

Két ország, egy cél, közös siker!
Două țări, un scop, succes comun!



Magyarország-Románia
Határon Átnyúló Együttműködési
Program 2007-2013
Programul De Cooperare
Transfrontalieră
Ungaria-România 2007-2013

Európai Unió
Európai Regionális Fejlesztési Alap
Uniunea Europeană
Fondul European de Dezvoltare Regională



Magyarország-Románia Határon Átnyúló Együttműködési Program 2007-2013
„Aktív határmenti együttműködés a női meddőség kezelésében”.
A pályázat rövidítése: ACTIF • Pályázat kódja: HURO/1001/187/2.4.2.

Programul de Cooperare Transfrontalieră Ungaria-România 2007-2013
„Cooperare transfrontalieră activă în tratamentul infertilității feminine”
Acronimul proiectului: ACTIF • Cod proiect: HURO/1001/187/2.4.2.

Hungary-Romania Cross-border Cooperation programme 2007-2013
Active cross-border cooperation for the treatment of feminine infertility
Acronim ACTIF • Project code: HURO/1001/187/2.4.2.

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

BROȘURĂ DE INFORMARE PENTRU PACIENȚI

INFORMING BROCHURE FOR THE PATIENT

2012-2013

ÁLTALÁNOS PÁLYÁZATI ÖSSZEFOGLALÓ

Magyarország-Románia Határon Átnyúló Együttműködési Program 2007-2013. 2. Prioritás: “Társadalmi és gazdasági kohézió erősítése a határmenti térségben”. **Fő beavatkozási terület:** “2.4. Egészségügy és közös veszélyelhárítás”. **Tevékenységi terület:** “2.4.2. Közös intézményfejlesztés, koordináció és képzés”. **A pályázat címe:** “Aktív határmenti együttműködés a női meddőség kezelésében”. **A pályázat rövidítése:** ACTIF. **Pályázat kódja:** HURO/1001/187/2.4.2..

Vezető partner: Városi Sürgősségi Klinikai Kórház Temesvár.

Projekt partner: Szegedi Tudományegyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A pályázat összköltségvetése 201990,33 EUR.

A temesvári Városi Sürgősségi Klinikai Kórház költségvetése **102168,68 EUR**, melyből 2% önrész, 85% vissza nem térítendő Európai Régiós Fejlesztési Alapból (ERFA) és 13% állami finanszírozásból áll. A román partner rendelkezésére összesen **100125,30 EUR** áll (ERFA plusz állami finanszírozás).

A Szegedi Tudományegyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika összköltségvetése (ERFA és állami finanszírozás) **99821,65 EUR**.

A pályázat céljai

A program célkitűzése közelebb hozni egymáshoz a határmenti térségben élő embereket, közösségeket és gazdasági szereplőket közös fejlesztések érdekében, a pályázati kiírásban érintett régiók alapvető erősségeire építve.

A pályázat általános célja: a humán erőforrások közös fejlesztése a temesvári és szegedi szülészeti intézmények között, szakmai tapasztalat és eszmecserék formájában, a meddőség endoszkópos diagnosízának és kezelésének területén.

Sajátos célok:

1. – Az orvosi ellátás minőségének a fejlesztése, az egészségügyi személyzet oktatása és a szakmai különbözőségek kiegyenlítése során az érintett két régióban.
- A pályázat keretén belül, a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájával együttműködve, 4 workshop kerül megrendezésre, ahol 6 endoszkópos szakember fog részt venni, 3-3 a

temesvári és szegedi klinikáról. A szakmai cél 40 szülész-nőgyógyász oktatása a meddőség innovatív endoszkópos diagnózisát és kezelését illetően.

- A workshopok alkalmával 20 meddőséggel diagnosztizált nőbeteg kezelése endoszkópos módszerek igénybevételével.
- 2. – A szakmai tapasztalatok kibővítése a két intézményben, a modern orvosi eszközök beszerzésének harmonizálása révén.
- 3. – Közös weboldal szerkesztése, melyen orvosszakmai és betegeknek szóló információk is elérhetőek lesznek.
- Oktató kiadvány szerkesztése (500 db), a női meddőség diagnózisát és kezelését illetően.

Direkt haszonélvezők

– A programban résztvevő **20 beteg**, akiknek a kezelését közösen román-magyar szakemberek fogják végezni.

– A pályázatban résztvevő **temesvári és szegedi szülészeti és nőgyógyászati intézmények**, akik a pályázat révén modern orvosi műszerekhez jutnak, és magas színvonalú egészségügyi ellátást tudnak biztosítani, az ezen a pályázat során képzett szakemberek segítségével.

– **40 szülész-nőgyógyász**, 20 temesvári és 20 szegedi, akik közös szakmai továbbképzéseken vehetnek részt a női meddőség endoszkópos diagnózisában és kezelésében

– **A betegek a két megyéből**, akik ezáltal magas színvonalú orvosi ellátásban részesülhetnek, úgyszintén nyertesei a pályázatnak. A romániai betegek akik Magyarországra utaznak orvosi szakellátásért, nagy arányban kérnek nőgyógyászati ellátást is.

A pályázat kapcsán beszerzésre kerülő orvostechnikai eszközök

A pályázat kapcsán a két említett szülészeti és nőgyógyászati intézmény modern, meddőség kezelésében használt endoszkópos műszerekkel lesznek felszerelve.

A temesvári Városi Sürgősségi Klinikai Kórház **73018,38 EUR** értékben, a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika **78704,00 EUR** értékben fog orvostechnikai és informatikai eszközöket beszerezni.

DESCRIEREA GENERALĂ A PROIECTULUI

Programul de Cooperare Transfrontalieră Ungaria-România 2007-2013

Prioritatea 2 “Întărirea coeziunii sociale și economice în regiunea de graniță”, **Domeniul Major de Intervenție** “2.4 Protejarea sănătății și prevenirea amenințărilor comune”, **Acțiunea** „2.4.2 Dezvoltare instituțională comună, co-ordonare, instruire”. **Titlul proiectului:** „Cooperare transfrontalieră activă în tratamentul infertilității feminine”; **Acronimul proiectului:** ACTIF **Cod proiect:** HURO/1001/187/2.4.2.

Lider de Parteneriat: Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara

Partener: Universitatea din Szeged, Departamentul de Obstetrică – Ginecologie.

Valoarea totală a proiectului este de **201990,33 EUR**.

Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara beneficiază de un buget de **102.168,68 Euro** din care 2% reprezintă cofinanțarea din partea spitalului, 85% fonduri europene nerambursabile și 13% fonduri de la bugetul de stat. Buget total eligibil aferent partenerului din România (FEDR plus cofinanțare de la bugetul de stat) este de **100125,30 EUR**.

Universitatea din Szeged, Departamentul de Obstetrică – Ginecologie beneficiază de un buget total eligibil (FEDR și cofinanțare de la bugetul de stat) de **99821,65 EUR**.

Obiectivele proiectului

Obiectivul programului este „apropierea persoanelor, comunităților și agenților economici din zona de frontieră pentru a facilita dezvoltarea comună a zonei de cooperare, bazându-se pe avantajele cheie specifice regiunii de graniță”.

Obiectivul general al proiectului este dezvoltarea comună a resurselor umane din spitalele de obstetrică – ginecologie din Timișoara și Szeged prin schimburi de experiență și de informație în diagnosticul și tratamentul endoscopic al infertilității.

Obiective specifice:

1. Creșterea calității serviciilor medicale oferite prin instruirea personalului medical și reducerea disparităților în acordarea acestor servicii între cele două regiuni; prin proiect se vor organiza 4 workshop-uri comune împreună cu Universitatea din Szeged, Departamentul de Obstetrică Ginecologie, la care vor participa 6 experți în endoscopie, câte 3 din fiecare spital din Timișoara și Szeged; vor fi instruiți în comun 40 de medici de specialitate obstetrică – ginecologie în folosirea metodelor inovative de diagnostic și tratament al infertilității prin en-

doscopie; vor fi tratate 20 de femei de infertilitate prin intervenții endoscopice realizate de echipe mixte de medici, experți în endoscopie, români și maghiari.

2. Creșterea accesibilității pacienților la noi servicii medicale oferite ca urmare a dezvoltării abilităților personalului medical de a utiliza metode moderne de diagnostic și tratament al infertilității feminine, precum și datorită armonizării dotării cu echipamente medicale performante a celor două spitale din Timișoara și Szeged.

3. Crearea unei platforme web comune (prin care va fi promovat proiectul, vor fi oferite informații utile pentru beneficiarii proiectului – medici și pacienți) și editarea unei broșuri educative (500 bucăți) privind diagnosticul și tratamentul infertilității feminine.

Beneficiari direcți

- cel puțin **20 de pacienți** care vor fi tratate de infertilitate de către o echipă comună româno – maghiară de medici experți în endoscopie ginecologică;

- **cele două spitale de obstetrică și ginecologie din Timișoara și Szeged** care prin proiect vor fi dotate cu aparatură performantă și vor putea furniza noi servicii medicale de calitate, având personal medical înalt calificat, instruit prin intermediul prezentului proiect;

- **40 de medici de specialitate obstetrică – ginecologie**, 20 de medici din Timișoara și 20 de medici din Szeged, care vor beneficia de un program de formare profesională (instruire comună) în domeniul endoscopiei ca metodă de diagnostic și tratament al infertilității feminine;

- **paciențele din cele două județe**, cărora li se va facilita accesul la servicii medicale de calitate, sunt de asemenea beneficiari ai proiectului. Pacienții români care se deplasează în Ungaria caută în special servicii de terapie, iar serviciile legate de nașterea de copii (30,6%) sunt în vârful clasamentului între serviciile disponibile pentru străini (între care pacienții români reprezintă cel mai mare procent, de aprox. 43%); există o cerere mare și pentru servicii medicale de ginecologie.

Echipe medicale și IT achiziționate prin proiect

În cadrul proiectului se va realiza și dotarea cu echipamente medicale moderne pentru secțiile de obstetrică – ginecologie din cele două spitale, echipamente care vor da posibilitatea efectuării unor intervenții endoscopice pentru tratamentul infertilității feminine.

Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara va achiziționa echipamente medicale și IT în valoare de **73018,38 EUR**, iar Universitatea din Szeged va achiziționa echipamente medicale și IT în valoare de **78704,00 EUR**.

MEDDŐSÉG

Meddőségről (sterilitás) beszélünk, ha a párnak rendszeres védekezés nélküli szexuális kapcsolat mellett 12 hónapig nem sikerül terhességet létrehozni.

Formái szerint lehet:

- elsődleges, amennyiben korábban terhesség még nem jött létre
- másodlagos, amennyiben a nő korábbiakban volt már terhes, de hasonló időszak elteltével nem sikerül újból teherbe esnie.

Kiterjedt statisztikai vizsgálatok alapján a meddőség a párok kb. 10%-át érinti. Az esetek kb 40%-ban férfi, 40-50%-ban női okai vannak. Hozzávetőlegesen 20%-ban az érintettek más kapcsolat során sem képesek terhességet létrehozni.

Az életkor szerepe a meddőség kialakulásában nagyon fontos tényező. Ismert adat, hogy a vetélés kockázata 30 éves életkor alatt 10%, 40 éves életkor felett pedig 34%.

A meddőség kóroki tényezői között a női és a férfi szervek anatómiai és élettani elváltozásai állnak.

Ebben az értelemben a meddőség okainak a kivizsgálásai közösen a párt, a nőt és a férfit érintik.

A **meddőséggel kezelt párok** esetében, a kórelőzmények felvétele során felmérésre kerülnek a szexuális szokások, a nemi kapcsolatok időtartama, frekvenciájuk, adott esetben más kapcsolatokból kialakult terhességek kimenetele, illetve az esetlegesen korábban a nemi úton terjedő betegségek kialakulásának a lehetősége is.

A **férfitag kivizsgálása**, hasonló módon a kórelőzményi adatok felvételével kezdődik. A fizikális vizsgálat után a spermakép, a spermaváladék mikrobiológiai tenyésztése, postcoitális teszt, esetlegesen hereszövet mintavétel, valamint képpalkotó diagnosztikai és különböző vér és vizelet vizsgálatok elvégzése javasolt. Adott esetben urológiai ellenőrzés is szükséges lehet.

A **nőbeteg** esetében is az első lépés a kórelőzményi adatok felvétele. Ezt követi a nőgyógyászati ellenőrzés, mely során többek között a méhszáj cytológiai és a hüvely mikrobiológiai vizsgálatai, különböző képpalkotó vizsgálatok kerülnek elvégzésre. Javasolt továbbá az ébredési hőmérséklet elemzése, a tüszőérés folyamat ellenőrzése, általános vér- és vírusesztek elvégzése is.

Adott esetben szükségessé válhat a petevezetők átjárhatósági, illetve a nemiszervek direkt endoszkópos vizsgálata (hysteroscopia, laparoscopia).

A hormonvizsgálatok elsősorban a tüszők érésében és megrepedésében szerepet játszó FSH és LH, a pajzsmirigy, illetve az agyalapi mirigy által termelt hormonokat érintik.

A genetikai tesztek, a trombózishajlam kivizsgálása hasonló módon fontos információkat hozhatnak a meddőség diagnózisában.

A hüvelyi ultrahangvizsgálattal a belső nemiszerveket menstruációs ciklusfázisban függvényében lehet vizsgálni, illetve különböző rendelleneségek felismerését teszi lehetővé (pld. petefészek cysták, méhnyálkahártya polypus, méhfali septum, kóros folyadékgyülem a petevezetőkben stb.).

Hysterosalpingographia során röntgen kontrasztanyaggal a méh üregének az alakját, a kürtök átjárhatóságát vagy elzáródottságát lehet vizsgálni.

Hysteroscopia ugyancsak a méhűr alakjáról, a méhnyálkahártyáról, méhfali összenövésekről, endometrium polypusról ad információt. Adott esetben alkalmas az észlelt méhüregi elváltozások megoldására is (méhfali septumok, myomák, méhűri összenövések eltávolítása).

Laparoscopia, mely a hysteroscopiával együtt kerül elvégzésre, a kismence illetve a hasüreg áttekintésére alkalmas. Amennyiben valamilyen elváltozás igazolódik, annak a megoldására is lehetőség nyílik (fejlődési rendellenességek, daganatok, összenövések). Ugyancsak elvégezhető a petevezetők átjárhatóságának a vizsgálata is. Ez a beavatkozás nem zárja ki más szükséges vizsgálatok elvégzését, hanem kiegészíti azokat a minél pontosabb diagnózis felállításában.

A meddőségnek számos kóros tényezője lehet ami a diagnózist nehezíti. Ebből az okból szükséges több vizsgálat elvégzése, mely során lehetséges, hogy csak egy részdiagnózis kerül megállapításra. Sok esetben a sterilitás oka egyidőben a kezeléssel együtt tisztázódik. A vizsgálatokat, melyeknek időtartama elhúzódhat 2-3 hónapig is, egy adott logikai sorrendben kell elvégezni. Erre a legalkalmasabbak a meddőségi centrumok, ahol az érintett párok megfelelő kezelésben részesülnek.

INFERTILITATEA

Infertilitatea (sterilitatea) se definește ca imposibilitatea unui cuplu de a avea copii. Se consideră că un cuplu este steril după o viață sexuală normală de 12 luni, fără utilizarea unei metode contraceptive.

Ca și forme majore se poate clasifica în:

- sterilitatea primară include cuplurile la care nu a survenit sarcina înainte;
- sterilitatea secundară care se referă la situația în care pacienta a mai rămas însărcinată înainte, dar la fel o perioadă asemănătoare de coabitare nu reușește obținerea unei noi sarcini.

Majoritatea statisticilor apreciază că infertilitatea afectează 10% din cupluri. Stările patologice sau disfuncționale care antrenează infertilitatea se estimează în jur de 40% pentru bărbați și 40-50% pentru femei. Statisticile arată că în jur de 20%, unii parteneri nu pot procrea nici cu alți subiecți.

Impactul vârstei asupra fertilității este recunoscut, riscul avortului spontan fiind de 10% până la 30 de ani, iar peste 40 de ani, peste 34%.

În infertilitate sunt implicați factori care țin de anatomia și funcționarea aparatului genital atât feminin cât și masculin.

În acest context, investigarea unui caz de infertilitate presupune:

- evaluarea cuplului;
- evaluarea cauzelor masculine;
- evaluarea cauzelor feminine.

Evaluarea cuplului se obține prin anamneză, care va stabili frecvența, durata, comportamentul actului sexual, date asupra orgasmului, precizarea dacă unul din parteneri a conceput în afara cuplului cu un alt partener. În cursul evaluării cuplului se recomandă efectuarea examenelor de serologie în direcția eventualelor boli venerice.

Evaluarea factorului masculin după obținerea anamnezei, impune examenul fizic și examinările paraclinice, care cuprind spermogramă, spermocultură, eventual puncție testiculară, testul postcoital, investigații imagistice precum și alte teste de sânge și de urină. În cazuri anumite se impune și control urologic.

Evaluarea factorului feminin începe la fel cu datele anamnestice generale și ginecologice.

Examenul fizic ginecologic are menirea să aprecieze cauzele anatomice care pot cauza infertilitatea. Printre investigațiile de bază se numără examenul citologic de la nivelul colului uterin, profilul hormonal, testele de ovulație,

evaluarea temperaturii de trezire, examinările bacteriologice din secreția vaginală, examinări virologice, diferitele investigații de imagistică, aprecierea permeabilității trompelor uterine, testele genetice și de trombofilie, și nu în ultima instanță intervențiile chirurgicale pentru a vizualiza direct organele genitale (histeroscopia și laparoscopia).

Investigațiile hormonale se referă în primul rând la analiza hormonilor implicați în formarea și ruperea foliculilor ovarieni, a celor tiroidieni, precum și a secretați de către glanda hipofiză din cutia craniană.

Examinările genetice, precum și de trombofilie la fel pot aduce informații noi în diagnosticul sterilității.

Ecografia intravaginală permite aprecierea organelor genitale interne, în diferite faze ale ciclului precum și, poate vizualiza direct diferitele tipuri de formațiuni patologice (de ex. chist ovarian, fibrom uterin, polip endometrial, sept uterin, colecție patologică de lichid în trompele uterine etc.).

Histerosalpingografia permite o vizualizare radiologică a conturului cavității uterine și a trompelor uterine, indicând permeabilitatea sau obstrucția lor.

Histeroscopia oferă informații asupra cavității uterine, conturului acestora, asupra aspectului endometrului cu posibilitatea prezenței unor polipi endometriali sau a aderențelor endometriale. De asemenea, permite rezecția septurilor, fibroamelor intrauterine, îndepărtarea polipilor endouterini diagnosticați în prealabil.

Laparoscopia, intervenție chirurgicală, care în cadrul investigației cauzelor sterilității, se efectuează deodată cu histeroscopia permite vizualizarea micului bazin și a organelor abdominale, a eventualelor procese patologice (malformații, tumori, aderențe). La fel permite și verificarea permeabilității tubare. Această metodă nu exclude celelalte procedee de investigație, ci le completează în vederea diagnosticului cât mai exact (aderențe, focare de endometrioză) și a fixării prognosticului.

Multitudinea factorilor patologici în etiologia sterilității face ca diagnosticul acestora să fie dificil, rar cauza fiind unică și evidentă clinic. Din acest motiv este necesară recurgerea la numeroase investigații clinice și paraclinice pentru formularea unui diagnostic cât mai exact. Deseori se ajunge numai la un diagnostic de etapă, mai mult sau mai puțin prezumtiv, care se completează și se definitivează pe parcursul tratamentului. Durata investigațiilor este lungă (minim 2-3 luni) și acestea se fac într-o anumită succesiune programată, în servicii speciale pentru studiul și combaterea sterilității conjugale.

A MEDDŐSÉG KEZELÉSE

A meddőség kezelését az elvégzett vizsgálatok alapján kell elkezdni.

Ennek megfelelően amennyiben az tüszőérés rendellenességei képezik az okot, **gyógyszeres kezelés** az elsődleges választandó lépés.

Ha a diagnózis alapján **műtéti beavatkozás** elvégzése javasolt, akkor ennek megfelelően kell a kezelést megtervezni.

Abban az esetben, ha a vizsgálatok során **asszisztált reprodukciós** eljárás javasolt, a meddő párt ebbe az irányba kell irányítani.

1. Gyógyszeres kezelés

A kezelés lényege, hogy az alkalmazott gyógyszerek segítségével a többszörös tüszőnövekedést serkentsük. Ezek hatására a petefészkekben több tüsző kezd el növekedni, ennek megfelelően több petesejt is termelődik.

A felhasználható gyógyszerek között a:

- clomiphen citrát;
- gonadotropinok;
- illetve az agyalapi mirigyre ható készítményekkel lehet elérni.

A javasolt kezelési sémát minden esetben saját személyre szabottan kell beállítani, és ezt az adott stimulált menstruációs ciklus alatt elvégzett hüvelyi ultrahangvizsgálattal, illetve hormonszint vizsgálattal kell ellenőrizni.

Az alkalmazott gyógyszeres kezelés hatására a petefészkekben a kiválasztódott tüszők elkezdnek növekedni (domináns tüszők), illetve a méhnyálkahártya megvastagodik.

Amennyiben a domináns tüszők elérik a megfelelő méretet (18-20 mm), illetve a méhnyálkahártya vastagsága minimum 8 mm, a következő lépés az érett tüszők megrepedésének és a petesejtek kiszabadulásának az elősegítése, ugyancsak hormonális készítményekkel.

A hormonkezelésnek szövődményei is lehetnek, ezek közül a legfontosabb az ún. hyperstimulációs szindróma, ami a petefészkekben nagy számú domináns tüszők egyidejű megjelenését jelenti. Súlyos formában a szövetek között és a testüregekben folyadék jelenik meg, következményes többszervi (máj, vese, tüdő) érintettséggel és esetleges trombóembóliás szövődményekkel. Kezelése kórházi ellátást igényel.

A hormonális kezeléseket követően a többes terhesség kialakulásának a lehetősége is nagyobb (kb. 25%-al).

Ugyancsak a meddőség hormonális kezelésének a része a létrejövő terhesség megtartásának az elősegítése ún. progeszteron származékokkal.

2. Műtéti kezelés

A meddőség kivizsgálása során felmerülhet olyan külső vagy belső nemi szerv elváltozásnak a jelenléte, melynek a megoldása műtéti beavatkozás elvégzését teszi szükségessé.

A javasolt standard műtéti típus a hysteroscopia, laparoscopia.

Hysteroscopia során hüvely felől a méhszájon keresztül a méh ürébe vezetett kamerával láthatóvá tesszük a méhnyakat, az uterus ürét, a méhnyálkahártyát, a petevezetők szájadékait. A műtét elvégzéséhez adott esetben a méhnyakat ki kell tágítani, hogy az optikai eszközt fel lehessen vezetni. Amennyiben valamilyen anatómiai elváltozás igazolódik, a beavatkozás során lehetőség van annak a megoldására (pld. polypus, méhfali septum, myoma eltávolítás).

Laparoscopia során a köldök alatti metszésen keresztül bevezetett optikai eszköz segítségével lehetőség nyílik többek között a belső nemi szervek ellenőrzésére is. Amennyiben ezeket érintő elváltozásokat észlelhetők (pld. petefészek cysta, myoma, hasüregi összenövések, petevezető elváltozás, endometriosis), a műtét során ezeket meg lehet oldani.

Ugyancsak a laparoscopia során lehetőség van a petevezetők átjárhatóságának a vizsgálatára is. A hysteroscopiát követően a méhszájra felhelyezett eszközben lévő színes folyadék a méh ürébe, majd ezt követően a petevezetőkön keresztül a hasüregbe jut. Adott esetben (pld. hydrosalpinx) az egyoldali, vagy mindkét petevezető eltávolítása szükségessé válhat.

Amennyiben a laparoscopia során olyan eltérés igazolódik, melynek a megoldása laparoscopia útján műtétechnikailag nem lehetséges, a műtétet nyitott hasi úton kell folytatni.

A műtétek teljes relaxációban, általános altatásban történnek, a megfelelő kivizsgálást követően.

Hysteroscopia szövődményeként felléphet például a méh falának az átfúrása, vagy a túlzott folyadékbevitel következtében kialakult folyadékháztartás zavar.

Laparoscopia esetében előfordulhatnak szövődmények hasüreg gázzal történő feltöltése során, illetve sérülhetnek a belső nemi szervek, húgyutak, bélrendszer, illetve az erek is. A szövődmények elhárítása elsődlegesen a műtétek során kerül sor.

3. Asszisztált reprodukciós eljárások

Az asszisztált reprodukciós technikák két csoportra oszthatók, attól függően, hogy a megtermékenyítés testen belül, vagy testen kívül történik.

A testen belüli eljárások lényege, hogy az előzetesen leírt petefészkek serkentését követően, a férjtől, vagy a donortól levett előzetesen kezelt spermaváladékot a méh ürébe kerül befecskendezésre (inseminatio). Ennek a beavatkozásnak során a méhnyak meddőségi tényezői ki vannak küszöbölve. A megtermékenyítés során a spermaváladék egy vékony műanyag katéter segítségével, hüvelyi vizsgálat során kerül befecskendezésre.

Különböző protokollok szerint adott menstruációs ciklusban egy vagy két inseminatiót lehet elvégezni. A spermaváladék méh üréből történő kifolyásának a megakadályozására, a méhszájra bizonyos ideig ún. méhszájsgapkát lehet felhelyezni. Az inseminatio sikerességi rátája 30-35%, feltétele a petevezetők, vagy legalább az egyik átjárhatósága, illetve a megfelelő spermakép.

A testen kívüli eljárás (in vitro fertilizáció és embryo transzfer, IVF-ET), során ultrahang ellenőrzése mellett a megérett tüszők rövid altatásos beavatkozás keretén belül leszívásra kerülnek. Ezt követően ebben a folyadékban talált petesejteket különböző módszerekkel kontaktusba hozzák a spermiumokkal. A megtermékenyített petesejt/sejtek ezt követően osztódásnak indulnak, majd 2-3 nap állandó hőmérsékleten történő megfigyelés után, különböző osztódási fázisban lévő praeembryók az inseminációhoz hasonló módon a méh ürébe kerülnek.

A fertilizáció sikerességi rátája hasonló az inseminációhoz.

Az IVF-ET indikációját a következő esetekben lehet felállítani:

- petevezetők teljes hiánya, vagy nem átjárható petevezetők;
- sikertelen inseminációs kezelések;
- a férj nem megfelelő spermaképe;
- egyéb, összetett okok.

Adott esetben a fertilizációs kezelés során keletkezett preembriók a pár kérése alapján fagyasztással tárolhatók, és a későbbiekben felhasználhatóak. A jogi szabályozást figyelembe véve lehetőség van az ivarsejtek és a preembriók donációjára is.

A meddőség kezelése minden esetben egyéni beállítást igényel. Eredményessége nem garantált, és bizonyos esetekben minden igyekezet ellenére sikertelen maradhat.

TRATAMENTUL STERILITĂȚII

Planificarea tratamentului trebuie să se facă pe baza rezultatelor investigațiilor făcute.

În acest sens, dacă diagnosticul reflectă o disfuncție în procesele ovulato-rii, tratamentul electiv în prima instanță este cel **medicamentos**.

Dacă investigațiile arată o modificare ce necesită efectuarea unei **intervenții chirurgicale**, tratamentul trebuie să se planifice în acest sens.

În situația în care se recomandă folosirea unei metode de **reproducere asistată**, cuplul trebuie să fie orientat în această direcție.

1. Tratamentul medicamentos

În esență tratamentul impune stimularea ovulației prin administrarea medicamentelor specifice. Aceste preparate induc formarea și maturarea mai multor foliculi ovarieni, având ca urmare directă formarea mai multor ovule.

Medicamentele folosite sunt:

- clomifen citratul;
- gonadotropinele;
- precum și cele care acționează asupra glandei hipofize.

Schema de tratament în fiecare caz trebuie să se individualizeze.

Eficiența tratamentului trebuie urmărită prin controale ecografice intrava-ginale, precum și teste de sânge care vizează nivelul hormonilor ovarieni. Ca urmare în ovare se formează foliculi ovarieni dominanți iar mucoasa endo-metrială începe să se îngroașe. Situația este optimă pentru ruperea foliculilor când diametrul lor a ajuns la 18-20 mm, iar mucoasa endometrială are grosi-mea de minim 8 mm.

Tratamentul hormonal poate avea și efecte secundare, dintre care cel mai important este hiperstimularea ovariană. Această stare înseamnă apariția mai multor foliculi dominanți în ovare. În situații grave în cavitățile organis-mului apar colecții lichidiene, cu afectarea consecutivă multiplă a organelor (ficat, rinichi, plămâni). Această stare necesită spitalizare.

Tratamentul de stimulare ovariană poate să ducă în aproximativ 25% din cazuri la dezvoltarea sarcinii multiple.

Tot ca și parte a tratamentului medicamentos se poate menționa și medicația progestativă, cu preparate care ajută pe urmă la menținerea sar-ciinii obținute.

2. Tratamentul chirurgical

În cadrul diagnosticului cauzelor sterilității se pot întâlni situații, care necesită intervenții chirurgicale pentru rezolvarea lor. Metodele standard sunt histeroscopia și laparoscopia.

Histeroscopia este o intervenție chirurgicală în cursul căreia se introduce în cavitatea uterină un aparat optic cu scopul de a vizualiza canalul cervical, cavitatea uterină, mucoasa endometrială, emergența canalelor trompelor uterine. Dacă se adeverește vreo modificare anatomică, în cursul intervenției aceasta se și poate corecta (îndepărtarea unui polip endometrial, sept uterin, fibrom uterin submucos).

În cursul laparoscopiei, printr-o incizie efectuată sub umbilic, se introduce un aparat optic cu care se pot vizualiza printre altele și organele genitale, precum și diferitele modificări patologice ale acestora (chist ovarian, aderențe intraabdominale, endometrioză, colecții patologice de lichid în trompele uterine), care se pot rezolva pe loc.

De asemenea tot în cursul laparoscopiei se poate examina și permeabilitatea trompelor uterine similar metodei de histerosalpingografie, când se introduce prin colul cervical o substanță colorată în albastru, care pe urmă apărând în cavitatea abdominală indică integritatea sau afectarea trompelor uterine. În cazuri speciale (de ex. hidrosalpinx care înseamnă colecție lichidiană patologică în trompa uterină), poate să devină necesară îndepărtarea lor.

În anumite situații, tehnic chirurgical poate să fie necesară continuarea operației pe cale deschisă abdominală.

Intervențiile chirurgicale se efectuează sub anestezie generală și necesită o examinare prealabilă detaliată.

Complicații intraoperatorii se pot întâmpla atât în cursul histeroscopiei, cât și a laparoscopiei.

Operația de histeroscopie poate să cauzeze printre altele, perforația peretelui uterin precum și supraîncărcarea organismului cu lichidul folosit la distensia uterine.

În cursul laparoscopiei complicațiile pot apărea din cauza bioxidului de carbon cu care se face distensia abdominală, gaz care poate să ajungă și printre straturile peretelui abdominal. La fel în cursul operației se pot leza organele genitale interne, căile urinare, tractul intestinal, vasele de sânge.

3. Tehnicile de reproducere asistată

Metodele de reproducere asistată se pot împărți în două categorii, depinzând dacă fecundarea are loc în sau în afara organismului.

Inseminarea artificială este metoda prin care în urma inducerii ovulației conform celor prezentate mai sus, sperma recoltată de la partener sau de la donor, după o pregătire prealabilă, se injectează în cavitatea uterină, cu ajutorul unui cateter subțire de plastic. Tratamentul se poate efectua odată sau de două ori consecutiv, depinzând de protocolul folosit. După inseminare, pe colul cervical se poate aplica un capac special de sticlă, pentru a evita scurgerea în afară a lichidului spermatic.

Rata de reușită a inseminării artificiale este aproximativ 30-35%, iar condiție esențială pe lângă o spermogramă corespunzătoare, este buna funcționare a uneia, sau ambelor trompe uterine.

Fertilizarea in vitro și embriotransferul (IVF-ET) este metoda prin care după stimularea ovulației, foliculii ovarieni se puncționează în cadrul unei scurte anestezii generale, iar în lichidul folicular obținut se caută ovulul/ovulele. În continuare aceste celule sunt puse în contact cu spermatozoizii prin diferite metode (direct sau injectarea lor în citoplasma ovului), urmând ca ele să se fecundeze. Urmează o perioadă de incubare, după care în stadiul de preembrion, similar inseminării, se introduce în cavitatea uterină.

Rata de reușită a fertilizării este la fel în jur de 30-35%.

Indicațiile fertilizării sunt:

- lipsa totală a trompelor uterine sau obstrucția lor;
- inseminări nereușite;
- spermogramă necorespunzătoare;
- alte indicații complexe.

În anumite situații, pe baza consimțământului cuplului, preembrionii supranumerari se pot depozita prin congelare, urmând ca ulterior să se poată folosi din nou în cadrul unui nou ciclu de fertilizare. Normele legislative în anumite situații permit și donarea preembrionilor.

Tratamentul sterilității necesită de fiecare dată o schemă individualizată, și din păcate în ciuda tuturor eforturilor diagnostice și terapeutice poate să rămână fără reușită.

SZAKIRODALOM
BIBLIOGRAFIE
BIBLIOGRAPHY

1. Răcă N., Ginecologie, Editura Medicală Universitară, Craiova, 2005, 309-334
2. Speroff L., Fritz M.A., Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility, 7th Edition, 2005, Lippincott Williams&Wilkins, 1010-1200
3. Stamatian F., Obstetrică și Ginecologie, vol. II- Ginecologia, Editura Echinox, Cluj, 2003, 547-555
4. Papp Z., A szülészeti-nőgyógyászati tankönyve, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007, 107-115
5. Papp Z., Szülészeti-nőgyógyászati protokoll, Golden Book Kiadó, Budapest, 2002, 137-190