asemenea concepuți spontan.

Surorile Louise și Natalie Brown, cu doi dintre copiii lor

Ce este, de fapt, fertilizarea in vitro?

Fertilizarea in vitro (FIV) este o tehnică de reproducere umană asistată medical, la care se apelează după ce toate tratamentele clasice au eșuat sau în cazuri de infertilitate unde se recomandă din start fertilizarea in vitro (trompe nefuncționale, infertilitate masculină severă). Echipa medicală pune în contact celulele reproductive ale membrilor cuplului. Fertilizarea in vitro standard nu intervine cu nimic în complexul genetic al copilului, astfel că între fătul conceput in vitro și fătul conceput spontan nu apar deosebiri de dezvoltare.

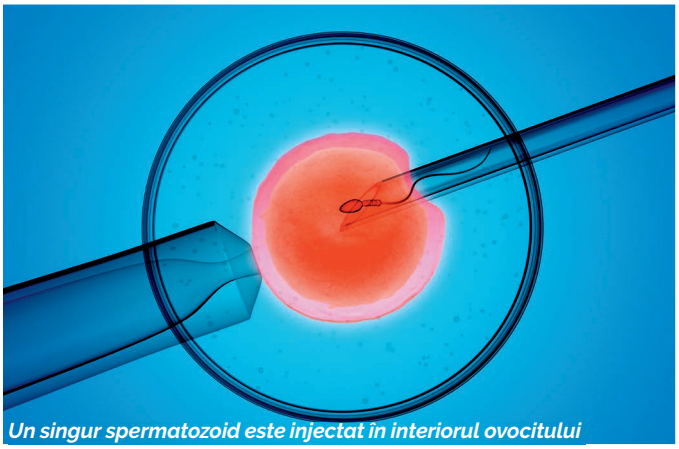
Procedura FIV constă în trei etape majore: inducerea stimularii ovariene, puncția ovariană (extragerea ovocitelor) și embriotransfer.

Profesorul Robert Edwards și doi dintre milioanele de copilași FIV

Rata de reușită medie a fertilizării in vitro cu material genetic propriu se situează în prezent undeva spre **35%**, șansele de reușită variind semnificativ în funcție de diagnosticul medical al cuplului și de vârsta femeii.

ICSI, procedură cu șanse mari pentru depășirea infertilității masculine

În ciuda opiniei comune, care consideră infertilitatea drept o condiție feminină, statisticile arată că jumătate dintre cazurile de infertilitate au la bază factorul masculin. Începând cu anul 1992, o nouă eră se deschide în reproducerea umană asistată medical: ICSI, injecția intro-citoplasmatică, tehnică dezvoltată de cercetătorii Gianpiero Palermo și André Van Steirteghem, mai întâi la Université Libre din Bruxelles, iar apoi la Cornell University din New York.


Un singur spermatozoid este injectat în interiorul ovocitului

Dacă parametrii spermatici sunt slabi sau dacă există altă indicație medicală (de exemplu, mai multe fertilizări nereușite în istoric sau vârstă avansată a femeii), ovocitele sunt fertilizate prin ICSI, procedură efectuată manual de către un embriolog. Prin ICSI, spermatozoidul selectat este injectat prin stratul protector ce înconjoară ovocitul cu ajutorul unui ac foarte fin din sticlă. Folosirea ICSI nu are efecte adverse asupra embrionului sau fătului, rata anomaliilor congenitale nefiind mai mare decât la fertilizările clasice ori la concepția spontană.

(Incursiunea în istoria fertilizării in vitro va continua în numărul următor)

Wellborn este o rețea medicală cu servicii complete, în cadrul căreia cuplurile pot investiga, depista și trata afecțiuni complexe de infertilitate, unde se poate interveni chirurgical în acest sens, în condiții de siguranță și de confort depline. Ambele centre de fertilitate sunt amplasate în cadrul unor spitale multidisciplinare și au capacitatea de a interveni și de a monitoriza orice caz. Accesul la cel mai nou și mai modern echipament medical, susținut de empatia și de experiența medicilor, ne permite să oferim pacienților tot ce este mai bun pentru diagnosticare, tratare și recuperare.

Dr. Deliana Predoi
Medic primar obstetrică-ginecologie
Supraspecializare reproducere umană asistată Spital Wellborn Băneasa

Infertilitatea este o afecțiune care beneficiază de posibilități multiple de tratament, de la inducții simple ale ovulației cu monitorizări hormonale și ecografice, până la tehnici de reproducere umană asistată. Unul din principalii factori care contribuie la succes este investigarea corectă a cuplului care suferă de această afecțiune - stabilirea unui diagnostic corect, astfel permițând întocmirea unui plan terapeutic adecvat cuplului respectiv. O propunere de conduită practică ne-o oferă clasificarea Poseidon, care este un ghid de lucru eficient. Pacientele cu răspuns ovarian afectat reprezintă de mult timp o provocare, iar criteriile de la Bologna, conform cărora încadrăm pacienta în categoria cu răspuns slab, reprezintă mai curând un diagnostic decât un ghid de acțiune. Deși numărul de ovocite recoltate după stimularea ovariană este un criteriu pentru ca pacienta să fie încadrată în categoria "poor responder", esența criteriilor Poseidon constă în modul de clasificare a acestora integrând alți doi parametri: impactul pe care îl are vârsta asupra ovocitelor (rata de aneuploidie) și sensibilitatea la gonadotropine. Conform ghidului de lucru Poseidon, există patru grupe de paciente cu prognostic scăzut:

1. Pacienta cu vârsta mai mică de 35 de ani, cu rezerva ovariană adecvată vârstei (AFC mai mare sau egal cu 5, AMH mai mare sau egal cu 1,2 ng/ml) cu răspuns slab sau suboptimal.
2. Pacienta cu vârsta mai mare sau egală cu 35 de ani, cu rezerva ovariană adecvată, cu răspuns slab sau suboptimal.
3. Pacienta cu vârsta mai mică de 35 de ani cu rezerva ovariană scăzută (AFC mai mic cu 5, AMH mai mare cu 1,2 ng/ml)
4. Pacienta cu vârsta mai mare sau egală cu 35 de ani, cu rezerva ovariană scăzută. Această stratificare oferă posibilitatea de a stabili, pe lângă un plan de tratament corect, și evaluarea prognosticului reușitei.

De exemplu, dacă luăm în considerare grupurile 3 și 4, constatăm că ambele sunt definite de o rezervă ovariană scăzută la care așteptăm un răspuns ovarian slab. Diferența constă în impactul pe care vârsta îl are asupra rezervei ovariene și atunci, oricare ar fi motivul pentru care avem un răspuns slab la o femeie cu rezerva ovariană scăzută, dacă vârsta nu este înaintată, pe lângă stimularea ovariană controlată într-o manieră științifică, avem un prognostic bun, deoarece avem o calitate bună ovocitară.
Această clasificare pe care o propune grupul Poseidon permite maximizarea șanselor femeilor cu răspuns ovarian slab sau suboptimal, respectând strategiile recomandate pentru fiecare grup de paciente din cele 4 tipuri.

Centru de Fertilitate Băneasa

Centru de Fertilitate Militari

REȚEAUA MEDICALĂ WELLBORN

Carmen Ianiotescu
Medic specialist obstetrică-ginecologie
Supraspecializare reproducere umană asistată Spitalul Wellborn Militari

Fertilizarea in vitro cu ovocite donate

Vârsta femeii este cel mai important factor de prognostic în ceea ce privește șansa de reușită în obținerea unei sarcini. Cu cât femeia este mai tânără, cu atât șansa de succes este mai mare, fie că vorbim de sarcini obținute pe cale naturală sau prin proceduri de reproducere umană asistată.
După vârsta de 33 ani, fertilitatea feminină începe să scadă, apoi scade din ce în ce mai mult după 35 ani, iar după vârsta de 40 ani aceasta scade dramatic. Recomandarea unui consult în cadrul unei clinici specializate pe infertilitate este necesară pentru femeile de până în 35 ani care pe parcursul a 12 luni de contacte sexuale neprotejate nu obțin sarcină, iar pentru cele de peste 35 ani, după doar 6 luni de încercări.
Rata de sarcină la femeile până în 33 ani este de 45-50%, la cele între 35-39 ani 30-35%, iar la cele între 40-45 ani de aproximativ 10%. Dintre femeile de peste 40 ani, doar un procent mic (aproximativ 5%) vor da naștere unui copil sănătos. După această vârstă, riscul de avort spontan și de anomalii cromoziomale ale fătului este foarte mare.

Recomandare: fertilizare in vitro cu ovocite donate. Societatea noastră s-a schimbat în ultimile decenii, iar femeia își dorește o carieră și de multe ori amână sarcina până când aceasta nu se mai poate obține pe cale naturală. În aceste condiții, pentru o șansă reală de a avea un copil, se recomandă procedura de fertilizare in vitro cu ovocite donate, mai ales dacă vârsta femeii este peste 43-45 ani. Există și situații medicale care impun această recomandare, și anume: ovarectomie bilaterală, în urma unor tratamente oncologice, menopauză precoce, boli genetice, calitate slabă a ovocitelor.

Vârsta maximă. În cadrul clinicii Wellborn Militari, vârsta maximă acceptată este de 48 ani. La o vârstă mai înaintată pot apărea multiple complicații în sarcină (preeclampsia sau diabetul gestațional), precum și agravarea unor patologii asociate preexistente sarcinii.

Pași. Cuplul trebuie să se adreseze unui medic cu specializare în infertilitate pentru a primi indicația de fertilizare in vitro cu ovocite donate. Pasul următor constă în efectuarea investigațiilor recomandate și în depunerea unui dosar la Agenția Națională de Transplant. Procedura se poate efectua cu ovocite de la donatoare cunoscută sau cu ovocite de la donatoare anonimă, acestea fiind achiziționate de la băncile de ovocite. Clinica noastră efectuează procedura cu ovocite vitrificate (crioprezervate) importate de la băncile de ovocite partenere.

Tratamentul este unul de substituție estrogenică și apoi progesteronică pentru pregătirea endometrului în vederea embriotransferului. Tratamentul este ușor de tolerat și cu minime reacții adverse. În funcție de particularitățile fiecărui caz, medicul decide și dacă sunt necesare alte tratamente adjuvante. Endometrul este considerat a fi pregătit în momentul în care acesta are o grosime minimă de 7 mm și aspect trilaminar.

Rata de succes. Nu există diferență între rata de succes cu ovocite vitrificate comparativ cu folosirea de ovocite proaspete donate, atunci când se ajunge la transfer de embrioni. Rata de sarcină a unei proceduri de fertilizare in vitro cu ovocite de la donatoare este de aproximativ 50%. Șansa de sarcină poate scădea dacă pacienta prezintă patologie ginecologică asociată (fibromatoză uterină, sinechii uterine, polipi endometriali, endometrioză) sau dacă parametrii spermatici sunt sever modificați.

Sfatul specialistului: *Vârsta femeii este cel mai important factor de prognostic în ceea ce privește șansa de sarcină în tehnicile de reproducere umană asistată. Dacă vârsta pacientei este peste 42-43 ani, recomandarea corectă este cea de fertilizare in vitro cu ovocite donate pentru a avea o șansă reală de a obține sarcina!*

Mamă prin fertilizare in vitro

„Bucuria de a avea un copil merită orice sacrificiu."

Interviu cu Gabriela Firea

Ați propus programul "O șansă pentru cuplurile infertile". Cât de mult a contat experiența personală în dorința de a sprijini cuplurile care au o problemă de infertilitate?

Îl aveam deja pe Tudor, primul meu copil, pe care l-am conceput natural atunci când aveam 23 de ani și alături de care am trăit și trăiesc experiența minunată a vieții de mamă. Să fiu sinceră, eu simt că sunt făcută să fiu mamă, fac parte dintr-o familie cu patru copii, în care ne-am crescut unii pe alții, și mi-am dorit dintotdeauna să fiu o mamă tânără, cu mulți copii. Știu, așadar, ce înseamnă un copil pentru o familie. Și știu, de asemenea, câtă neîmplinire și tristețe poate aduce lipsa unui copil în familiile care își doresc. Astfel, atunci când mi s-a spus să încerc fertilizarea in vitro pentru a-l avea pe David Petru, al doilea copil al meu, nu am ezitat deloc. Nu aveam de ce, mi-l doream foarte mult pe David. Faptul că și eu am un copil în urma unei proceduri „in vitro" îmi dă doar un plus de credibilitate în a promova un astfel de program, pentru că sunt - nu-i așa? - o dovadă vie că se poate.

Și, surpriză, după David Petru, a venit în familia noastră și Zian Mihail, cel de-al treilea baiețel, conceput natural.

Programul „O șansă pentru cuplurile infertile" este așadar un proiect de suflet. Primăria Capitalei oferă 13.800 lei/cuplu, sumă care, pentru mulți tineri la început de drum, poate fi inaccesibilă!

Știu că programul pe care l-am inițiat schimbă cu adevărat vieți și sunt foarte fericită să vă spun că, numai în urma primei etape a programului FIV - pentru că am anunțat deja că proiectul a fost prelungit pentru încă 2000 de cupluri, s-au născut 182 de bebeluși, alte 190 de sarcini fiind în evoluție!

O astfel de situație este o provocare pentru un cuplu. Nu facem referire acum la partea financiară, ci la cea emoțională. Cum ați reușit să depășiți împreună acele momente?

Bucuria de a avea un copil merită orice sacrificiu.

De aceea, în cazul procedurilor reușite, nu mai contează prin ce a trecut respectivul cuplu. Mai complicat este în cazul nereușitelor, pentru că, oricât de corectă și completă a fost informarea din partea medicului, speranțele care se pun într-o astfel de procedură sunt, de cele mai multe ori, disproporționat de mari.

De multe ori, cei care nu sunt în această situație tind să reducă problema la o lipsă a unei realizări, dar nu merg mai departe în a căuta soluțiile potrivite. Cum îi încurajați dvs. să încerce să aibă un diagnostic corect și să apeleze la soluția potrivită, prin prisma experienței dumneavostră?

Rezolvarea oricărei probleme începe cu conștientizarea ei. Infertilitatea nu este o simplă stare de fapt, cu care să ne resemnăm, este o afecțiune care poate fi tratată, cu rezultate semnificative. De aceea, orice cuplu care constată că, după un timp rezonabil, nu se întâmplă ceea ce aștepta, trebuie să meargă la un medic specialist, care să determine cu precizie dacă este vorba de infertilitate și cu ce particularități, pentru a putea fi identificat cel mai potrivit tratament.

Tema în discuție implică emoție, fără îndoială. Un cumul de trăiri dintre cele mai diferite, de la o extremă la cealaltă. Cum considerați că cei apropiați/colegii pot susține cuplurile în această situație?

Cred că primul pas este acela de a considera această situație drept una pe deplin naturală. Iar tratamentul, chiar dacă a fost denumit generic (și oarecum incorect) inseminare artificială, nu excede în niciun fel lucrarea Creatorului. Este vorba de aceeași procedură de reproducere umană, în care doar sunt crescute șansele întâlnirii celor două celule.

La final, merită. Atunci când avem succes, sigur. Se întâmplă, probabil, să vă amintiți de perioada de tratament, de așteptarea rezultatelor... Am dori să ne povestiți puțin despre bucuria și împlinirea de acum, de după FIV.

Eu și soțul meu ne numărăm printre cuplurile foarte norocoase pentru care procedura a reușit din prima încercare. Bucuria este imensă și recompensează pe deplin emoțiile din timpul tratamentului. Iar după mai bine de opt ani de la decizia de a apela la fertilizarea in vitro, vedem cum David crește și se dezvoltă asemeni oricărui copil de vârsta lui, singura diferență, invizibilă cu ochiul liber, fiind aceea că a primit, la momentul potrivit, o șansă în plus. Acesta este motivul pentru care am propus acest program, pentru a da cât mai multor copii această șansă în plus, care poate fi decisivă. Și care poate schimba în mod spectaculos viața unor oameni.

Se poate preveni infertilitatea?

O serie de factori ce țin de stilul de viață, mediul în care trăim, unele afecțiuni banale sau severe pot lăsa urme neașteptate. Cunoașterea factorilor care pot afecta fertilitatea și luarea unor măsuri adecvate pot ajuta cu adevărat la prevenirea infertilității.

Știați că următorii sunt factori de risc pentru infertilitate?

Vârsta peste 35 de ani este asociată cu scăderea accelerată a fertilității.

Fumatul grăbește instalarea menopauzei, crește riscul de avort, fragmentează ADN-ul spermatozoizilor.

Obezitatea şi sedentarismul se asociază cu menstruaţii neregulate și risc crescut de avort spontan.

Contactul sexual neprotejat și partenerii multipli cresc riscul apariției bolilor cu transmitere sexuală.

Drogurile recreaţionale şi unele medicamente pot afecta producerea sau calitatea celulelor reproductive.

Mediul și expunerea profesională la toxice: poluarea aerului și a apei, expunerea la pesticide, solvenți, chimicale industriale, radiații, expunerea la chimicale de uz curent: cosmetice, ambalaje de plastic, detergenți.

Antecedente medicale și alte situații de alarmă ce pot afecta fertilitatea:

- ciclul menstrual neregulat, endometrioza, inflamațiile pelvine, bolile cu transmitere sexuală;
- intervenții chirurgicale pelvine pentru chist ovarian, abces tubar sau fibrom;
- sarcina extrauterină;
- chiuretaje în antecedente;
- boli cronice, imunologice sau cancere - tratamentul cu citostatice sau iradiere;
- menopauza precoce în familie - la mamă sau soră.

Ce poți face pentru a crește fertilitatea naturală?

Dietă sănătoasă, activitate fizică, evitarea excesului ponderal, a sedentarismului, a fumatului și a consumului de droguri.

Care este rețeta pentru fecunditate optimă?

- cunoașterea perioadei fertile: preovulator, cele trei zile dinainte dinainte și ziua ovulației;
- raport sexual la interval de 1-2 zile în perioada fertilă;
- evitarea sfaturilor neprofesioniste.

Poziția sexuală, repausul postcoital sau orgasmul nu au legătură cu fertilitatea.

Cum previi infertilitatea dacă ai factori de risc?

Adresează-te specialistului în medicină reproductivă pentru o evaluare și sfaturi competente. Congelează-ți celulele reproductive (ovule sau spermă), dacă amâni sarcina sau dacă urmează să faci tratamente riscante cum ar fi citostatice, iradiere ori anumite intervenții chirurgicale.

Donarea de celule reproductive în România

Aspecte legislative

Legislația din România acceptă actul de donare de gameți în condiții stabilite printr-o reglementare a Codului Civil, pe care o putem regăsi sub denumirea de „Reproducere umană asistată cu terț donator" art. 441 - 447, precum și în Titlul VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Legea nr. 46/2003, Legea 17/2001, OMS939/2018, OMS1170/2014, OMS1763/2007. Potrivit Codului Civil, „reproducerea umană asistată medical cu terț donator nu determină nicio legătură de filiație între copil și donator. În acest caz, nicio acțiune în răspundere nu poate fi pornită împotriva donatorului. Părinții, în sensul dat de prezenta secțiune, nu pot fi decât un bărbat și o femeie sau o femeie singură". Condiția esențială pentru efectuarea oricărei proceduri de reproducere medical asistată cu terț donator este existența consimțământului fiecăruia dintre părinți, formând un cuplu căsătorit sau necăsătorit sau, după caz, a femeii singure care dorește să devină mamă. Consimțământul este prealabil concepțiunii și se exprimă în formă solemnă, prin înscris autentic notarial în condiții care să asigure deplina confidențialitate, cu obligația stabilită în sarcina notarului public de a informa părinții sau, după caz, părintele, mai înainte de exprimarea consimțământului, cu privire la consecințele actului lor privind filiația copilului. Donatorul poate reveni asupra consimțământului dat până la momentul prelevării. Pentru a putea fi donator în viață, persoana trebuie să fie majoră, cu capacitate de exercițiu deplină, iar prelevarea să fie făcută în scop terapeutic.

Documentația necesară constă în:

- copie după actele de identitate ale cuplului și donatorului/donatoarei;
- evaluarea cuplului printr-un document medical din care reiese diagnosticul pentru care se recomandă procedura cu donare de celule reproductive;
- evaluarea donatorului/donatoarei printr-un document medical din care reiese modalitatea și cine a realizat identificarea donatorului ca fiind apt pentru prelevare;
- investigații pentru primitoare/partener;
- investigații pentru donator/donatoare;
- consiliere și evaluare psihologică a cuplului infertil primitor, dar și a donatorului/donatoarei pentru aviz de la comisia de etică medicală;
- consiliere juridică și consimțămintele informate completate și semnate.

Înainte de începerea procedurilor, personalul clinicii autorizate are obligația să se asigure că dosarul medical a primit avizul comisiei de etică medicală pentru donarea de la donator viu și la dosar sunt atașate toate consimțămintele și formularele necesare conform legislației în vigoare. Nicio procedură de reproducere umană asistată medical nu va demara până la obținerea avizului pentru începerea tratamentului.

Notă: *Aceste condiții legale, care impun non-anonimitatea donatorului/donatoarei, se aplică pentru proceduri cu terț donator în care gameții (ovocite sau spermatozoizi) sunt prelevați în România. Multe clinici FIV efectuează proceduri cu ovocite/spermatozoizi importați, care provin din băncile internaționale de celule reproductive. În aceste cazuri, donatorul/donatoarea poate fi anonim/anonimă.*

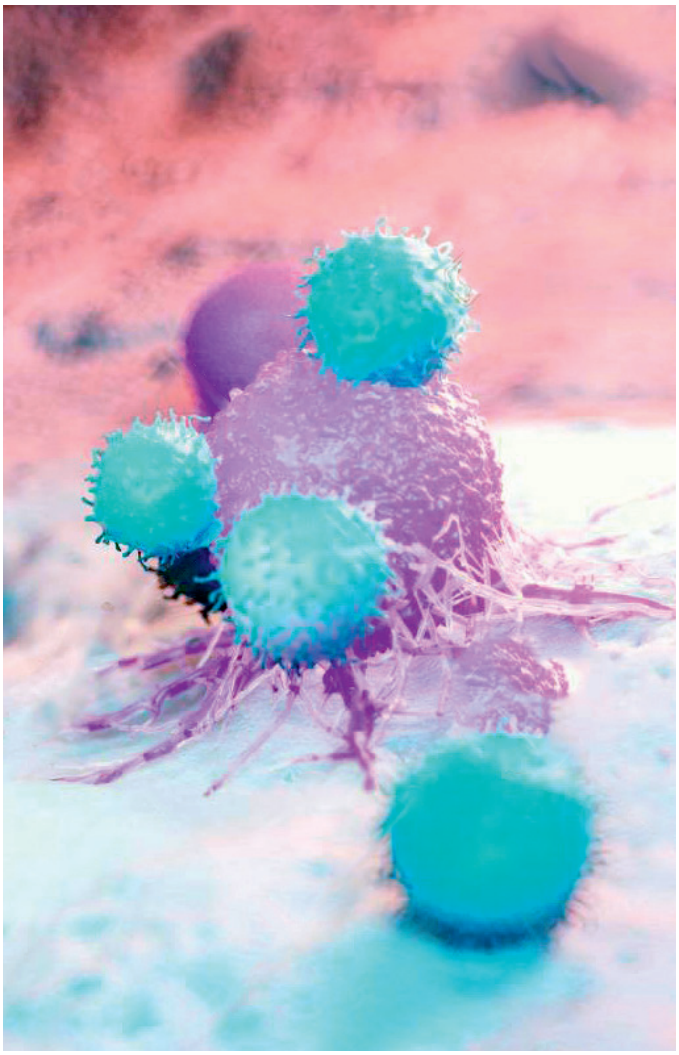
În sarcină, celulele natural killer (NK) „nu sunt războinice”

Studiu israelian recent

Cercetările din sfera imunologiei reproductive susțin teoria că evoluția sarcinii este asigurată de cooperarea dintre sistemul imunitar al mamei și unitatea feto-placentară. Un sistem imunitar matern necorespunzător, care duce la un răspuns imun aberant, poate fi o cauză de infertilitate, de eșec recurent în FIV sau de avort recurent. Deși nu există dovezi ferme în favoarea acestor teorii, în practica medicală au apărut în ultimii ani investigații imunologice, cu aplicație în infertilitate și reproducerea asistată. Una dintre acestea este imunofenotiparea – profilul celulelor Natural Killer (NK). Pe scurt, există teorii care avansează ideea că aceste celule NK care luptă împotriva „dușmanilor” din organismul uman, ar lupta și împotriva embrionului/fetusului, perceput ca non-self, din cauza aportului genetic (50%) pe linie paternă.

Celulele NK sunt limfocite care participă la elaborarea răspunsului imun și care se găsesc atât în sângele periferic, cât și în mucoasa uterină, unde ar juca un rol în implantare. Studiile au arătat că există diferențe destul de importante, la nivel de structură și de rol, între celulele NK din sânge şi cele din endometru. Testarea numărului sau activității celulelor NK din sânge duce la rezultate diferite în funcție de diverși factori, precum ziua ciclului menstrual în care se recoltează sângele, dacă femeia are sau nu nașteri, dacă are sau nu alte condiții medicale corelate. Nici în privința limitei superioare, de la ce nivel în sus este considerat un nivel crescut, cu un eventual impact negativ asupra fertilității, al NK, nu există consens medical.

Studiile științifice au evidențiat rezultate contradictorii, iar cele mai recente dintre acestea au constatat că nu există nicio legătură sau valoare predictivă legată de nivelul celulelor NK și prognosticul în reproducerea umană. Limfocitele NK din uter, denumite uNK, diferite față de cele din sânge, pot fi testate din endometru pe un ciclu natural, anterior concepției, în intervalul din ciclul menstrual corespunzător implantării embrionare (zilele 16-20 ale ciclului menstrual). Studiile nu au găsit însă asocieri între nivelul mai mare al uNK (fără să poată fi definită clar limita normalului) și eșecul procedurii de fertilizare in vitro sau pierderea sarcinii incipiente.



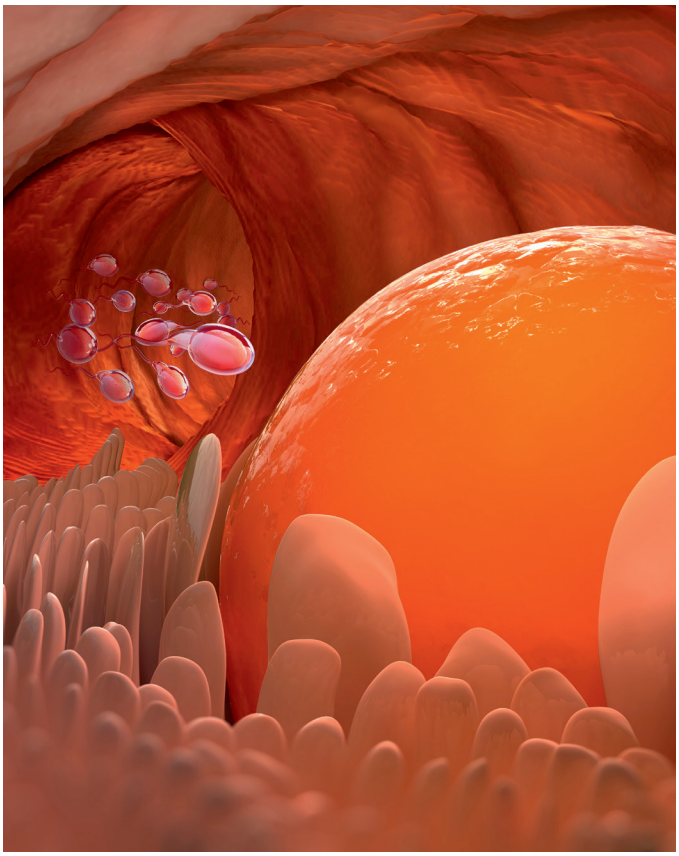
Mai mult decât atât, un studiu israelian foarte recent (2018), publicat în revista Immunity, răstoarnă tot ceea ce se credea până în prezent despre NK și implantare ori sarcină. Studiul, care a durat mai mult de șase ani și care se bazează pe sute de eșantioane de mucoasă uterină, a fost coordonat de către doctorii Simcha Yagel, Moriya Gamliel și Debra Goldman-Wohl, din cadrul Centrului Medical Hadassah, împreună cu profesorul Ofer Mandelboim din cadrul Universității Ebraice din Ierusalim.

Cercetările acestora cu privire la „memoria antrenată" a celulelor NK au indicat faptul că celulele care au rolul de a ajuta fetusul să se instaleze în uter și de a feri femeia de boli, precum preeclampsia sau retardul de creștere intrauterină sunt mai active cu ocazia unei a doua sarcini, deoarece „își amintesc" de prima sarcină, fiind, astfel, mai bine pregătite pentru sarcinile ulterioare.

În cadrul studiului, aceștia au analizat celulele NK, iar concluzia este că, în sarcină, aceste celule „nu sunt războinice". Dimpotrivă, ele și-au transformat „săbiile" în „lopeți" și au devenit astfel „scut", rolul lor fiind acela de a contribui la dezvoltarea fătului.

În cazul unei sarcini, aceste celule au două misiuni, explică dr. Yagel. „Rolul lor principal este acela de a contribui la implantarea reușită a fetusului, iar rolul secundar este acela de a opri virusurile și alte boli. În jur de 70% din celulele mucoasei uterine sunt celule NK".

Cercetătorii au studiat diferențele dintre celulele NK la prima sarcină și celulele NK în cazul celei de-a doua sarcini și au făcut o descoperire uimitoare. Au găsit o „populație unică" de celule NK în cazul sarcinilor secundare și repetate – care sunt caracterizate de un număr mai mare de receptori. Au denumit aceste



celule „celulele NK antrenate pentru sarcină". „De-a lungul mai multor ani, cercetătorii au considerat că celulele NK nu au memorie", a declarat Yagel. Pe parcursul studiului, cercetătorii au constatat că, de fiecare dată când există o a doua sarcină celulele NK „își amintesc" de prima experiență a sarcinii și își îmbunătățesc funcția. Cu ocazia celei de-a doua sau a treia sarcini, celulele NK „își amintesc" de prima sarcină și sunt „mai bine pregătite", a spus el. Acestea acționează mai rapid și mai eficient. Ele așteaptă elementul declanșator „pentru a face tot ceea ce este necesar pentru o sarcină reușită".

Secretul este de a trece cu bine de prima sarcină, iar celelalte vor fi mai ușoare. Această idee ar putea ajuta cercetătorii să găsească, poate, un mijloc de a sări peste dificultățile primei sarcini și de a contribui la formarea celulelor NK „antrenate pentru sarcină" încă de la început, ceea ce ar contribui la dezvoltarea de noi medicamente pentru a trata condițiile medicale specifice implantării dificile.

„O șansă pentru cuplurile infertile”

Program derulat de Primăria Municipiului București

Primăria Capitalei

ASSMB
Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

Fiecare nouă speranță pentru un cuplu care intră în program, fiecare nouă sarcină, fiecare zâmbet, toate au o valoare emoțională ce nu poate fi măsurată.

182 de copii și 190 de sarcini în evoluție. Sunt cifrele care descriu succesul pe care l-a avut programul O șansă pentru cuplurile infertile – FIV1, demarat în anul 2018 de Primăria Municipiului București, la inițiativa Primarului General, Gabriela Firea. La data redactării acestui articol, alte aproape 70 de cupluri erau în procedură medicală.

În iulie 2019, au debutat înscrierile pentru FIV2, etapa a doua a proiectului de fertilizare in vitro. Potrivit Hotărârii de Consiliu General, încă 2000 de cupluri vor beneficia de fondurile alocate, până în ianuarie 2020. „Fiecare nouă speranță pentru un cuplu care intră în program, fiecare nouă sarcină, fiecare zâmbet, toate au o valoare emoțională ce nu poate fi măsurată. Beneficiarii primesc, ca în cazul FIV 1, vouchere în două tranșe: în valoare de 4600 de lei pentru medicamente și în valoare de 9200 de lei pentru procedurile medicale”, susținea Gabriela Firea, Primarul General al Capitalei, în prezentarea programului FIV2.

ASSMB: Grație bugetului multianual, sesiunea de înscriere pentru cele o mie de proceduri bugetate pentru anul 2020 va fi deschisă în ianuarie anul viitor.

Proiectul se derulează în farmaciile și în unitățile sanitare specializate în fertilizare in vitro care, conform regulamentului, îndeplinesc criteriile de eligibilitate. Lista acestora și regulamentul sunt afișate pe site-ul www.assmb.ro, la secțiunea proiect FIV2 - „O Șansă Pentru Cuplurile Infertile”.

Proiectul „O șansă pentru cuplurile infertile” – FIV2 înregistrează, în prezent, 1.000 de cupluri infertile înscrise pentru acordarea unui sprijin financiar în 2019, ceea ce face ca înscrierea să fie încheiată în acest moment, pentru anul în curs. Toate dosarele depuse sunt analizate, iar în septembrie a.c., rezultate arată astfel: aplicanți înscriși în platforma online - 1000; dosare depuse - 524; vouchere comandate - 490, din care vouchere predate beneficiarilor - 330. Potrivit Administrației Spitalelor și Serviciilor Medicale București, oportunitatea de înscriere în programul din acest an apare în momentul în care un dosar este respins, situație care este anunțată atât pe www.asssmb.ro, cât și pe pagina oficială de Facebook a instituției.

Oncofertilitate. Apel către Ministerul Sănătății și către conducerile tuturor spitalelor oncologice din România

Asociația SOS Infertilitatea propune ca în toate secțiile de oncologie din România fiecare pacient oncologic de vârstă reproductivă (inclusiv părinții sau tutorii pentru copii și adolescenți) să primească, în cadrul consultațiilor inițiale, consiliere pe tema prezervării fertilității și, astfel, aceștia să ia o decizie informată.

Asociația SOS Infertilitatea a achiziționat deja domeniul www.prezervareafertilitatii.ro și este în curs de a construi un website dedicat prezervării de gameți – în care o bună parte dintre informații vor fi centrate pe tinerii pacienți oncologici.

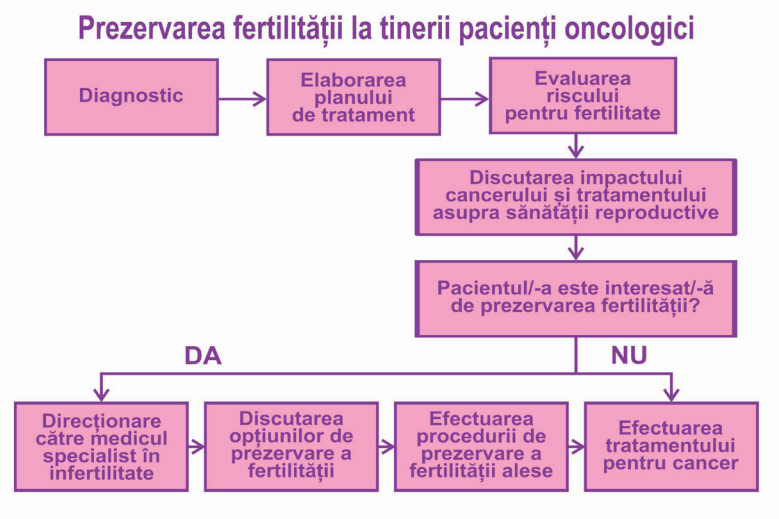
Oncofertilitatea este o ramură care acoperă cercetările în domeniul oncologiei și în domeniul fertilității umane pentru a putea extinde șansele de reproducere ale supraviețuitorilor cancerului. Denumirea a fost inventată în 2006 de Teresa K. Woodruff, în cadrul instituției Oncofertility Consortium.

Tratarea cancerului prin chimioterapie, radioterapie sau prin intervenții chirurgicale poate distruge abilitatea pacientului de a avea copii mai târziu, iar cercetările în oncofertilitate au ca scop creșterea și menținerea opțiunilor de reproducere ale supraviețuitorilor.

Având în vedere că cel puțin 10% dintre pacienți sunt mai tineri de 40 de ani, această problemă afectează foarte multe persoane, în fiecare an. Întrucât rata de supraviețuire în urma diagnosticului și a tratamentelor este în creștere, prezervarea fertilității femeilor, bărbaților și chiar a copiilor devine extrem de importantă, atât pentru pacienți, cât și pentru familiile acestora.

Opțiunea de a păstra fertilitatea pacienților înainte de începerea tratamentului oferă speranță, în momentul diagnosticării, pentru viitoarele familii.

Pacienții foarte tineri se confruntă cu vestea devastatoare că nu-și vor mai putea urma visurile, că planurile de facultate, carierele sau chiar jocurile copilăriei vor fi schimbate pentru totdeauna prin lupta împotriva cancerului. Într-o primă fază, aceștia nu sunt conștienți că odată cu începerea tratamentului le va fi pusă în pericol și capacitatea de reproducere. În plus, posibila pierdere a suportului endocrin poate declanșa pe termen lung diferite probleme de sănătate, diverse boli și afecțiuni non-maligne, iar tratamentul acestora poate, de asemenea, să afecteze negativ funcția reproductivă.



În mod ideal, impactul bolii și al tratamentului asupra viitoarei fertilități și asupra sănătății endocrine ar trebui să constituie parte a planului inițial de îngrijire pentru pacienții tineri, însă decizia de a proteja fertilitatea de efectele devastatoare ale tratamentelor este complicată de vârsta pacientului, starea civilă, de faptul că poate întârzia tratamentul și, uneori, de

incertitudinea supraviețuirii.
Tema privind sănătatea reproductivă a pacienților tineri diagnosticați cu cancer și tratamentul care amenință fertilitatea este complexă, acoperind arii precum biologia, planificarea medicală, accesul la sănătate și drepturile reproductive, până la cadrul etic, social, moral, cultural, religios, precum și perspective personale.
În București, ASSMB desfășoară în perioada noiembrie 2018 - octombrie 2020 proiectul „Newborn – Oncofertilitate", care prevede acordarea de sprijin financiar pentru persoanele diagnosticate cu cancer, în vederea prezervării potențialului fertil prin prelevarea și crioconservarea materialului genetic, pentru o perioadă de cinci ani. De asemenea, mai multe clinici private de reproducere umană asistată oferă reduceri substanțiale sau gratuitate pentru crioprezervarea gameților persoanelor cu afecțiuni oncologice.

Stimularea ovariană la pacientele cu cancer mamar nu întârzie începerea chimioterapiei

Un studiu recent (2017) realizat în SUA arată că efectuarea unei stimulări ovariene în vederea prezervării fertilității la femeile cu cancer mamar nu întârzie începerea chimioterapiei.
Joseph Letourneau și colaboratorii din San Francisco, SUA, într-un studiu retrospectiv, au constatat că începerea aleatorie a stimulării ovariene în ciclu este puțin probabil să întârzie inițierea chimioterapiei neoadjuvante la pacientele cu cancer mamar. Chimioterapia neoadjuvantă este un tratament acceptat pe scară largă pentru cancerul mamar operabil, iar stimularea ovariană cu începere aleatorie este o modalitate din ce în ce mai utilizată de prezervare a fertilității la aceste paciente.

Întrebarea studiului

Este stimularea ovariană cu începere aleatorie asociată cu întârzierile în inițierea chimioterapiei neadjuvante pentru cancerul mamar?

Răspuns sintetic

Printre femeile care au finalizat consultul de prezervare a fertilității (FP), stimularea ovariană cu începere aleatorie este puțin probabil să întârzie timpul până la inițierea începerii chimioterapiei neoadjuvante.
În acest studiu, menținerea fertilității cu stimulare ovariană cu începere aleatorie nu a fost asociată cu un tratament întârziat al cancerului într-un mediu neoadjuvant atât timp cât a existat o trimitere promptă pentru prezervarea fertilității. Pacientele supuse chimioterapiei neoadjuvante trebuie informate cu privire la aceste constatări pentru a evita anxietatea inutilă din cauza preocupărilor legate de întârzieri.

În 2016, pentru prima dată în lume, o tânără de 24 de ani a dat naștere unui copil sănătos, conceput cu ajutorul **țesutului ovarian crioprezervat cu 13 ani mai devreme**, pe când avea 9 ani și a suferit o chimioterapie.

Ovar prelevat unei fetițe de doi ani cu cancer
Esme Todd, o fetiță de doi ani din Australia care, după ce a fost dusă de părinții săi la medic în iunie 2019 pentru constipație, a fost diagnosticată cu nefroblastom, cancer la rinichi, a devenit cea mai tânără pacientă căreia i-a fost prelevat ovarul, în scopuri de prezervare a fertilității. Organul a fost crioprezevat, iar ovocitele imature existente vor putea fi utilizate peste decenii, atunci când Esme își va dori să devină mamă.

Pastila de embriologie

Formarea și dezvoltarea embrionului în corpul uman versus în laboratorul FIV

Dr. Anca Coricovac, Medic primar obstetrică-ginecologie, specialist în fertilitate și embriologie
Clinica Medicală Gynera

Este uimitor cum reușim să concepem, uneori cu atât de multe posibile nepotriviri! Când sarcina se lasă greu așteptată, rolul laboratorului de fertilizare in vitro este să recreeze mediul favorabil din trompa uterină, pentru ca embrionii să se poată dezvolta la fel ca în corpul uman.

Obținerea sarcinii este mult mai mult decât un proces biologic. Odată ce știm ce se întâmplă pentru ca un ovocit să fie fertilizat, vom înțelege de ce **concepția este adesea denumită „un miracol"**.
Conform studiilor, șansa unui cuplu sănătos, de vârstă optimă și fertil de a concepe este destul de mică - de aproximativ, una din cinci încercări în fiecare lună și, în medie, 20% din toate cuplurile care încearcă să rămână însărcinate nu vor concepe în primul an de încercare.

De ce este atât de greu să obținem sarcina?

Aparent, există tot felul de obstacole de depășit în încercarea de a procrea, de la mucusul cervical ostil, calitatea ovocitului, și până la spermatozoizi, unii mai buni, alții mai lenți sau malformați, și toate acestea se întâmplă în doar câteva zile pe lună, în apropierea ovulației. Mai mult chiar, ovocitul este disponibil pentru fertilizare între 12 și 24 de ore, și doar un spermatozoid va fi capabil să îl fecundeze.
Este uimitor cum reușim să concepem vreodată cu atât de multe posibile nepotriviri!

Cum se dezvoltă embrionii și unde?

Ovocitul este fertilizat în trompa uterină și devine un embrion. El se numeste întâi zigot, mai apoi embrion de două până la patru celule. Ulterior, după trei zile de dezvoltare, devine un embrion de șase, opt sau zece celule. În ziua 4 de evoluție, acesta se numește morulă, și se pregătește de compactare și implantare. Până la acest moment, evoluția embrionului se întamplă în trompa uterină, iar din ziua 5-6 de la fertilizare, când embrionul se numește blastocist, începe etapa de atașare de mucoasa uterină.
Se estimează că până la jumătate din ovocitele fertilizate nu supraviețuiesc sau multe evoluează spre dezvoltarea de embrioni de calitate slabă sau anormali genetic ce se pot „ascunde" sub forma unui avort menstrual ori sarcini care, în 20% dintre cazuri, rezultă în avorturi spontane în primul trimestru.

Ce se întâmplă în laboratorul de fertilizare in vitro? Unde cresc embrionii?

Rolul laboratorului este să recreeze mediul favorabil din trompa uterină, astfel încât embrionii să se poată dezvolta la fel ca în corpul uman și să fie pregătiți pentru a putea fi transferați în uter.
În incubatoare, embrionii trec prin aceleaşi etape de 2-4-8 celule, iar mai apoi, o parte din aceștia ajung în ziua 5-6 de la fertilizare la stadiul de 60–100 de celule și se numesc blastociști.
Evoluția embrionilor până la acest stadiu presupune o eliminare naturală a celor de slabă calitate care, de cele mai multe ori, se vor opri din evolutie și, în plus, reprezintă o selecție naturală a embrionilor cu cel mai ridicat potențial de implantare și șansă de sarcină.
Dezvoltarea embrionilor, ritmul de creștere și calitatea acestora depind de o multitudine de factori, dar în special de caracteristici importante ale genomului embrionar. Informația genetică transmisă prin intermediul celor două celule sexuale, ovocitul și spermatozoidul, va controla crearea de proteine și de mitocondrii responsabile de producerea energiei la nivel celular, care vor permite embrionului să crească.

Ce embrion să aleg? Ce notă au primit embrionii mei? Primesc note ca la școală? De ce am așa de puțini embrioni? Să transfer unu sau doi?

Toate sunt întrebări firești atunci când sarcina, de multe ori un mister frumos, dar și un miracol, se lasă greu așteptată.

Este așa de greu să vorbești despre FIV

Mulțumim, Michelle Obama, că ai ales să vorbești deschis despre asta!

La începutul lui noiembrie 2018 (din pură coincidență, exact în timpul European Fertility Week), informația apare brusc, ca de nicăieri, pe ecranele televiziunilor de știri și în titlurile platformelor de informare online: fiicele lui Barack și Michelle Obama au fost concepute prin fertilizare in vitro. Prezentăm selecțiuni din excelentul articol publicat, câteva zile mai târziu, de către jurnalista Jean-Hannah Edelstein în The Guardian. *Și spunem, la rându-ne: thank you for sharing, Michelle Obama!*

Dezvăluirea făcută de fosta primă doamnă a Statelor Unite, conform căreia ea și Barack Obama au recurs la FIV pentru a concepe cele două fiice, este un act de generozitate.

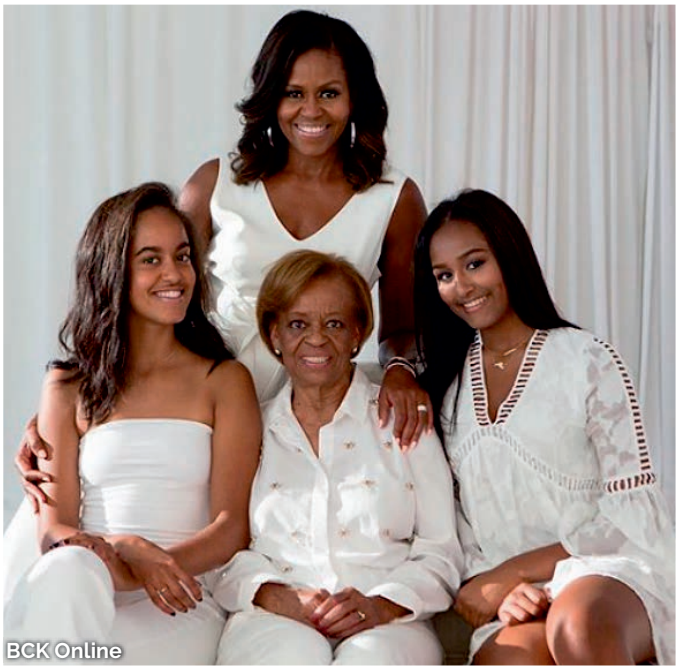
După ani întregi petrecuți la Casa Albă, Michelle Obama nu ne datorează nimic. Dar, pentru milioane de persoane, dezvăluirea sa recentă conform căreia ea și Barack Obama au recurs la procedura FIV pentru a concepe cele două fiice este un remarcabil act de generozitate. Deși procedura FIV este din ce în ce mai utilizată, a vorbi despre acesta este în continuare un tabu. Iar pentru aceia dintre noi care suntem în plină procedură FIV, a ști că persoanele publice nu se rușinează să spună că au procedat la fel poate face diferența și ne poate ajuta să beneficiem de susținere și de spațiul de care avem nevoie pentru a putea continua lupta.

Procedura FIV există deja de peste 40 de ani, dar încă reprezintă un subiect despre care oamenii nu vorbesc cu ușurință. Motivele sunt complexe. Dacă ai conceput copii fără a avea nevoie de asistență medicală este, de la sine înțeles, destul de nepoliticos să dezvălui detaliile procesului. Deși a vorbi despre FIV nu presupune detalii specifice celor care nu au avut probleme în a concepe și care au reușit asta într-o noapte din luna de miere, eventual după ce au băut o cupă de șampanie, oamenii nu sunt încă pregătiți să vorbească deschis despre asta – ceea ce am observat la rândul meu anul trecut, atunci când eu și soțul meu am început tratamentul.

Cât despre mine, să vorbesc deschis despre procedura prin care treceam m-a ajutat deoarece experiența aceasta implică un anumit grad de izolare, de durere, și a schimbat ritmul vieții mele de dinainte. Tăcerea a reprezentat o opțiune mult mai dificilă pentru mine decât sinceritatea. Multe persoane și-au manifestat susținerea atunci când le-am împărtășit prin ce treceam; altele au dezvăluit că și ele, la rândul lor, au trecut prin asta. Totuși, unele persoane nu au primit deloc bine explicațiile mele cu privire la motivele pentru care am renunțat la viața socială sau am ajuns mai târziu la serviciu. Pentru mulți oameni, asta înseamnă să treci dincolo de limite și să conștientizezi mecanismele specifice corpului feminin – cu toții se bucură când aducem pe lume un copil, dar de multe ori suntem descurajate să discutăm aspectele concrete ale modului în care am reușit, de la tema pierderilor de sarcină și a grețurilor matinale la nașterile traumatizante.

Pentru cuplurile care doresc să devină părinți, capacitatea de a aduce pe lume copii poate fi strâns legată de percepția asupra identității și a sinelui; infertilitatea poate provoca o suferință profundă.

A vorbi despre infertilitate poate însemna a cere celorlalți să empatizeze cu o atare suferință și, pentru mulți dintre noi, înseamnă a spune mai mult decât este cazul. Pentru alții poate părea un act de narcisism și poate reprezenta un motiv de analiză nemiloasă: atunci când am scris un articol referitor la experiența mea legată de FIV, persoane necunoscute mi-au transmis că sunt egoistă, că fac ceva greșit și nenatural sau că "pur și simplu ar trebui să adopt". Astfel de replici m-au întristat, dar nu m-au surprins.



BCK Online

Tendința de a vedea procedura FIV ca un subiect tabu contribuie de asemenea la menținerea ignoranței generale referitoare la ce anume presupune aceasta de fapt. Tinerii primesc multe informații referitoare la modul în care poate fi evitată o sarcină, dar nu știu aproape nimic despre ce trebuie făcut în cazul în care își doresc un copil, dar corpul nu prea pare să coopereze în acest sens.

În mass-media, tendința este de a oscila între a ascunde detalii concrete de ordin medical și a crea un soi de panică morală conform căreia femeile tinere ar recurge la congelarea de ovocite și ar prefera să avanseze în carieră decât să-și găsească soți potriviți. Niciuna din aceste perspective nu-i ajută prea mult pe cei care se gândesc să recurgă la procedura FIV. Și, să fim sinceri, nu-i ajută deloc nici celebritățile care se laudă că au născut după ce au trecut de ceva vreme de 40 de ani, fără să recunoască că au beneficiat de ajutor medical.

Desigur, nimeni nu ar trebui să fie obligat să dezvăluie informații medicale de ordin personal, dar este foarte ușor să rămâi cu impresia că o carieră la Hollywood poate extinde viața reproductivă a unei persoane așa, ca prin minune, când de fapt este vorba despre bani și știință.

Și tocmai din acest motiv dezvăluirea lui Michelle Obama este un act de generozitate: aceasta nu a fost nevoită să-și spună povestea. A beneficiat de acest tratament înainte să devină o persoană publică, iar fiicele sale sunt mari acum. Probabil nici nu se mai gândește foarte mult la asta: un aspect interesant referitor la procedura FIV este faptul că aceasta este o preocupare profundă atunci când treci prin această experiență, apoi se estompează odată obținut rezultatul dorit.

Mă apropii la rândul meu de momentul nașterii, nu mă mai gândesc așa mult la cum a început totul.

Wikipedia

Dar, ca Michelle Obama, încerc totuși să nu uit cum am ajuns până aici și ce anume pot să împărtășesc din experiența mea pentru a-i ajuta pe cei care trec prin asta chiar acum, cu speranța unui viitor în care infertilitatea să nu mai fie ceva de care să ne fie rușine.

Today Show

Cum să te destăinui celor apropiați astfel încât să ai parte de o experiență FIV serenă?

Pe lângă stresul pe care îl presupun procedurile și vizitele la medic, frustrarea și nerăbdarea cauzate de așteptarea sarcinii mult dorite care întârzie să vină, pacienții trebuie adesea să suporte și presiunea care vine din partea unora dintre apropiați, care nu înțeleg prea bine ce înseamnă o procedură FIV și în ce măsură absența unui copil este dureroasă...
Asociativ, SOS Infertilitatea militează pentru scoaterea infertilității din zona de tabu, însă, totodată, înțelegem și respectăm nevoia de intimitate a membrilor comunității noastre. Vă propunem un articol despre cum vă puteți proteja de întrebările care rănesc, reușind totuși să vă deschideți în fața celor apropiați.

Ar trebui sau nu să mă destăinui? Cui? Când?

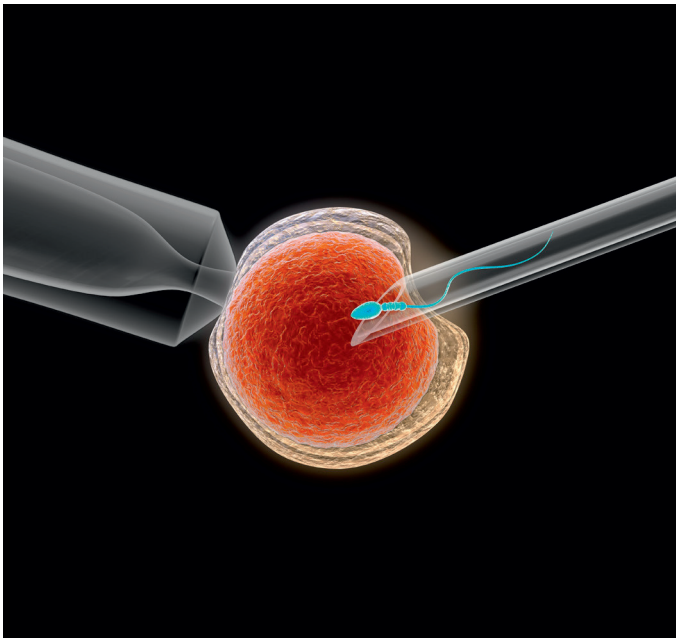
Cuplul care trece prin experiența reproducerii asistate medical pentru a obține o sarcină este adesea împărțit între dorința și nevoia de a vorbi despre asta, pe de o parte, și jena și pudoarea pe care o poate resimți atunci când fac anunțul, ceea ce ar putea stârni reacții diverse în rândul apropiaților, pe de altă parte.
Păstrarea secretului, care va fi știut doar de membrii cuplului, poate fi însă o alegere dificilă. Partenerii sunt atacați adesea cu întrebări stânjenitoare de tipul „când faceți și voi un copil?", sunt nevoiți să mintă la locul de muncă pentru a ține secrete vizitele la medic și, mai ales, se pot confrunta cu un sentiment apăsător de izolare și de singurătate.

Stabiliți care sunt persoanele cu care doriți să discutați deschis

Problema infertilității ține, în mod clar, de viața intimă. Nu ne destăinuim oricui, ceea ce este normal.
Totuși, persoanele apropiate ne pot fi de ajutor atunci când tratamentele hormonale sau eșecurile ne fac să trecem prin perioade dificile. Alegeți cu grijă, așadar, persoanele pe care le țineți la curent: sunt ele oare capabile să înțeleagă că, din cauza tratamentelor hormonale, puteți fi foarte sensibilă și că hormonii vă pot influența emoțional? Vă este teamă poate că persoanele apropiate vă pot judeca sau vă pot face să resimțiți un sentiment de jenă? Fie că este vorba despre familie sau despre prieteni, a vă destăinui sau nu este o alegere personală și depinde, înainte de orice, de relația pe care o aveți cu persoana în cauză.

A vorbi sau nu despre procedura FIV la locul de muncă

Mediul profesional este aparte, deoarece rareori suntem în relații extrem de apropiate cu colegii sau cu angajatorul. Or, este dificil să mergem la medic fără a absenta de la serviciu și să avem o stare de spirit bună și o eficiență optimă... Din aprilie 2019, în România există concediul de odihnă suplimentar de care pot beneficia femeile care urmează proceduri de fertilizare in vitro. Practic, concediul anual de odihnă al unei salariate care urmează o procedură FIV se prelungește cu trei zile. Concret, concediul de odihnă suplimentar se acordă astfel: salariata primește concediu în ziua efectuării puncției ovariene și alte două zile libere începând din ziua efectuării embriotransferului.
Potrivit textului actului normativ, cererea de acordare a concediului de odihnă suplimentar trebuie să fie însoțită de o scrisoare medicală eliberată de medicul specialist ce efectuează procedura. Exercitarea acestui drept legal semnifică implicit o informare a angajatorului asupra faptului că urmați o procedură FIV, dar nu uitați că serviciul de resurse umane al angajatorului are obligația de a păstra confidențialitatea privind aspecte ce țin de sănătatea și de viața privată a angajaților.



A explica apropiaților prin ce treceți
Ați decis să vorbiți despre experiența FIV celor apropiați? Pentru a evita neînțelegerile și decepțiile, prezentați în detaliu subiectul persoanelor pe care le considerați potrivite, explicându-le în mod clar care sunt așteptările dumneavoastră în ceea ce le privește. Poate ați ales să vă destăinuiți pentru a beneficia de sprijin moral? Poate doriți, dimpotrivă, ca apropiații să vă ajute să vă relaxați și să vă gândiți la cu totul altceva, fără a mai aduce în discuție subiectul sensibil, ceea ce vă va permite să vă simțiți mai bine? Sau poate ați dori ca cei apropiați să se comporte ca și cum nu s-ar întâmpla nimic extraordinar și să dea dovadă de discreția mult dorită, încetând cu întrebări adesea jenante de tipul: „Ei, tot nimic?" sau „Poate nu știți voi cum se face?". După ce i-ați pus la curent, este posibil ca apropiații să nu știe prea bine cum să se comporte: nu ezitați să le dați indicii în acest sens; astfel, relațiile voastre vor fi mai relaxate!

Totuși, alegerea de a vorbi înseamnă, de asemenea, a avea în vedere următoarele aspecte:
• persoanele care nu au trecut printr-o astfel de experiență vor înțelege cu greu toate detaliile unui parcurs de reproducere umană asistată medical;
• toată lumea are o anumită părere atunci când vine vorba despre fertilitate și mulți vor veni fără îndoială cu propriile sfaturi;
• va trebui cumva să țineți la curent persoanele pe care le-ați informat deja cu privire la inițierea tratamentului - chiar și atunci când este vorba despre vești nu tocmai bune...

Acestea fiind spuse, cel mai important este să știți că nu există un răspuns universal valabil la aceste întrebări. Când și cui să vă destăinuiți este o alegere personală, care va depinde de caracterul și de experiența fiecăruia. Este posibil ca unii să simtă nevoia de a se destăinui, iar alții nu! Dacă alegeți să vorbiți despre asta, faceți-o, dar în acord cu partenerul de viață, și nu ezitați să vă exprimați în mod clar așteptările pe care le aveți de la cei apropiați: cereți-le să vă respecte intimitatea, să evite sfaturile sau judecățile pripite, să vă asculte.

Asociativ, suntem recunoscători tuturor voluntarilor noștri care au oferit în timp testimoniale despre propriile lor lupte și experiențe. Vorbind deschis, au adus awareness subiectului „infertilitate" și au contribuit la schimbările din domeniu ce au avut loc în ultimul deceniu în societatea românească. Infertilitatea trebuie să înceteze să mai fie un tabu. Infertilitatea nu este o rușine, ci o condiție medicală. Și, mai presus de toate: infertilitatea poate fi învinsă!

Asociația SOS Infertilitatea

Vă așteptăm alături de noi!
Implicare și acțiune colectivă,
empatie și sprijin concret!
Mult mai mult decât niște conturi pe rețelele sociale: o comunitate!

Grup FB infertilitate, FIV, acțiuni asociative
www.facebook.com/groups/SustinSOSInfertilitatea
Grup FB adopție
www.facebook.com/groups/AdoptieRomania
Grup FB sarcină și parenting
www.facebook.com/groups/Lucky.Us.SOSI
Pagina FB infertilitate
www.facebook.com/SOSInfertilitatea
Pagina FB adopție
www.facebook.com/VremSaPutemAdoptaCopii
Pagina FB a inițiatoarei Asociației
www.facebook.com/SOSI.Nicoleta.Cristea.Brunel

www.twitter.com/vremcopii

www.youtube.com/user/infertilitate

SĂPTĂMÂNA DE CONȘTIENTIZARE A INFERTILITĂȚII

4 - 10 noiembrie 2019

#EuropeanFertilityWeek

ASOCIAȚIA SOS INFERTILITATEA
www.vremcopii.ro

În săptămâna 4–10 noiembrie 2019 are loc a patra ediție a **European Fertility Week**, perioadă în care Fertility Europe – organizația-umbrelă a asociațiilor de pacienți afectați de infertilitate – și membrii săi, asociații de pacienți din peste 20 de țări europene, își intensifică acțiunile de awareness & advocacy pentru cauza celor care își doresc copii, dar nu îi pot avea decât cu ajutor medical.

fertility europe
10th ANNIVERSARY

La nivel național, Asociația SOS Infertilitatea desfășoară în România a opta ediție a **Săptămânii Naționale de Conștientizare a Fenomenului Medical și Social al Infertilității**, cu sprijinul Administrației Spitalelor și Serviciilor Medicale București și al Centrului pentru Tineret al Municipiului București.

COLUMNA
MEDICAL CENTER

AI MERGE PÂNĂ LA CAPĂTUL LUMII PENTRU A RĂMÂNE ÎNSĂRCINATĂ?

NOROC CĂ NU E NEVOIE!

Cei mai buni specialiști în infertilitate sunt la Columna.

55,17%
RATĂ DE SUCCES*
în cadrul programelor finanțate

65%
RATĂ DE SUCCES**
în cadrul programelor de ovodonație

*conform ratelor de succes raportate pentru anul 2018 în cadrul programului derulat de Ministerul Sănătății, respectiv de Primăria Municipiului Bucureşti
**conform ratelor de succes raportate pentru perioada ianuarie – septembrie 2019