



Šansa ZA RODITELJSTVO

Magazin Udruženja



**Bojana
Mirosavljević**
embriolog

Nikolina Milosavljević
dipl. psiholog, RE&KBT
i EMDR psihoterapeut

**8. Festival
vantelesne
oplodnje**
17. oktobar



Zakažite besplatnu medicinsku konsultaciju!

- ✓ Koordinator za pacijente iz Srbije 24/7
- ✓ Individualizovani plan lečenja
- ✓ Bez liste čekanja
- ✓ Bez skrivenih troškova



Solun Grčka
Tel: (+30) 2310 457 770
Email: contact-rs@newlife-ivf.gr

Osnivač i izdavač

Udruženje Šansa za roditeljstvo

Adresa redakcije

Kneza Miloša br. 6, 11000 Beograd
Tel. 061/624-5224

Kontakt za marketing i čitaoce

magazin@sansazaroditeljstvo.org.rs

Glavna i odgovorna urednica

Dragana Krstić

Redakcija

Dragana Krstić, Maja Dimić Pijetlović,
Miroslava Subotić, Melisa Selimović

Lektura

Tamara Drinić

Saradnici i prijatelji

Embryoclinic, Grčka; Merck, Beograd;
NewLife IVF, Grčka; Embryolab, Grčka;

Dizajn

SB dizajn, Beograd

Štampa

Zlatna knjiga plus, Jagodina

Tiraž

4000 primeraka

Periodika

tromesečno

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
613 ŠANSA za roditeljstvo : magazin udruženja
/ glavni i odgovorni urednik Dragana Krstić. -
2018, br. 1 (jun). - Beograd : Udruženje Šansa
za roditeljstvo, 2018- (Beograd : BiroGraf
Comp). - 27 cm Tromesečno.
ISSN 2620-0147 = Šansa za roditeljstvo
COBISS.SR-ID 262470668

Izdavač ne odgovara za sadržinu objavljenih
oglasa. Izdavač nije u obavezi da objavljuje
demantije tekstova u kojima se iznose
mišljenja, već samo onih u kojima se iznose
činjenice. Časopis se ne distribuira licima
mlađim od 18 godina.

DRAGANA KRSTIĆ

Koordinator Udruženja Šansa za roditeljstvo /
Coordinator of Association
Chance For Parenthood
urednica Magazina Udruženja /
editor Magazine Chance For Parenthood



Ovaj broj nastajao je baš onako kako izgleda – živo, dinamično, pomalo haotično, ali sa jasnom namerom: da obuhvati sve ono što čini put do roditeljstva.

Dok smo slagali stranice, smenjivale su se teme koje bole i one koje leče. Od hlamidije i kriptozoospermije, preko prvih pregleda i OGTT testova, do konkretnih VTO priča i razgovora koji otvaraju važne uvide. Tu su i stručni tekstovi, ali i lična iskustva – jer znamo da su obe strane podjednako potrebne.

Posebno mesto zauzimaju teme o usvajanju i hraniteljstvu. O njima se i dalje nedovoljno govori, a menjaju živote iz korena. Kao i trudničke teme, koje nas podsećaju da iza svake borbe postoji nada koja ima svoje ime, lice i prve korake.

U ovom broju donosimo i intervju, kolumnu, rečnik vantelesne oplodnje, ali i sadržaje koji donose mali predah od teških tema – jer je važno da, i kada je teško, zadržimo i trunku lakoće.

Važno nam je i da otvorimo prostor za pitanja na koja se često čuti – koliko čekanje traje, kako izgleda prvi pregled, šta kada dijagnoza zaboli više nego što smo očekivali. Zato su tu i stručnjaci, ali i oni koji su kroz to prošli, spremni da podele iskustvo bez ulepšavanja.

Festival koji pripremamo nije samo događaj – on je nastavak svega što ovde čitate. Mesto susreta, razmene iskustava i podrške, gde svaka priča dobija lice, a svako pitanje odgovor ili makar razumevanje.

Ako bih ovaj broj opisala jednom rečenicom, rekla bih: nije savršen, ali je stvaran. A upravo u toj stvarnosti, verujem, pronalazimo najviše snage.

Epigenetika embriona

Epigenetika se odnosi na način na koji se geni „uključuju“ i „isključuju“, bez promene same DNK. U procesu vantelesne oplodnje, ovaj tihi mehanizam igra važnu ulogu već u najranijim fazama razvoja embriona.

U tom periodu odvija se svojevrsno „programiranje“ koje utiče na dalji rast i razvoj. Na epigenetske procese mogu uticati različiti faktori – od hormonskog statusa i godina, do načina života, ali i uslova u laboratoriji. Upravo zato savre-

mena embriologija posvećuje veliku pažnju svakom detalju – stabilnosti temperature, sastavu medijuma i celokupnom okruženju u kojem se embrion razvija.

Iako je epigenetika i dalje oblast koja se intenzivno istražuje, ona nas podseća na jednu važnu stvar: i najsuptilniji uslovi mogu imati značaj. Dobra vest je da današnji VTO postupci u ogromnoj većini dovode do rođenja zdrave dece, a razumevanje epigenetike pomaže da taj put bude još sigurniji i pažljivije vođen od samog početka.



Žuto telo (corpus luteum)

Žuto telo je privremena struktura koja nastaje u jajniku nakon ovulacije, na mestu gde je bila jajna ćelija. Njegova glavna uloga je proizvodnja progesterona, hormona koji priprema sluzokožu materice za implantaciju embriona i podržava ranu trudnoću.

U prirodnom ciklusu, žuto telo je ključni „čuvar“ početka trudnoće. Međutim, u VTO postupcima njegova uloga može biti izmenjena. Zbog hormonske

stimulacije ili aspiracije jajnih ćelija, funkcija žutog tela često nije dovoljna, pa se progesteron dodatno daje kroz terapiju, takozvanu lutealnu podršku.

Zanimljivo je da u nekim VTO protokolima (poput kriotransfera) žuto telo uopšte nije aktivno, jer se ciklus u potpunosti kontroliše hormonima. Ipak, bez obzira na pristup, cilj je isti – obezbediti stabilno i podržavajuće okruženje za implantaciju i rani razvoj trudnoće.

Plodna sluz (cervikalna sluz)

Plodna sluz je cervikalni sekret koji se menja tokom menstrualnog ciklusa pod uticajem hormona, pre svega estrogena i progesterona. U danima neposredno pre ovulacije, pod dejstvom estrogena, sluz postaje obilnija, providna, rastegljiva i slična sirovom belancetu – što je znak da je organizam u plodnoj fazi.

Njena uloga je višestruka: omogućava spermatozoidima lakši prolaz kroz grlić materice, štiti ih od kiselog vaginalnog okruženja i produžava njihovu „vital-

nost“ u telu žene. Upravo zato se kvalitet i karakter plodne sluzi često koristi kao prirodni pokazatelj plodnih dana, posebno kod parova koji prate ciklus u procesu planiranja trudnoće ili u ranim fazama lečenja infertiliteta.

U kontekstu vantelesne oplodnje, plodna sluz ima manji direktan značaj, ali ostaje važan pokazatelj hormonskog statusa i reakcije organizma na terapiju. Ona je jednostavan, ali vrlo slikovit podsetnik koliko je reproduktivni sistem precizno usklađen i koliko se u njemu svaki detalj menja u ritmu hormonskih signala.





INTERVJU

Bojana Miroslavić,
embriolog

08

U svetu vantelesne oplodnje, gde se nada i nauka susreću svakodnevno, uloga embriologa često ostaje skrivena od očiju javnosti, a zapravo je jedna od ključnih na putu ka roditeljstvu.



ISHRANA

Ana Mitić,
savetnik za ishranu i suplementaciju

14

Zdrav um, zdrav duh i zdravo telo su baza plodnosti. Kod žene srž plodnosti su zdrav mesečni ciklus i ovulacija, a kod muškarca je to spermatogeneza tj proces sazrevanja spermatozoida.



PSIHOLOGIJA

Nikolina Milosavljević,
dipl. psiholog, RE&KBT i EMDR
psihoterapeut

28

Dečji mozak je fleksibilan i sposoban da mnoga neprijatna iskustva i emocionalno intenzivne događaje obradi i smesti u sećanja tamo gde treba da budu. Rezultat toga je da dete, čak i kada se seti detalja nekog takvog događaja, ne oseća uznemirenost, niti to utiče na njegovo svakodnevno funkcionisanje.

RODITELJSTVO KOJE SE DUGO ČEKALO

O dolasku bebe najčešće govorimo kroz sreću, prve osmehe, miris kože novorođenčeta i ostvarenje sna koji se dugo čekao.

40



Šansina Kolumna



Autorka: Miroslava Subotić

Dugo smo sanjale ovaj trenutak. Godinama smo na pitanje „Kako si?“ odgovarale kroz suze ili stisnute zube, dok je jedini cilj bio taj jedan, pozitivan test. I sada, kada je beba tu, kada je taj „srećan kraj“ konačno postao naša stvarnost, svet očekuje da budemo neprestano nasmejane, zahvalne i u nekom obliku večite euforije.

PRAVO NA UMOR NAKON POBEDE



Ali šta se dešava u onim satima između dva i četiri ujutru, kada te savlada umor, a ti osetiš krivicu?

Mnoge od nas upadnu u zamku tišine. Plašimo se da priznamo da nam je teško, da smo neispavane ili da nas svakodnevica iscrpljuje. Jer, „šta će reći svet“? Da li će neko pomisliti da nismo dovoljno zahvalne nakon svega što smo prošle da bismo to dete dobile?

VTO put nas nauči da budemo borci, ali nas ne pripremi na to da u majčinstvu smemo da budemo ranjive. To što si se lavovski borila za svoje dete, ne znači da si postala superheroj koji ne oseća težinu besanih noći. Naprotiv, baš zato što je put bio dug, tvoje telo i duša nose dupli teret.

Želim da ti kažem: imaš pravo na umor. Imaš pravo da kažeš da je teško. Tvoja ljubav prema detetu se ne meri tvojom iscrpljenošću, niti tvoja zahvalnost prestaje onog trenutka kada poželiš sat vremena mira.

Majčinstvo nakon VTO nije samo pobeda, to je život. A u životu je sasvim u redu ne biti savršen, čak i kada si dobila sve što si ikada želela.



21
Godina



82
Zemlje



65.000
Ciklusa VTO

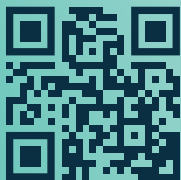


105
Naučnika



4.9
Google Reviews

Više od dve decenije, Klinika Embryolab je inovator reproduktivne medicine, transformišući živote kroz nauku i inovacije - uvek stavljaajući brigu o pojedincima kojima je potrebna kao prioritet. Aktivnim promovisanjem vrednosti reproduktivne autonomije, transparentnosti i personalizovane nege, klinika je kombinovala efikasan tretman neplodnosti sa dubokim poštovanjem prema snu svakog pojedinca o izgradnji porodice. Vođena medicinskom praksom zasnovanom na dokazima, Klinika za VTO, Embryolab u Solunu je predvodila napredak u kriobiologiji, genetici i očuvanju plodnosti, uvodeći inovacije kao što su bezbedni protokoli lečenja, blage terapije stimulacije jajnika i najsavremenije tehnologije za embrione i jajne celije u embriološkoj laboratoriji.



Da li ste spremni da započnete svoje putovanje u svet života?

Zakažite svoj termin u Embryolabu već danas!

ZAKAŽITE TERMIN

TÜV
AUSTRIA
ELOT EN 15224:2017

TÜV
AUSTRIA
EN ISO 9001:2015

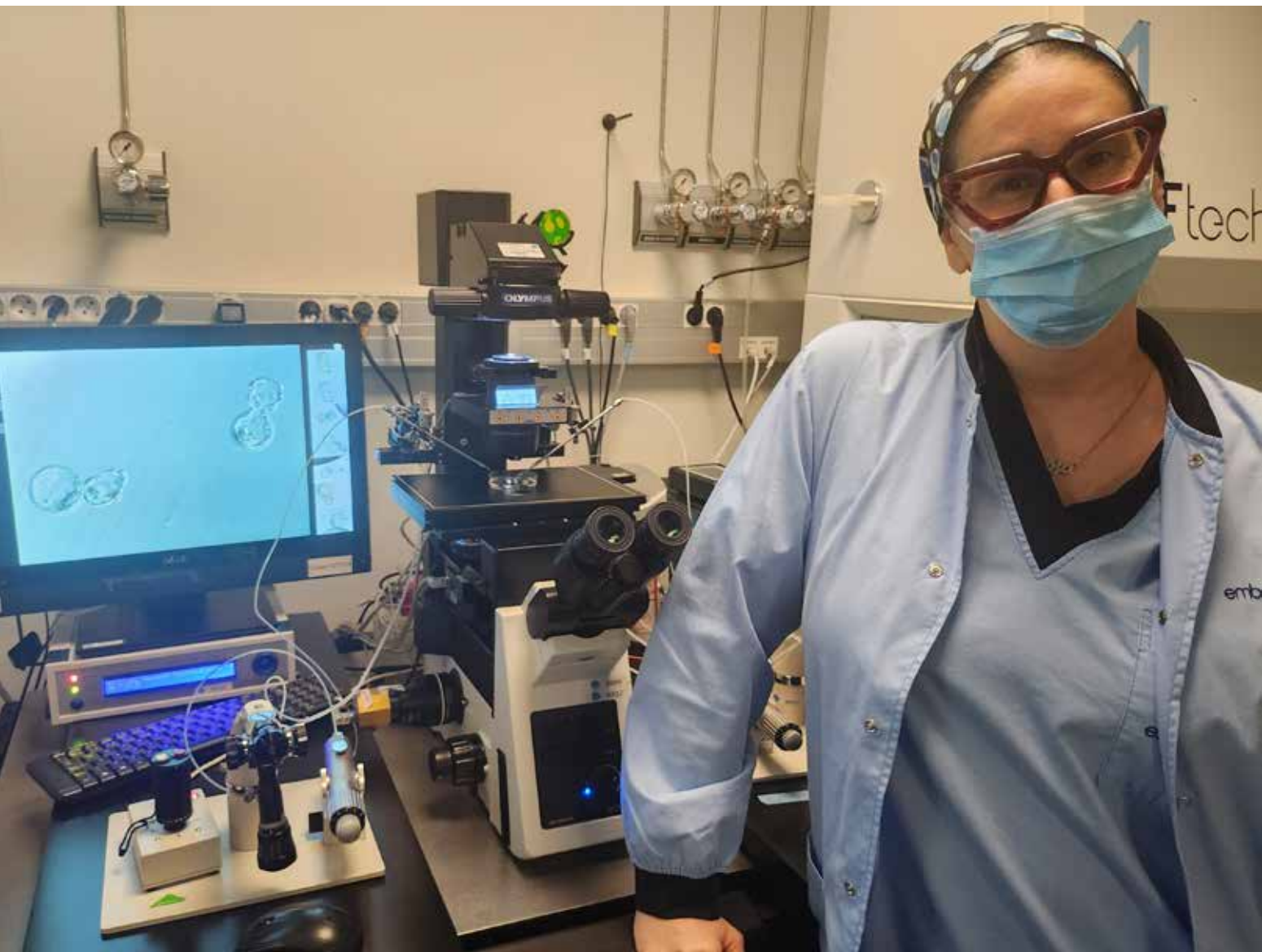
INTERVJU

BOJANA MIROSAVLJEVIĆ

EMBRIOLOG

MI NISMO SAMO TEHNIČARI KOJI RADE SA ĆELIJAMA — MI SMO DEO PRIČE O NASTANKU ŽIVOTA

U svetu vantelesne oplodnje, gde se nada i nauka susreću svakodnevno, uloga embriologa često ostaje skrivena od očiju javnosti, a zapravo je jedna od ključnih na putu ka roditeljstvu.



Naša sagovornica je upravo neko ko je godinama bio deo tog tihog, ali izuzetno odgovornog procesa – radeći sa embrionima, donoseći važne odluke i prateći razvoj života u njegovim najranijim fazama.

Bojana Miroslavljević, embriolog sa iskustvom u primeni PGT-a, svakodnevno je balansirala između naučnih mogućnosti i etičkih pitanja koje savremena medicina nosi. Pre svega toga, njen profesionalni put dobio je i duboko ličnu dimenziju – kroz iskustvo majke koja se suočila sa dijagnostikovanjem retke bolesti kod svog deteta.

Njena ćerka Zoja izgubila je bitku sa retkom i teškom Batenovom bolešću, a upravo po njoj je Zojin zakon dobio ime. To iskustvo pokrenulo je njenu borbu za sistemске promene, koja je dovela do donošenja Zojinog zakona u Srbiji, značajno unapređujući dostupnost rane dijagnostike i genetskih testova za decu.

Danas, sa jedinstvenim spojem stručnog znanja i lične empatije, ona donosi perspektivu koja je istovremeno i profesionalna i duboko ljudska.

U razgovoru koji sledi, otkrivamo šta se zaista dešava u embriološkoj laboratoriji, koliko genetika menja tok lečenja neplodnosti, ali i gde su granice – medicinske, etičke i lične.

Kako biste čitaocima objasnili ulogu embriologa u procesu vantelesne oplodnje i koliko ta uloga utiče na konačan ishod?

Uloga embriologa u procesu vantelesne oplodnje je centralna i često presudna za konačan ishod. Embriolog je stručnjak koji prati život od samog početka — od trenutka kada se jajna ćelija i spermatozoid spoje, pa sve do formiranja embriona koji se vraća u matericu. U laboratoriji embriolog obavlja niz veoma preciznih i odgovornih procedura: priprema polne ćelije, izvodi oplodnju (klasičnu ili ICSI metodom), prati razvoj embriona iz dana u dan, procenjuje njihov kvalitet i bira onaj sa najvećim potencijalom za uspešnu trudnoću. U određenim slučajevima, embriolog radi i biopsiju embriona za preimplantaciono genetsko testiranje (PGT), što omogućava izbor genetski zdravog embriona. Kvalitet rada embriologa direktno utiče na stopu uspešnosti vantelesne oplodnje. Iako su kvalitet jajnih ćelija i spermatozoida ključni faktori, način na koji se sa njima rukuje, uslovi u laboratoriji i stručnost embriologa mogu značajno povećati ili smanjiti šanse za uspeh. IVF laboratorija je mesto gde se donose brojne mikro-odluke koje



Moja poruka je da Srbija danas ima stručnjake i znanje koji mogu da pariraju mnogim zemljama, ali sledeći korak je da savremena genetika postane dostupna svima — brzo, sistemski i ravnopravno.

imaju veliki značaj — od izbora trenutka oplodnje do procene razvoja embriona.

Međutim, uspeh vantelesne oplodnje nikada nije rezultat rada jedne osobe, već snažnog timskog rada i bliske saradnje različitih stručnjaka. Sve karike su podjednako važne u tom lancu — i medicinska sestra, i ginekolog, i embriolog, i genetičar. Samo kroz koordinisan rad, poverenje i stalnu komunikaciju možemo postići najbolji mogući ishod — rođenje zdravog deteta, što je zajednički cilj celog tima.

Šta se zapravo dešava sa embrionom u laboratoriji od trenutka oplodnje do transfera - šta pacijenti najčešće ne znaju o tom procesu?

Od trenutka oplodnje do transfera, embrion prolazi kroz izuzetno dinamičan i precizno kontrolisan razvoj

u laboratoriji, a mnogo toga što se dešava u tom periodu pacijenti zapravo ne vide i često ne znaju.

Nakon oplodnje, bilo klasičnom metodom ili ICSI procedurom, embriolog pažljivo prati da li je došlo do pravilnog spajanja genetskog materijala. Već narednog dana proverava se da li je embrion započeo deobu — to je prvi znak da se razvoj odvija kako treba.

U narednim danima embrion prolazi kroz više faza razvoja: od jedne ćelije, preko stadijuma sa 2, 4 i 8 ćelija, pa sve do blastociste, koja je najčešće stadijum u kome se embrion vraća u matericu. Tokom celog tog perioda embrion se nalazi u inkubatoru koji simulira uslove u telu žene — kontrolisana temperatura, gasovi i pH vrednost. Embriolog svakodnevno procenjuje kvalitet embriona, prati brzinu i pravilnost deoba i donosi odluke koje mogu uticati na uspeh postupka.

Ono što pacijenti najčešće ne znaju jeste koliko je laboratorijski deo procesa zapravo intenzivan i koliko pažnje zahteva svaki pojedinačni embrion. Embrioni se ne „ostavljaju sami“ u inkubatoru — svaki njihov razvojni korak se prati, dokumentuje i procenjuje.

Uspeh vantelesne oplodnje nikada nije rezultat rada jedne osobe, već snažnog timskog rada i bliske saradnje različitih stručnjaka

Ponekad se menja medijum u kome se embrion razvija, optimizuju se uslovi ili se donosi odluka o produženju kultivacije do blastociste kako bi se izabrao embrion sa najvećim potencijalom. Takođe, mnogi pacijenti ne znaju da embriolog u određenim situacijama može uraditi i biopsiju embriona za preimplantaciono genetsko testiranje (PGT), pri čemu se uzima mali broj ćelija iz embriona bez narušavanja njegovog daljeg razvoja. Ovaj korak omogućava izbor embriona sa normalnim brojem hromozoma ili bez specifične genetske bolesti.

Možda najvažnije što pacijenti ne vide jeste da se u laboratoriji svakodnevno donose brojne stručne odluke — kada izvršiti transfer, koji embrion izabrati, da li zamrznuti embrione i u kom trenutku. Te odluke

se zasnivaju na znanju, iskustvu i stalnom praćenju razvoja embriona.

Na kraju, iako embrion provodi nekoliko dana u laboratoriji, cilj celog tima je da mu obezbedi najbezbednije moguće okruženje do trenutka kada se vrati tamo gde prirodno pripada — u matericu.

PGT se sve češće pominje – kada on zaista ima medicinsko opravdanje, a kada možda nije neophodan?

PGT (preimplantaciono genetsko testiranje) je izuzetno moćan alat savremene reproduktivne medicine, ali kao i svaka napredna tehnologija, mora se koristiti promišljeno i sa jasnim medicinskim razlogom. Nije cilj testirati svaki embrion, već pomoći onim parovima kod kojih postoji realan rizik da se genetski problem prenese na dete ili da dođe do ponovljenih neuspeha u lečenju neplodnosti.

PGT ima jasno medicinsko opravdanje u situacijama kada postoji povećan genetski rizik. To su, na primer:

- parovi koji nose poznatu naslednu genetsku bolest
- žene u starijoj reproduktivnoj dobi
- parovi sa ponovljenim spontanim pobačajima
- parovi sa više neuspešnih IVF pokušaja
- slučajevi teškog muškog faktora neplodnosti
- kada postoji poznata hromozomska abnormalnost kod jednog od partnera

U tim situacijama, PGT može značajno povećati šansu za rođenje zdravog deteta i smanjiti rizik od emocionalno i fizički iscrpljujućih neuspeha. On ne garantuje trudnoću, ali može pomoći da se izabere embrion sa najvećim potencijalom za uspešan razvoj.

S druge strane, PGT nije uvek neophodan. Kod mladih parova bez istorije genetskih bolesti, sa dobrim kvalitetom embriona i bez prethodnih neuspeha, rutinska primena PGT-a može predstavljati dodatni trošak i produženje procesa bez jasne medicinske koristi. Važno je naglasiti da je svaki slučaj individualan i da odluku o PGT-u treba donositi na osnovu medicinskih indikacija, a ne samo želje za „dodatnom sigurnošću“.

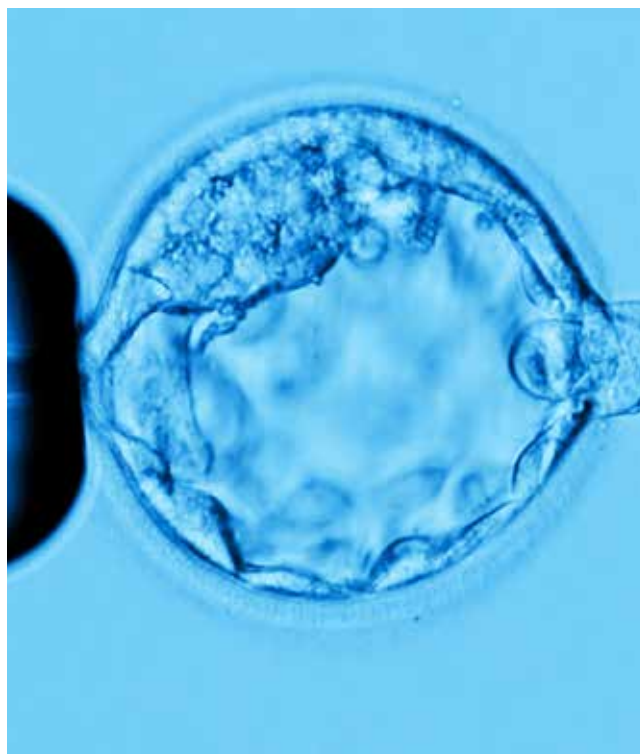
Ključna poruka je da PGT nije luksuz niti univerzalno rešenje, već ciljano medicinsko sredstvo. Kada se koristi u pravoj indikaciji, on može sprečiti teške genetske bolesti i skratiti put do zdrave trudnoće. Kada se koristi bez jasnog razloga, može nepotrebno opteretiti pacijente — finansijski, vremenski i emotivno.

Zato je najvažnije da odluka o PGT-u bude rezultat stručne procene i timskog rada ginekologa, embriologa i genetičara, uz otvoren razgovor sa pacijentima o realnim benefitima ograničenjima i očekivanjima.

Kako komentarišete razlike u dostupnosti i primeni savremenih genetskih metoda između Srbije i drugih zemalja?

Razlike u dostupnosti i primeni savremenih genetskih metoda između Srbije i drugih zemalja danas su manje nego ranije, ali i dalje postoje — pre svega u brzini pristupa testiranju, broju specijalizovanih centara i obimu usluga koje su rutinski dostupne pacijentima. U mnogim razvijenim zdravstvenim sistemima genetska dijagnostika je već duboko integrisana u standardnu medicinsku praksu, dok se u Srbiji taj proces još uvek intenzivno razvija. Važno je naglasiti da genetika danas predstavlja jedan od ključnih pravaca razvoja moderne medicine. Ipak, pristup savremenim dijagnostičkim metodama u našem sistemu i dalje je ograničen. To u praksi znači da pacijenti često do dijagnoze dolaze kasno, a mogućnosti za prevenciju i personalizovano lečenje ostaju nedovoljno iskorišćene.

Upravo zbog toga osnovali smo udruženje GenLife, koje je osnovano sa ciljem unapređenja genetske dijagnostike, prevencije i precizne medicine u Srbiji i regionu. GenLife je nastao kao odgovor na realne potrebe koje svakodnevno vidimo u praksi. GenLife je osnovan sa ciljem da doprinese promeni takvog pristupa, kroz povezivanje stručnjaka, edukaciju zdravstvenih radnika i podizanje svesti o značaju rane i precizne dijagnostike. Naš fokus je na približavanju savremenih genetskih tehnologija svakod-



nevnoj kliničkoj praksi, kako bi pacijenti dobili pravovremenu dijagnozu i adekvatnu terapiju.

Jedan od konkretnih izazova koji vidimo u praksi jeste nedovoljan broj embriologa obučeni za preimplantaciono genetsko testiranje (PGT). To je visoko specijalizovana procedura koja zahteva dodatnu edukaciju, praktičnu obuku i kontinuirano usavršavanje.

Upravo zbog toga u okviru udruženja GenLife, u saradnji sa internacionalnim genetsko-dijagnostičkim centrima, organizujemo obuke embriologa za PGT. Naš cilj je da ojačamo stručne kapacitete u zemlji i regionu, kako bi savremene genetske metode bile dostupne većem broju pacijenata, bez potrebe za odlaskom u inostranstvo.

Moja poruka je da Srbija danas ima stručnjake i znanje koji mogu da pariraju mnogim zemljama, ali sledeći korak je da savremena genetika postane dostupna svima — brzo, sistemski i ravnopravno. Jer u savremenoj medicini vreme do dijagnoze često znači razliku između progresije bolesti i šanse za pravovremeno lečenje.

Ceo tekst pročitajte na sajtu



12 NEDELJA NA IVICI DAHA

Kada nakon godina čekanja, bezbrojnih analiza, hormonskih terapija i onog najtežeg - nade koja se smenjivala sa razočaranjem, test konačno pokaže dve crte, svet bi trebalo da stane od sreće. Tako nas uče. Tako izgledaju tuđe priče. Međutim, za one koji su do trudnoće stigli putem vantelesne oplodnje ili kroz dugotrajnu borbu sa neplodnošću, taj trenutak retko je čist, jednostavan i bezuslovan.

Radost dolazi, ali ne dolazi sama.

Dolazi zajedno sa strahom. Sa nevericom. Sa tihim pitanjem koje se ne izgovara naglas: „Da li će ovoga puta zaista biti u redu?“

Umesto euforije, javlja se oprez. Umesto prepuštanja, kontrola. Umesto planiranja budućnosti, fokus na sada, na svaki naredni dan, svaki simptom, svaki znak tela.



Prvi trimestar, koji se u klasičnim pričama vezuje za uzbuđenje, skrivanje radosne vesti i prve planove, ovde dobija potpuno drugačiju dimenziju. To je period između „uspeli smo“ i „šta ako“. Prostor u kome se sreća ne doživljava punim plućima, već na mahove, kao da telo i um još uvek nisu sigurni da je bezbedno da se opuste.

Godinama unazad, telo je bilo izvor frustracije. Mesto koje „ne sarađuje“, koje „ne daje rezultate“, koje traži dodatne intervencije, terapije, nade. I upravo zato, kada trudnoća konačno nastupi, mozak ne zna odmah da promeni obrazac. Ne zna da poveruje. Ne zna da pređe iz režima borbe u režim poverenja.

Zato se javlja ono tiho, uporno preispitivanje:

Da li je ovo stvarno?

Da li smem da se radujem?

Da li će potrajati?

Ovih 12 nedelja nisu samo medicinski period povećanog opreza, one su psihološki prostor u kome se sudaraju prošlost i sadašnjost. Sve prethodne negativne bete, svi neuspeli pokušaji, svi trenuci razočaranja, ne nestaju onog dana kada test postane pozitivan. Oni ostaju u telu, u sećanju, u načinu na koji se doživljava svaka sledeća vest.

Zato prvi trimestar, nakon borbe, često postaje najdužih 12 nedelja u životu. Ne zbog vremena koje sporije prolazi, već zbog težine koju svaki minut nosi. I upravo tu počinje jedna nova vrsta snage, tiha, nevidljiva, ali ogromna. Snaga da se ide napred uprkos strahu. Da se veruje, iako je poverenje već mnogo puta bilo poljuljano. Da se svaki dan prihvati kao mala pobeda.

Prvi pregledi nakon uspešne vantelesne oplodnje retko liče na one scene koje viđamo u filmovima. Nema bezbrižnog osmeha, opuštenog razgovora i spontanog oduševljenja. Umesto toga, svaki odlazak kod lekara nosi težinu svega što je bilo pre.

Čekaonica više nije samo prostor između dolaska i pregleda. Ona postaje mesto gde se sabiraju misli,

strahovi i sećanja. Mesto gde vreme usporava, a svaka sekunda traje duže nego što bi trebalo.

Najintenzivniji trenutak dolazi sa prvim ultrazvukom. Dok ležite na stolu i čekate da lekar pronađe ono što treba da se vidi, tišina postaje glasna. Sekunde se razvlače. Pogled traži potvrdu na licu lekara. A onda, u jednom trenutku – „tu je, kuca“.

Za nekoga je to samo informacija. Za vas, to je trenutak koji briše dah, puni oči suzama i na kratko donosi olakšanje koje se ne može opisati. Ali čak ni tada, strah ne nestaje u potpunosti. On se samo povuče korak unazad, čekajući sledeći pregled, sledeći test, sledeću neizvesnost.

Potreba za stalnom potvrdom postaje svakodnevica. Normalno je želiti još jedan ultrazvuk. Normalno je osluškiivati telo i analizirati svaki signal. Mučnina, umor, bol u grudima – sve su to znakovi koji donose privremeni mir. Ali šta se dešava kada jedan od tih simptoma izostane, makar i na jedan dan? Umesto olakšanja, javlja se panika.

„Zašto danas nije kao juče?“

„Da li to nešto znači?“

Ovakve misli nisu preterivanje. One su posledica iskustva. Kada znate koliko je teško doći do ovog trenutka, svaka promena deluje kao potencijalna pretnja.

Poseban izazov predstavljaju periodi čekanja rezultata – dabl, tripl testovi, prenatalne analize. Taj prostor između davanja uzorka i dobijanja rezultata podseća na dane čekanja bete. To je psihološki vakuum u kome život deluje kao da je na pauzi.

Telefon postaje najvažniji predmet. Mejlovima se pristupa sa dozom straha. Svaka notifikacija ubrzava puls.

Važno je razumeti: ova anksioznost nije slabost. Nije znak da „ne uživate dovoljno“ ili da „niste zahvalni“. Ona je direktna posledica svega kroz šta ste prošli. Ona je trag borbe koji se ne briše preko noći.

I možda je najvažnije upravo to da date sebi dozvolu da osećate sve što osećate, bez potrebe da se uklapate u tuđa očekivanja kako trudnoća „treba“ da izgleda.

KAKO PREŽIVETI OVE NEDELJE I PONOVO NAUČITI DA DIŠETE?

Ne postoji univerzalan način da se prvi trimestar nakon borbe učini lakim. Ali postoje mali oslonci koji mogu pomoći da se kroz njega prođe stabilnije, nežnije prema sebi.

PRVI KORAK JE PRIHVATANJE AMBIVALENCIJE.

Moguće je istovremeno osećati ogromnu ljubav prema bebi i snažan strah od gubitka. Ta dva osećanja ne isključuju jedno drugo. Naprotiv, često idu zajedno. Pokušaj da se strah potisne ili ignoriše obično ga samo pojačava. Mnogo je zdravije priznati ga i dati mu prostor, bez krivice.

ZATIM, FOKUS NA MALE CILJEVE.

Razmišljanje o porođaju, o šestom ili devetom mesecu, u ovom periodu može delovati preplavljujuće. Umesto toga, pomerite fokus na sledeći pregled. Na sledeću nedelju. Ponekad čak i na sledeći dan. „Danas je sve u redu“ može biti sasvim dovoljan cilj.

VAŽNO JE I KOME BIRATE DA GOVORITE.

Ne postoji obaveza da delite vest sa svima odmah. Neki parovi odluče da sačekaju kraj prvog trimestra, neki dele ranije, oba izbora su ispravna, ako donose mir. Vaša trudnoća nije javni događaj. Ona je lična, intimna i ima pravo na svoj ritam.

POSEBNO MESTO ZAUZIMA KOMUNIKACIJA SA PARTNEROM.

Iako se često čini da jedna strana oseća intenzivnije, istina je da oba partnera prolaze kroz sopstvene verzije straha i nade. Razgovor, čak i kada nije savršen, pomaže da se teret podeli. Podseća vas da niste sami u svemu što osećate.

I na kraju – podsetnik koji možda najviše znači:

Dvanaesta nedelja nije samo medicinska granica nakon koje se rizik smanjuje. Za mnoge koji su prošli kroz borbu, to je trenutak kada se prvi put dozvoli dublji udah. Kada telo počinje da se doživljava drugačije, ne više kao neprijatelj, već kao saveznik.

Briga neće nestati. Ona je deo roditeljstva. Ali će se menjati.

Polako, gotovo neprimetno, učićete da verujete svom telu. Da verujete procesu. Da verujete da je moguće da stvari budu u redu.

I možda je upravo to najveća promena koja se dešava u tih prvih 12 nedelja, ne samo rast novog života, već i obnova poverenja koje je nekada bilo izgubljeno.

Autorka: Miroslava Subotić

Navike u ishrani i uticaj na plodnost muškarca

Plodnost je skup procesa i neophodnih potencijala da bi do začeća i potomstva došlo.

*Savetnik za ishranu i suplementaciju posvećen reproduktivnom zdravlju i plodnosti
mr ph, MSc nutricionije Ana Mitić
instagram anamitic.hranaplodnosti*

Zdrav um, zdrav duh i zdravo telo su baza plodnosti. Kod žene srž plodnosti su zdrav mesečni ciklus i ovulacija, a kod muškarca je to spermatogeneza tj proces sazrevanja spermatozoida.

Problem muške neplodnosti je sve učestaliji. Prema nekim podacima, kvalitet ljudske sperme se pogoršao za 50-60% u poslednjih 40-50 godina. Ishrana sa visokim sadržajem masti i gojaznost koja je posledica nezdravog načina života, utiču na strukturu spermatozoida, ali i na razvoj potomaka i njihovo zdravlje u kasnijim fazama života.

KAKO GOJAZNOST UTIČE NA PLODNOST MUŠKARCA?

Kod gojaznih muškaraca primećuje se porast estrogena uz istovremeno smanjenje nivoa testosterona, lutenizirajućeg hormona (LH) i folikulostimulirajućeg hormona (FSH).

Dakle, povećanje belog masnog tkiva dovodi do povećane konverzije testosterona u estradiol, izraženijeg oksidativnog stresa, učestalije insulinske rezistencije i dijabetes melitusa tipa 2, a sve ovo za posledicu može imati smanjen libido, erektilnu disfunkciju, smanjenu pokretljivost spermatozoida, otežanu oplodnju i u konačnici neplodnost.

MODEL ISHRANE I NUTRIJENTI KOJI POVEĆAVAJU RIZIK OD MUŠKE NEPLODNOSTI

Glavni nutricionistički model zemalja u razvoju i razvijenih zemalja danas je tzv. Zapadna dijeta. Zapadnjačku ishranu karakteriše visok unos životinjskih proteina, zasićenih i transmasnih kiselina i prostih ugljenih hidrata, kao i smanjen unos dijetetskih



vlakana i nezasićenih masnih kiselina. Pored navedenog, to je hiperkalorična dijeta koja promovira inflamaciju, a nutritivno je veoma siromašna. Kada ovakvoj ishrani dodamo upotrebu alkohola, gaziranih i energetskih pića, velike količine kofeina i slatkiša, sedentaran način života sa nedostatkom fizičke aktivnosti, pogoršanje reproduktivnog, ali i opšteg zdravlja muškaraca je neminovno.

Studije u oblasti andrologije, reproduktivne medicine i nutricionizma pokazuju da prekomeran unos trans i zasićenih masnih kiselina direktno utiče na proces sazrevanja spermatozoida i lošiji kvalitet sperme. Kao mehanizam se ističe akumulacija trans masnih kiselina u testisima, tj u ćelijskim membranama širom organizma, uključujući i tkivo testisa i same spermatozoide pa usled toga dolazi do promene u sastavu membrane spermatozoida, niže koncentracije, lošije pokretljivosti i morfologije spermatozoida.

Glavni izvori štetnih masnih kiselina u ishrani su proizvodi brze hrane, margarini i proizvodi sa hidrogenizovanim uljima, slane i slatke grickalice, industrijska peciva, visokoprerađeni proizvodi od mesa, gotova i polugotova hrana i velike količine crvenog mesa.

MODEL ISHRANE KOJI PODRŽAVA PLODNOŠT MUŠKARCA

Prema dostupnim podacima, upoređivanjem sastava sperme kod muškaraca uočen je smanjen sadržaj cinka, magnezijuma, kalcijuma, bakra i svena kod muškaraca sa problemom steriliteta u poređenju sa muškarcima normalne fertiliteta. Kod muškaraca sa problemom steriliteta često se uočava i povećan nivo oksidativnog stresa, što dodatno oštećuje spermatozoide. Upravo navedeni minerali deluju delom kroz zaštitu od tog stresa i važno je da ih muškarac ima dovoljno.

Cink je ključan za pokretljivost spermatozoida, stabilnost DNK i funkciju prostate, selen je važan za antioksidativni potencijal i normalnu morfologiju, magnezijum učestvuje u energetskom metabolizmu i pokretljivosti, bakar doprinosi radu antioksidativnih enzima, dok kalcijum ima ulogu u signalizaciji spermatozoida.

Međutim, važno je razjasniti da niži nivoi ovih elemenata i oksidativni stres nisu uvek uzrok neplodnosti – često su deo šireg problema koji može uključiti:

- **Hormonski disbalans**
- **Varikokelu**
- **Infekcije**
- **Loše životne navike (pušenje, alkohol, nedozvoljene supstance, ishranu)**
- **Izloženost toksinima i zračenju**

U okviru reproduktivne medicine i nutricionizma preporučeni model ishrane za poboljšanje plodnosti je prilagođena mediteranska dijeta što podrazumeva:

- **Fokus na celovitu hranu (povrće, voće, integralne žitarice, mahunarke)**
- **Redovan unos zdravih masti (maslinovo ulje, orašasti plodovi, masna morska riba, semenke, avokado)**
- **Dovoljan unos pametno biranih proteina (riba, semenke, živinsko meso domaćeg uzgoja, jaja, mahunarke)**
- **Unos mikronutrijenata (semenke, meso, jaja, orašasti plodovi, zeleno povrće, bobičasto voće)**
- **Adekvatnu hidrataciju**

Protokoli za unapređenje muške plodnosti često uključuju primenu suplemenata, međutim njihova upotreba treba da bude individualno prilagođena. Ključno je da se suplementacija uvodi na osnovu laboratorijskih analiza i detaljno unete anamneze, kako bi se identifikovali konkretni deficiti i potrebe.

Pored toga, važno je da izabrani suplementi budu u visoko bioraspoloživim (najiskoristljivijim) hemijskim oblicima, u adekvatnim dozama, kao i da postoji jasno definisan vremenski okvir u kojem se očekuju efekti promene. Time se povećava efikasnost terapije i smanjuje rizik od nepotrebne ili neadekvatne suplementacije.

Pored pravilne ishrane i ciljane suplementacije, za poboljšanje muške plodnosti od ključnog značaja su i sledeći faktori:

- **Održavanje optimalne telesne mase sa akcentom na telesni sastav**
- **Redovna fizička aktivnost umerenog intenziteta jer poboljšava cirkulaciju i metabolički rad**
- **Kvalitetan san jer utiče na regulaciju testostetona i reproduktivno zdravlje**
- **Minimalan unos alkohola ili potpuno isključivanje istog**
- **Prestanak pušenja jer dokazano smanjuje kvalitet sperme**
- **Smanjenje izloženosti toksinima (teški metali, plastika, pesticidi)**
- **Izbegavanje pregrevanja testisa (uska i sintetička odeća, saune, vruće kupke, grejači u sedištu)**
- **Kontrola stresa.**

Unapređenje muške plodnosti zahteva sveobuhvatan i individualan pristup, ali i saradnju više zdravstvenih stručnjaka. Tek kada se usklade životne navike, ishrana, ciljano vođena suplementacija i medikamentozna/hirurška terapija (ukoliko je potrebno), mogu se očekivati održivi i merljivi rezultati.

Savetnik za ishranu i suplementaciju posvećen reproduktivnom zdravlju i plodnosti.



Šta zaista znači pružiti detetu porodicu?



Usvajanje je jedna od onih tema o kojoj gotovo svako ima mišljenje, a retko ko ima stvarno znanje ili iskustvo. Između dobronamernih komentara i duboko ukorenjenih predrasuda, često se izgubi ono najvažnije – dete i njegova potreba za sigurnim, trajnim i stabilnim mestom kome pripada.

MIT 1: „DETE NOSI TRAUMU“

Jedan od najčešćih mitova jeste da „dete nosi traumu“ i da je ta trauma prepreka za izgradnju zdrave i funkcionalne porodice. Istina je, međutim, složenija i ujedno

mного humanija. Deca koja čekaju usvajanje često jesu prošla kroz gubitke – gubitak biološke porodice, sigurnosti, kontinuiteta. Ali trauma nije njihova trajna definicija. Ona nije etiketa koja unapred određuje njihov životni put.

Stručnjaci iz oblasti psihologije i socijalnog rada godinama naglašavaju da je upravo stabilno, predvidivo i brižno okruženje ključni faktor oporavka i razvoja. Drugim rečima, porodica ne dolazi kao „nagrada“ detetu koje je bez problema, već kao prostor u kojem se problemi razumeju i prevazilaze.

MIT 2: „NIKADA NEĆE BITI ISTO KAO BIOLOŠKO“

Ova tvrdnja zapravo više govori o strahovima odraslih nego o realnosti odnosa. Roditeljstvo, u svojoj suštini, nije biološka kategorija, već odnos koji se gradi kroz svakodnevnicu, kroz brigu, prisustvo, doslednost i emocionalnu dostupnost.

Ljubav prema detetu ne nastaje isključivo u trenutku rođenja; ona se razvija, raste i učvršćuje kroz zajedničke dane. Kroz uspavanje, bolesti, prve korake, razočaranja i uspehe. Mnogi usvojitelji svedoče da se veza sa detetom ne razlikuje po intenzitetu ili kvalitetu, već po putu kojim je nastala.

MIT 3: „DETETU SE NE ZNA POREKLO“

Ovo je jedna od tiših, ali vrlo prisutnih dilema. Pitanje porekla jeste važno i legitimno, ali ono nije prepreka za izgradnju identiteta. Naprotiv, savremeni pristupi usvajanju podstiču otvorenost, razgovor i postepeno upoznavanje deteta sa njegovom životnom pričom, u skladu sa uzrastom i zrelošću.

Identitet se ne gradi samo na biološkim činjenicama, već i na iskustvu pripadanja. Dete koje zna da ima svoje mesto, koje je viđeno i prihvaćeno, ima čvrst temelj na kojem može da gradi sliku o sebi.

PERSPEKTIVA DETETA

U središtu svega nalazi se perspektiva deteta, koja se često zanemaruje. Za dete, usvajanje nije pravni postupak niti društvena kategorija – to je odgovor na jednu od najdubljih ljudskih potreba: potrebu da negde pripada.

Trajna porodica za dete znači mnogo više od krova nad glavom. Ona znači sigurnost da postoji neko ko će ostati. Ko neće otići kada postane teško. Ko će biti tu i u dobrim i u izazovnim trenucima.

KAKO SE GRADI OSEĆAJ PRIPADANJA?

Pripadanje nije apstraktan pojam. Ono se gradi kroz male, svakodnevne stvari:

- kroz rutine koje daju sigurnost
- kroz zajedničke obroke i tišine koje nisu neprijatne
- kroz pitanje „kako ti je bilo danas?“
- kroz zagrljaj bez posebnog razloga.

Za dete koje je iskusilo prekide i nesigurnost, upravo ta predvidivost i doslednost postaju temelj poverenja.



ODNOS SE NE PODRAZUMEVA, ON SE STVARA

Odnos između deteta i roditelja ne nastaje preko noći. On se razvija postepeno, kroz proces upoznavanja, testiranja granica i izgradnje međusobnog razumevanja.

Važno je razumeti da deca u usvajanju, kao i sva druga deca, donose sa sobom svoju jedinstvenu ličnost, temperament i potrebe. Ona nisu „projekti“ koje treba popraviti, niti prazna platna na kojima se ispisuje nova priča bez prethodnog sadržaja.

Njihova prošlost jeste deo njih, ali ih ne definiše u potpunosti. Ono što pravi razliku jeste način na koji odrasli pristupaju toj prošlosti sa razumevanjem, strpljenjem i spremnošću da budu oslonac.

ŠTA USVAJANJE ZAISTA JESTE?

Kada se uklone mitovi i pojednostavljene predstave, ostaje suština:

- usvajanje nije čin spašavanja
- nije ni uteha niti zamena
- to je susret potrebe deteta i spremnosti odraslih
- To je proces u kojem obe strane rastu i menjaju se.

Dete ne dobija samo roditelje, ono dobija kontinuitet, sigurnost i priliku da razvije osećaj sopstvene vrednosti. A odrasli ne dobijaju samo dete, oni dobijaju odnos koji se gradi svakodnevno, sa svim njegovim izazovima i dubinom.

Možda je najvažnije reći da usvajanje ne briše prošlost, ali daje budućnost. I upravo u toj budućnosti, oslobođenoj predrasuda, nalazi se prostor u kojem porodica postaje ono što zaista jeste – mesto gde se pripada.

Autorka: Dragana Krstić



*Autorka: Maja Dimić Pijetlović,
biohemičar*

VANTELESNA OPLODNJA I LEČENJE STERILITETA IZ UGLA LABORATORIJE

Razvoj laboratorijske dijagnostike brz je i progresivan. Svakim danom otkrivaju se novi biomarkeri koje možemo „izmeriti“ ili čije ponašanje u organizmu možemo ispratiti, a da pritom dobijena informacija u potpunosti odredi smer i tok lečenja i delovanja u određenim stanjima organizma.

Kada govorimo o vantelesnoj oplodnji i lečenju steriliteta, laboratorijska dijagnostika se može pohvaliti neskromnim brojem „asova u rukavu“, a jedan od njih je svakako AMH, odnosno anti-Müllerov hormon.

AMH – „ZLATNI STANDARD ZLATNE REZERVE“

AMH (anti-Müllerov hormon), čija je primena s pravom u ekspanziji poslednjih godina, predstavlja zlatni standard određivanja ovarijalne rezerve.

Neke okvirne vrednosti, koje ćemo uzeti sa rezervom, su sledeće:

AMH prema starosti (opšti referentni okvir)

Izražavanje u ng/ml



Izražavanje u pmol/L



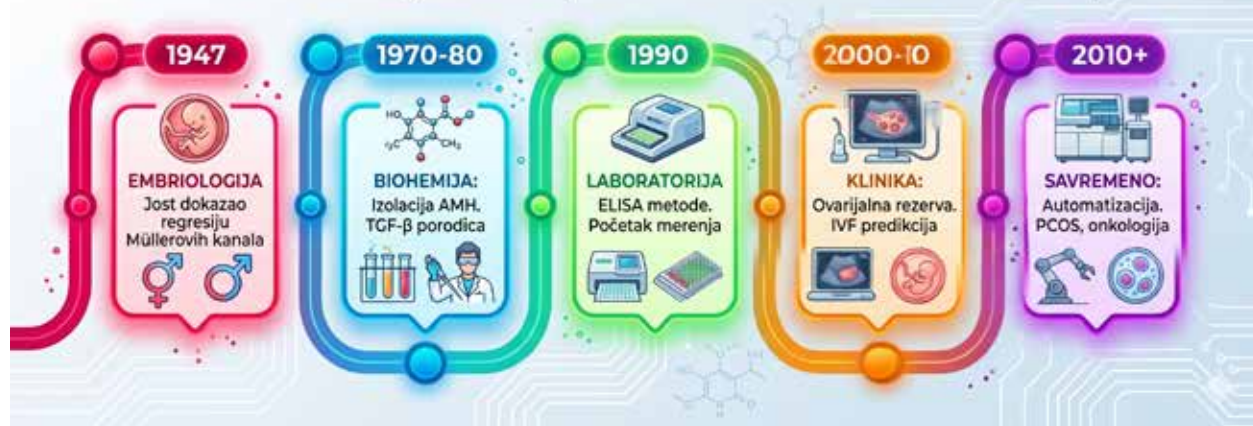
Vrlo jednostavnom dijagnostikom, iz male količine venske krvi, dobićemo značajne informacije o stanju naših jajnika, a lekaru dati informaciju sa čime raspolaže ukoliko planiramo da se uključimo u postupak vantelesne oplodnje.

Za razliku od određivanja polnih hormona, koji variraju u toku menstrualnog ciklusa i čija je preporuka raditi u određenom periodu tog ciklusa, AMH je znatno zahvalniji po tom pitanju. Njegovo određivanje nije uslovljeno vremenom, jer je u organizmu stabilan i konstantan.

Iako je tumačenje rezultata naizgled jednostavno – viši AMH znači veća ovarijalna rezerva – ne možemo se zadržati samo na tim informacijama.

Pri tumačenju vrednosti AMH uvek moramo uzeti u obzir starosnu dob pacijentkinje. Ono što se normalno očekuje kod pacijentkinje u dvadesetim ili tridesetim godinama nikako ne možemo očekivati kod pacijentkinje u četrdesetim ili pedesetim, jer je opadanje ovarijalne rezerve tokom života žene, odnosno u reproduktivnom periodu života, normalan i očekivan proces.

Razvoj AMH (Anti-Müllerian hormona)



ISTORIJSKI RAZVOJ

Polovinom 20. veka embriolog Alfred Jost eksperimentalno je dokazao prisustvo supstance koja kod muških fetusa uzrokuje regresiju Müllerovih kanala. Nešto kasnije je ta supstanca nazvana AMH - Anti-Müllerov hormon.

1970-ih i 1980-ih godina izvršena je biohemijska karakterizacija, odnosno AMH je izolovan i identifikovan kao glikoprotein koji pripada porodici Transforming Growth Factor-beta (TGF-β).

Od 1990. do 2000. razvijaju se laboratorijski testovi. Uvođenje imunoloških metoda (ELISA) omogućilo je kvantitativno određivanje AMH- a u serumu, a prva

klinička primena odnosila se na procenu funkcije Sertolijevih ćelija kod muškaraca i diferencijalnoj dijagnostici poremećaja polnog razvoja.

Od 2000-te pa sve do danas AMH je doživeo ekspanziju primene u reproduktivnoj medicini. AMH postaje ključni marker za procenu ovarijalne rezerve. Povezan je sa brojem antralnih folikula u jajniku.

Danas se AMH istražuje i u kontekstu policističnih jajnika, predikcije menopauze kao i uticaja hormonske i hemioterapije. A ono što nam budućnost nosi jeste potencijalna uloga AMH u tumorskim procesima.

Naredna informacija odnosi se na visoke vrednosti AMH. Ukoliko su vrednosti više od očekivanih, to neće značiti da je naša ovarijalna rezerva bolja i korisnija u procesu začeća, već može ukazati na prisustvo PCOS-a, odnosno policističnih jajnika. Dijagnozu PCOS-a svakako nećemo donositi samo na osnovu vrednosti AMH-a, već kod ginekologa, koji to može ustanoviti ultrazvučnim pregledom.

Sledeća činjenica koja se odnosi na AMH jeste ta da nam, koliko god on bio značajan test, ipak neće dati informaciju o kvalitetu jajnih ćelija koje posedujemo. Veliki broj ćelija ne znači i veliki broj kvalitetnih ćelija koje će uspešno dostići krajnji cilj. Kvalitet jajnih ćelija zavisi od mnogih faktora, od kojih su najznačajniji godine pacijentkinje, stil života i genetski potencijal. Na poslednjem mestu, ali ne i manje važna informacija, jeste i tumačenje rezultata u odnosu na labo-

ratoriju gde je AMH, kao i bilo koji drugi test, određivan. Postoje različiti testovi, metode i analizatori koji naš AMH određuju. Svaka laboratorija na rezultatu mora dati informaciju koje su referentne vrednosti preporučene od strane proizvođača njihovog testa i za analizator koji koriste. Stoga ne bi trebalo upoređivati rezultate različitih laboratorija ukoliko se njihove metode i testovi razlikuju. Takođe, preporuka je da se praćenje i ponovno određivanje, ukoliko je to moguće, rade pod istim uslovima, odnosno istom metodom i analizatorom.

AMH je prošao put od eksperimentalnog hormona u embriologiji do jednog od najvažnijih biomarkera u reproduktivnoj medicini. Njegova primena se i dalje širi, uz stalne napore ka standardizaciji i boljem kliničkom tumačenju.



Znam da je teško ali nisi stala. I to je već snaga.
Tvoje telo možda ćuti, ali ti ne odustaješ. I to pravi razliku.
Svaki put kada ustaneš posle razočaranja, bliža si nego što misliš.
Nisi sama u ovome, čak i kada ti se tako čini.
Nije slabost ako ponekad posustaneš, snaga je što nastavljaš.
Tvoja želja da postaneš mama već te čini posebnom.
Put kojim ideš nije lak ali je vredan svakog tvog koraka.
Dani čekanja su teški, ali tvoje srce zna zašto ne odustaje.
Možda ne možeš da kontrolišeš sve ali možeš da odlučiš da ideš dalje.
Tvoja priča još traje. I ima pravo na srećan nastavak.
I kada pomisliš da više nemaš snage – seti se: već si izdržala sve do ovde.



IVF KVIZ

IGRA ZNANJA, NADE I NAUKE.

1. Koji organ u ženskom telu najviše utiče na kvalitet jajnih ćelija?

- A) Materica
- B) Jajnici
- C) Hipofiza
- D) Štitna žlezda

2. Šta je blastocista u IVF procesu?

- A) Tip hormonske terapije
- B) Faza razvoja embriona
- C) Naziv procedure zamrzavanja
- D) Metod genetičkog testiranja

3. Koji faktor kod muškaraca najčešće ostaje neprimijećen, a može uticati na IVF uspeh?

- A) Boja očiju
- B) Kvalitet sna
- C) DNA fragmentacija spermatozoida
- D) Krvna grupa

4. Koliko približno dana embrion može da se razvija u laboratoriji pre transfera?

- A) 1–2 dana
- B) 3–7 dana
- C) 10 dana
- D) 14 dana

5. Šta označava „freeze-all“ strategija?

- A) Zamrzavanje samo jajnih ćelija
- B) Odlaganje celog IVF ciklusa
- C) Zamrzavanje svih embriona radi kasnijeg transfera
- D) Zamrzavanje hormonske terapije

TAČNI ODGOVORI

1. B 2. B 3. C 4. B 5. C

POSITIVE
BETA



6. Koja država je prva dobila bebu rođenu IVF metodom?

- A) SAD
- B) Francuska
- C) Velika Britanija
- D) Švedska

7. Šta je ICSI metoda?

- A) Specijalna ishrana u IVF-u
- B) Ubrizgavanje jednog spermatozoida direktno u jajnu ćeliju
- C) Genetičko testiranje embriona
- D) Tip anestezije

8. Koje hormone lekari najčešće prate da procene ovarijalnu rezervu?

- A) Insulin
- B) Progesteron
- C) AMH
- D) Kortizol

9. Šta je najveći mit o IVF-u?

- A) Da stres može uticati na ciklus
- B) Da IVF uvek uspeva iz prvog pokušaja
- C) Da godine igraju ulogu
- D) Da je ishrana važna

10. Koliko je stara bila prva IVF beba 2025. godine?

- A) 37
- B) 42
- C) 47
- D) 50

(Louise Brown rođena je 1978.)

TAČNI ODGOVORI

6. C

7. B

8. A

9. B

10. C

NISMO STALI tamo gde smo mislili da hoćemo

Niko te ne pripremi na to da ćeš u jednom trenutku početi da meriš vreme drugačije nego ranije. Ne po godinama, nego po ciklusima, po datumima, po nekim sitnim signalima koje si ranije ignorisala jer nisi imala razlog da ih primećuješ.



Sve krene bezazleno, sa idejom da će se desiti kad se desi, i stvarno neko vreme živiš u tom uverenju, ideš na posao, dogovaraš se sa prijateljima, planiraš putovanja, i negde u pozadini postoji ta misao koja nije ni hitna ni teška.

Tako je bilo i kod nas. Vuk i ja nismo pravili velike planove oko toga, više smo podrazumevali da će doći. Ljudi oko nas su ostajali trudni, neki iznenada, neki "slučajno", i to ti dodatno učvrsti uverenje da nema tu šta mnogo da se misli. A onda, ne desi se ništa.

Nevena iz tog perioda je još uvek bila racionalna. Govorila sam sebi da je sve u redu, da telo nije mašina, da ne treba praviti pritisak. Samo što sam paralelno s tim počela da radim stvari koje neko ko je opušten ne radi – da računam dane, da čitam iskustva drugih žena u tri ujutru, da tražim "znakove" tamo gde ih verovatno nema. Vuku nisam sve govorila. Ne zato što nisam htela, nego zato što nisam znala kako da objasnim nešto što ni meni nije bilo jasno.

On je imao svoj način da se nosi sa tim. Više tišine, manje analize. Nekad bi rekao "biće", ali ne onako usput, nego kao da stvarno veruje. I to mi je istovremeno pomagalo i nerviralo me, jer ja više nisam umela da verujem tako jednostavno.

Pregledi su došli kao neka vrsta kompromisa između te dve strane – moje potrebe da nešto radim i njegove potrebe da ne dramimo. "Da proverimo, pa da znamo", zvučalo je razumno. Samo što to "da znamo" nije donelo ono što sam očekivala. Nije bilo konkretnog problema, ali nije bilo ni odgovora. Sve je "u granicama", sve je "kako treba", a rezultat isti – ništa.

Tu negde počinje ono pravo preispitivanje. Jer lakše je kad imaš dijagnozu, koliko god to zvučalo čudno. Kada je nema, ostaneš u prostoru između, gde stalno misliš da možda nisi uradila dovoljno, da možda treba još nešto, da možda propuštaš neku sitnicu koja sve menja.

Sećam se tačno dana kada je vantelesna oplodnja prvi put pomenuta kao realna opcija, ne kao krajnja mera. Nisam reagovala odmah. Mislim da sam klimnula glavom i nastavila da slušam, ali u meni se desio otpor koji nisam mogla da objasnim. Kao da sam tim pristankom morala da priznam da ovo nije prolazna faza.

Vuk je to prihvatio brže. Njegova logika je bila jednostavna – ako postoji način, zašto da ga ne probamo. Moja nije bila tako čista. U mojoj glavi su se mešali

strah, osećaj da gubim kontrolu nad sopstvenim telom i neko tiho pitanje zašto baš mi.

Kada smo krenuli, sve je odjednom dobilo strukturu. Datumi, terapije, kontrole. I to u početku čak i prija, jer imaš osećaj da se nešto dešava, da nisi više u mestu. Onda dođu injekcije i shvatiš da nije samo do organizacije, nego i do toga kako se nosiš sa svim tim iznutra.

Nisam se plašila igle, ali mi je svaki ubod bio previše konkretan. Kao da me vraća u realnost koju sam pokušavala da ublažim. Vuk je bio tu svaki put, i mislim da je njemu bilo teže nego meni, iako to nikad ne bi rekao. Video si mu na licu da bi najradije sve to preuzeo na sebe, samo da može.

Najgori deo nije bio ni fizički ni organizacioni. Najgori deo je bio taj konstantni mentalni šum. To razmišljanje koje ne prestaje, koje ide u krug, koje te iscrpi i kad ništa ne radiš. U jednom trenutku shvatiš da si umorna od sopstvenih misli.

Jedne večeri smo se posvađali bez pravog razloga. Ili je bar tako delovalo. Pitao me je nešto potpuno obično, da li sam zakazala sledeću kontrolu, a ja sam reagovala kao da me je optužio za nešto mnogo veće.

"Ne mogu više da budem jedina koja o ovome razmišlja," rekla sam, iako sam znala da nije istina. On je ćutao par sekundi, onako kako ume kad pokušava da ne pogorša stvari.

"Misliš da ja ne razmišljam?" rekao je tiše nego što sam očekivala.

I tu sam stala. Jer sam prvi put jasno videla da svako od nas nosi ovo na svoj način, i da moj način nije jedini koji postoji. Samo je glasniji.

Na klinici sam prvi put videla koliko nas ima. Ljudi koji sede jedni pored drugih, a svako u svojoj priči. Nema mnogo razgovora, ali postoji neko prepoznavanje koje ne možeš da objasniš. Kao da svi znaju gde su došli i zašto.

Kada je došao trenutak da se uradi aspiracija, nisam imala više energije ni za strah ni za dramaturgiju. Samo sam htela da prođe i da vidimo gde smo. Posle toga dolazi ono čekanje koje ne možeš ničim da popuniš. Možeš da se praviš da živiš normalno, ali u pozadini sve stoji.

Informacije iz laboratorije postanu centralna stvar dana. Jedna rečenica može da te podigne ili spusti. I hvataš sebe kako od jedne reči praviš scenario za narednih deset dana. Transfer je bio tih, skoro suviše običan za ono što predstavlja. Ležiš, gledaš u plafon



i pokušavaš da shvatiš da se nešto važno upravo dešava, ali nema tog osećaja koji si možda očekivala. Nema muzike, nema velikog trenutka, samo tišina i misli koje ne umeš da složiš.

Posle toga dolazi najteži deo – čekanje bez ikakvog uticaja. Tu sam shvatila koliko sam navikla da imam kontrolu nad stvarima, i koliko me frustrira kada je nemam. Svaki signal iz tela sam analizirala do besmisla, i svaki put dolazila do drugačijeg zaključka.

Dan kada sam radila test bio je potpuno običan, i to me je najviše iznenadilo. Očekivala sam neku težinu u vazduhu, nešto što će nagovestiti da je drugačije. Nije bilo ničega od toga. Samo ja, laboratorija i Vuk koji pokušava da ne smeta, a u stvari ne može da se pomeri.

Kada se pojavio rezultat na ekranu, koji su poslali iz laboratorije, nisam imala trenutnu reakciju. Bukvalno sam gledala i pokušavala da shvatim da li dobro

vidim. Trebalo mi je nekoliko sekundi da prihvatim da to nije ono što sam navikla da vidim.

Nisam vrisnula, nisam se smejala. Samo su krenule suze, bez nekog reda, i tek tada sam shvatila koliko sam zapravo bila napeta sve vreme. Vuk me je zagrlio i mislim da je to bio prvi put posle dugo vremena da smo oboje stvarno pustili sve.

Ni tada nije postalo lako. Samo se promenila vrsta brige. Ali uz tu brigu je došlo nešto stabilnije od nade koju sam imala ranije – osećaj da je moguće.

I možda sve ovo ne izgleda kao pobeda kada se prepriča. Nema velikog trenutka koji rešava sve. Nema garancije. Ali ima nešto drugo, nešto što ranije nisam imala — osećaj da nismo stali tamo gde smo mislili da ćemo stati.

I da, koliko god da te ovo promeni, ne oduzme ti sve. Nešto ti i vrati.

Autorka: S.B.

8. FESTIVAL VANTELESNE OPLODNJE U BEOGRADU

Datum: 17. OKTOBAR

Mesto: HOTEL ZIJIN
(bivši Falkensteiner),
Novi Beograd

Sa ponosom najavljujemo Osmi festival vantelesne oplodnje, jedinstven događaj u regionu koji već godinama okuplja parove, pojedince, stručnjake iz oblasti reproduktivne medicine, embriologije, genetike, psihologije, kao i sve one koji žele da doprinesu razumevanju i podršci na putu ka roditeljstvu.



Festival VTO nije samo stručni skup – to je prostor susreta znanja, iskustva i emocije. Tokom celodnevnog programa posetioce očekuje bogat i pažljivo osmišljen sadržaj koji povezuje medicinu, edukaciju i lične priče, sa ciljem da se otvore teme o kojima se često čuti, ali koje dotiču hiljade ljudi.

Posebno sa zadovoljstvom ističemo da je festival AKREDITOVAN, čime dobija dodatnu stručnu vrednost i značaj u okviru kontinuirane medicinske edukacije. Akreditacija potvrđuje kvalitet programa i učešće eminentnih stručnjaka iz oblasti vantelesne oplodnje, reproduktivne medicine i pratećih disciplina.

U OKVIRU FESTIVALA BIĆE ORGANIZOVANI:

- panel diskusije sa vodećim stručnjacima iz oblasti vantelesne oplodnje i reproduktivne medicine
- predavanja o savremenim IVF protokolima, dijagnostici i inovacijama u lečenju steriliteta
- individualna savetovanja sa lekarima, embriolozima i savetnicima

- psihološka podrška i razgovori o emotivnom aspektu celog procesa
- predstavljanje klinika, laboratorija, farmaceutskih inovacija i pratećih usluga
- svedočenja parova koji su prošli kroz proces vantelesne oplodnje i postali roditelji.

Festival VTO već osmu godinu zaredom postaje mesto gde se susreću nada i znanje, gde se razmenjuju iskustva i gde se gradi osećaj da u ovoj borbi niko nije sam. Poseban akcenat stavlja se na razbijanje predrasuda, jačanje informisanosti i stvaranje zajednice podrške bez osude.

Jer put ka roditeljstvu nije samo medicinski proces – on je i emotivno, psihološko i društveno iskustvo koje zasluži razumevanje i podršku.

Dobro došli da zajedno podelimo znanje, iskustvo i podršku – i da još jednom pokažemo da je svaka priča važna.



ŽALOVANJE U DEČJEM SVETU

Dečji mozak je fleksibilan i sposoban da mnoga neprijatna iskustva i emocionalno intenzivne događaje obradi i smesti u sećanja tamo gde treba da budu. Rezultat toga je da dete, čak i kada se seti detalja nekog takvog događaja, ne oseća uznemirenost, niti to utiče na njegovo svakodnevno funkcionisanje.



Autorka: Nikolina Milosavljević, dipl. psiholog, RE&KBT i EMDR psihoterapeut

Gubitak je deo svačijeg života i iako je taj proces zajednički svima, svaka osoba kroz tugu i žalovanje prolazi na svoj, jedinstven način, a dužina tugovanja ne može se unapred odrediti. Način na koji dete ispoljava tugu uslovljen je i razvojnim stadijumom. Pored toga, tuga zbog gubitka ne mora nužno biti povezana sa smrću voljene osobe, već i sa gubitkom određenih objekata ili promenom životnih okolnosti.

NAJČEŠĆI UZROCI ŽALOVANJA KOD DECE I ADOLESCENATA

U literaturi i praksi navode se različiti uzroci žalovanja i tugovanja kod dece i adolescenata. Najčešće se kao uzrok navodi gubitak bliske osobe, ali se pominju i tzv. neodređeni gubici, koji zbog određenih faktora mogu biti veoma teški.

Univerzalni okidači za žalovanje kod dece i adolescenata jesu smrt bliske osobe — roditelja, prijatelja ili drugih važnih osoba — ali i odvajanje deteta od bliskih osoba. Adolescenti, između ostalog, mogu osećati tugu prilikom određenih životnih promena, kao što je preseljenje, kada gube kontakte sa vršnjacima i drugim važnim socijalnim vezama.

RAZVOJNI STADIJUM I ŽALOVANJE

Mnogi odrasli veruju da će deca, kada se dogodi neki stresni događaj — gubitak, razvod roditelja, preseljenje i slično — brzo prevazići situaciju, zaboraviti je ili se bar brzo navići. Međutim, profesionalci u praksi ističu da deca pokazuju znakove tuge i žalovanja zbog gubitaka, bez obzira na razvojnu fazu u kojoj se nalaze.

Bebe, do druge godine života, kada izgube primarnog nosioca brige, izražavaju tugu kroz telesni i senzorni nemir i uznemirenost. Često se može desiti da se kod beba poremete san i apetit, a dete dodatno postaje plačljivo i razdražljivo.

Dete uzrasta od 2 do 4 godine ne može u potpunosti da razume gubitak kao konačnost. Taj pojam je za njega previše apstraktan. Dete ovog uzrasta na gubitak reaguje promenama u ponašanju, kao što su regresija, iritabilnost, plačljivost, traženje više pažnje, učestali emocionalni izlivi i pojačana anksioznost. Može mu ponovo biti potrebna pomoć oko aktivnosti koje je ranije samostalno obavljalo.

Dete uzrasta od 5 do 8 godina još uvek je na nivou konkretnog mišljenja i sklono je magijskom razmišljanju i zaključivanju. Ono i dalje može verovati da je konkretna situacija povratna i teško razume njenu konačnost. Zbog magijskog mišljenja, dete često može verovati da je ono krivo za to što se dogodilo.

Tugovanje i žalovanje kod dece ovog uzrasta mogu se ispoljiti kroz poremećaj sna i apetita, učestale emocionalne izlive, brigu u vezi sa bezbednošću i sigurnošću, pojavu noćnih mora, regresije u ponašanju — na primer, mokrenje u krevet, poteškoće sa vezivanjem pertli i slično — psihosomatske tegobe, kao što su glavobolja, bolovi i mučnina u stomaku, kao i kroz promene u ponašanju, od hiperaktivnosti do hipoaktivnosti.

Dete uzrasta od 9 do 12 godina, iako i dalje može biti na konkretnom nivou razvoja mišljenja, bolje razume apstraktnost gubitka. Ono može brinuti o tome kako će gubitak voljene osobe uticati na njegov budući život. I dalje, dete ovog uzrasta može verovati da je ono krivo za gubitak voljene osobe, jer magijsko mišljenje još uvek nije potpuno iščezlo. Promene u ponašanju mogu biti vrlo slične kao kod dece u prethodnoj razvojnoj fazi. Mogu biti praćene uverenjem da svet više nije bezbedno mesto i da će se dogoditi nešto strašno, što dovodi do pojačane anksioznosti i brige. Dete u ovoj uzrasnoj grupi može se povlačiti iz socijalnih aktivnosti.

Tinejdžer, odnosno dete starije od 13 godina, već u potpunosti može da razume pojam gubitka voljene osobe. Međutim, može se zadržati magijsko mišljenje, koje adolescent često ne verbalizuje. Na primer, može verovati da je voljena osoba otišla na neki dug i dalek put. S obzirom na to da je adolescencija faza u kojoj se ispituje identitet i traži sopstveno mesto u svetu, moguće je da će gubitak voljene osobe uticati na doživljaj sebe, određivanje prioriteta, odnos prema veri, seksualnosti i način predstavljanja sebe u socijalnoj sredini. Zbog gubitka, tinejdžer se može povući iz krugova podrške — vršnjaka i drugih važnih odraslih osoba. Može doći do poremećaja sna i apetita, problema sa koncentracijom ili, pak, do pojačane potrebe da se postigne što bolji uspeh u školi i dostigne perfekcija.

Anksioznost i intenzivne emocije ljutnje, tuge i straha mogu postati učestalije. Takođe, tinejdžer može osećati zbunjenost u vezi sa svojom novom ulogom u porodici nakon gubitka voljene osobe. Osim toga, adolescent može ući u rizična ponašanja, razmišljati o smrti ili imati ideje o samoubistvu.

PET FAZA TUGOVANJA I ŽALOVANJA

Kako bi se proces tugovanja i žalovanja bolje razumeo, profesionalci u ovoj oblasti pokušavali su da pronađu pravilnosti u tim procesima. Tako su nastale različite teorije koje stručnjacima pomažu da razumeju kroz šta osoba prolazi kada dođe do gubitka voljene osobe.

Prema Bolbi-Parkesovom modelu, postoje četiri faze žalovanja nakon gubitka voljene osobe. Nakon šoka i utrnulosti, kao prve faze, sledi faza čežnje i traganja, kada osoba oseća duboku prazninu i želju da se ta konkretna osoba vrati. U ovoj fazi često se javljaju preokupiranost mislima o voljenoj osobi, osećaj očaja i bespomoćnosti.

Treća faza tugovanja prema ovom modelu jeste faza dezorganizacije i očaja, kada osoba počinje da prihvata gubitak i realnost, ali je to može uvesti u povlačenje iz socijalnih događaja i osećanje beznađa. Poslednja, četvrta faza tugovanja jeste faza reorganizacije i oporavka, kada osećanje tuge postaje malo lakše, a osoba nastavlja da vodi svoj život, sada drugačije organizovan.

U literaturi se, pored ovog modela, mogu pronaći i drugi teorijski okviri koji objašnjavaju proces žalovanja.

ŽALOVANJE KOD DECE U HRANITELJSKIM PORODICAMA

„Sva moja sećanja na detinjstvo i fotografije su bačeni, i nikada neću tačno znati šta su sve sadržali.“ — Mlada osoba u sistemu socijalne zaštite Publikacija „Nemojte me zvati rezilijentnim: Kako izgledaju gubitak i tuga za decu i mlade u sistemu zaštite“, Kancelarija zastupnika dece (Office of the Children’s Advocate — OCA)

Kada dete ulazi u sistem hraniteljstva ili usvajanja, može imati višestruke okidače za žalovanje. Pored primarnog gubitka roditelja, braće i sestara, javlja se i tuga zbog drugih, sekundarnih gubitaka, kao što su gubitak poznate rutine, škole, komšiluka, igračaka i, možda, kućnih ljubimaca.

U literaturi se pominje i tuga u vezi sa gubitkom identiteta i kontinuiteta — gubitak rodnog prezimena, maternjeg jezika, porodične sličnosti i istorije. Ove vrste gubitaka, nažalost, često nisu socijalno priznate i mogu dovesti do deprivilegovanog, nepriznatog žalovanja, koje nekada može imati duboke posledice po razvoj ličnosti mlade osobe.

Posebna vrsta gubitka za ovu decu i adolescente jeste odvajanje od braće i sestara. Ovakva situacija može dovesti do ekstremnog osećaja usamljenosti i doživljaja telesne osakaćenosti: „Osećam se kao da mi je noga odse-

čena i da moram stalno da hodam na štakama” — prema Larsonu. Dugotrajna odvojenost od braće i sestara može dovesti do otuđenosti, produbljivanja traume i razvoja anksiozno-depresivnih simptoma kod dece i tinejdžera.

NEODREĐENO ŽALOVANJE

Tugovanje i žalovanje kod dece i adolescenata ne mora biti povezano sa smrću voljenih osoba. Postoje tzv. neodređeni gubici, koji su zapravo veoma česti. O njima je prva pisala dr Paulin Bos, sa Univerziteta u Minesoti. Iako se dr Bos ne bavi konkretno tugovanjem dece i adolescenata u hraniteljskim porodicama, opis ove vrste žalovanja podseća na osećanja gubitka koja proživljavaju deca u sistemu socijalne zaštite.

Prema njenom modelu, postoje dve vrste neodređenih gubitaka:

Osoba je fizički odsutna, ali je psihički prisutna. Ova vrsta gubitka odnosi se na situacije koje nastaju zbog razvoda roditelja, hospitalizacije ili odlaska jednog roditelja na duže odsustvo zbog posla, na primer odlaska vojnika na ratište.

Osoba, odnosno roditelj, fizički je prisutna, ali je psihički odsutna. To se dešava u situacijama kada se roditelj suočava sa određenim emocionalnim ili drugim zdravstvenim problemima, uključujući i bolesti zavisnosti.

Ono što neodređeni gubitak čini posebno teškim jeste izostanak poznatog simboličkog rituala. Na primer, kada voljena osoba premine, sprovodi se poseban obred sahrane, koji predstavlja jednu vrstu simboličkog rituala prekida fizičke veze sa preminulim. U slučaju neodređenog gubitka, takav ritual ne postoji, pa dete nastavlja da bude mentalno povezano sa tom osobom. Kada govorimo o deci koja su u sistemu hraniteljstva ili usvojenja, važno je naglasiti da ona u tom procesu zaista mogu dobiti mnogo pozitivnog. Na prvom mestu, mogu biti smeštena u bezbedno okruženje. Zbog tih benefita, mnogi odrasli mogu poverovati da će se deca brzo prilagoditi novim, boljim uslovima. Ipak, mora se uzeti u obzir da se njima promenio ceo život i da je prekinut niz drugih povezanosti sa osobama i mestima iz njihovog dotadašnjeg okruženja — na primer, odnos sa kućnim ljubimcem, vršnjacima iz starog kraja i slično.

KAKO POMOĆI DETETU

Iako svako dete tuguje na svoj način i proces žalovanja zavisi od mnogih faktora, postoje određene intervencije koje odrasli koji brinu o detetu mogu primeniti kako bi mu olakšali proces prihvatanja nove realnosti. Bez obzira na uzrast i razvojnu fazu deteta, od izuzetnog značaja je zadržavanje ili ponovno uspostavljanje rutine i strukture u detetovom životu. Aktivnosti koje se svakodnevno dešavaju u približno isto vreme detetu daju osećaj sigurnosti.



Nikolina Milosavljević je završila psihologiju, a nakon toga i četvorogodišnju specijalizaciju iz Racionalno Emotivno Kognitivno Bihevioralne Terapije (RE&KBT pridruženi trening centar Instituta Albert Ellis, Beograd) i stekla zvanje RE&KBT psihoterapeuta.

Nosilac je Nacionalnog sertifikata za psihoterapeuta od 2021. godine.

Poslednjih godina edukuje se i uže usmerava na rad sa decom i adolescentima. Završila je trening za nedirektivnu terapiju igrom i stekla zvanje praktičara terapije igrom. Trenutno na superviziji za nedirektivnu terapiju igrom preko National Institute of Relationship Enhancement and Center For Couples, Families and Children.

Posle završene edukacije za primenu psihoterapijskog pristupa EMDR (Terapija desenzibilacija i reelaboracija pomoću pokreta očiju), počinje aktivno da primenjuje EMDR pristup u radu sa odraslima, decom i adolescentima koji su imali iskustva situacione ili relacione traumatizacije.

Pored toga, sertifikovani je edukator za roditelje po programima “Pozitivna disciplina” i “Dovoljno dobar roditelj”.

Veoma je važno da odrasli, kada detetu objašnjavaju šta se desilo, budu iskreni i koriste objašnjenja koja su konkretna i detetu jasna. To znači da su rečenice poput: „Otišao je na večna lovišta”, „Otišla je daleko i neće se vratiti” ili „Sada je tvoja mama zvezda i sija na nebu” previše apstraktne za dete mlađe od 10 godina. Detetu koje se suočava sa osećanjima tuge, besa, očaja i bespomoćnosti potrebno je dati prostor da ta osećanja izrazi. Ona će se možda ispoljiti kroz teške emocionalne izlive, ali kada se obezbedi sigurno mesto za izražavanje emocija, detetu se daje prostor da izbacuje „višak” neprijatne energije i da postepeno procesuiraju gubitak.

Ukoliko nije došlo do smrti voljene osobe, već je reč o neodređenom gubitku, veoma je važno validirati detetova osećanja i njegovo viđenje situacije. Potrebno je iskreno odgovarati na pitanja i potvrditi detetu da prolazi kroz tugu i žalovanje, da je situacija zaista teška i da bi bila teška svakome ko bi se našao u njegovoj poziciji.

Kada je u pitanju traumatsko žalovanje zbog traumatičnog gubitka voljene osobe, od izuzetnog značaja je angažovati stručnu osobu — psihologa i/ili psihoterapeuta informisanog o traumi — kako bi se detetu, kroz odgovarajuće psihološke i psihoterapijske intervencije, pomoglo da procesuiraju traumu i uđe u zdrav proces tugovanja.

10 STVARI

KOJE NIKO NE KAŽE PAROVIMA U VTO PROCESU

DA ČEKANJE POSTANE NAČIN ŽIVOTA

Ne čeka se samo rezultat. Čeka se ciklus, poziv, analiza, embriolog, beta, ultrazvuk, sledeći pokušaj. Vreme počinje da se meri drugačije.

DA TELO PRESTANE DA BUDE SAMO TVOJE

Postaje raspored terapija, analiza, hormona, pregleda i brojki. A iza svega toga i dalje stoji osoba koja pokušava da sačuva sebe.

DA USPEH NE BRIŠE TEŽINU PUTA

Čak i kada dođe trudnoća ili dete, mnogi i dalje pamte godine borbe, strahova i neizvesnosti.

DA PARTNERI ČESTO TUGUJU POTPUNO RAZLIČITO

Jedan želi da priča. Drugi čuti. Jedan traži informacije. Drugi pokušava da „funkcioniše normalno“. I jedno i drugo je način borbe.

DA SREĆNE VESTI DRUGIH LJUDI MOGU DA ZABOLE

Ne zato što nekome ne želimo sreću. Već zato što nas podsete na ono što i sami dugo čekamo.

DA PODRŠKA ČESTO TRAJE KRAĆE NEGO PROCES

Na početku svi pitaju. Posle nekoliko pokušaja nastane tišina. A upravo tada podrška najviše znači.

DA OKOLINA UGLAVNOM NE ZNA ŠTA DA KAŽE

Pa kaže pogrešne stvari: „Opustite se.“ „Biće kad prestanete da mislite o tome.“ „Pa danas svi rade vantelesnu.“ A nekad je dovoljno samo pitati: „Kako ste stvarno?“

DA UMOR NIJE SAMO FIZIČKI

Postoji umor od objašnjavanja. Od nadanja. Od pitanja „ima li nešto novo“.

DA SE LJUBAV NEKAD POKAZUJE VEOMA TIHO

Kroz držanje za ruku u čekaonici. Ćutanje posle negativnog rezultata. Poruku: „Tu sam.“

DA LJUDI U OVOM PROCESU POSTANU MNOGO JAČI NEGO ŠTO SU MISLILI DA MOGU BITI

Ne zato što su želeli da budu jaki. Nego zato što nisu imali luksuz da odustanu.



PRVI PREGLED KOD GINEKOLOGA



Prvi ginekološki pregled za mnoge devojke i mlade žene predstavlja važnu prekretnicu, ne samo u zdravstvenom, već i u emocionalnom i psihološkom smislu. To je trenutak kada se prvi put susreću sa temama koje su često obavijene tišinom, stidom ili nedovoljno jasnim informacijama. Upravo zato način na koji se ovom iskustvu pristupa može imati dugoročan uticaj na odnos žene prema sopstvenom telu, zdravlju i redovnim pregledima.

KADA JE PRAVO VREME ZA PRVI PREGLED?

Važno je razumeti da prvi ginekološki pregled ne mora nužno biti vezan za problem. Idealno je da se obavi preventivno, najčešće između 13. i 15. godine ili nakon stupanja u seksualne odnose. Ipak, u praksi se često dešava da mlade žene dolaze tek kada se pojavi neki simptom ili nelagodnost.

Najčešći razlozi za prvi odlazak su:

- neredovni ili bolni menstrualni ciklusi
- izostanak menstruacije
- sumnja na infekciju ili neprijatan sekret
- početak seksualne aktivnosti
- potreba za savetom o kontracepciji

Strah je najčešći razlog odlaganja. Strah od nepoznatog, od bola, od neprijatnosti ili osećaja izloženosti. Međutim, važno je znati da prvi pregled ne mora uvek da izgleda onako kako ga mnogi zamišljaju.

KAKO IZGLEDA PRVI GINEKOLOŠKI PREGLED?

U velikom broju slučajeva, posebno kada devojka nije seksualno aktivna, pregled se svodi na razgovor i eventualni ultrazvuk preko stomaka. Klasičan pregled na ginekološkom stolu često nije ni potreban.

Prvi pregled najčešće uključuje:

- razgovor sa ginekologom o ciklusu, simptomima i opštem zdravlju
- pitanja o životnim navikama i eventualnim tegobama
- ultrazvučni pregled (najčešće preko stomaka)
- objašnjenje svega što se radi – korak po korak

Taj razgovor je zapravo najvažniji deo. To je prostor gde mlada žena može da pita sve što je zanima, bez straha da će pitanje biti glupo ili neprimereno. Dobar ginekolog će uvek objasniti svaki korak i neće uraditi ništa bez pristanka i razumevanja pacijentkinje.

Važno je zapamtiti: pregled nije nešto što treba izdržati, već iskustvo koje treba da bude sigurno i razumljivo.

ZAŠTO JE PRVI UTISAK VAŽAN?

Način na koji devojka doživi prvi pregled često oblikuje njen odnos prema ginekologu u budućnosti. Pozitivno iskustvo znači veću verovatnoću da će redovno ići na kontrole, dok negativno može dovesti do izbegavanja pregleda godinama.

Zato je važno da svaka mlada žena zna:

- ima pravo da postavlja pitanja
- ima pravo da kaže ako joj nešto ne prija
- ima pravo da traži dodatno objašnjenje
- ima pravo da promeni lekara ako se ne oseća prijatno

Osećaj kontrole i poštovanja čini ogromnu razliku.



ULOGA RODITELJA I INFORMACIJA

Roditelji, posebno majke, često imaju ključnu ulogu u tome kako će devojka doživeti prvi odlazak kod ginekologa. Otvoren i smiren razgovor može značajno smanjiti anksioznost. Umesto zastrašivanja, važno je predstaviti pregled kao deo brige o zdravlju.

Takođe, ne treba zanemariti ni ulogu edukacije. U nedostatku pouzdanih informacija, mladi se često okreću internetu, gde sadržaj može biti zbunjujući ili netačan.

Zato prvi pregled treba da bude i prilika da se nauče važne stvari kao što su kako funkcioniše menstrualni ciklus, šta je normalno, a kada treba reagovati, koje su opcije zaštite i kontracepcije i kako se čuva reproduktivno zdravlje.

Način komunikacije igra veliku ulogu. Jednostavan, jasan i topao pristup pomaže da se izgradi poverenje i osećaj sigurnosti.

Prvi ginekološki pregled nije samo medicinski događaj, to je početak odnosa prema sopstvenom telu.

Na kraju, ovaj pregled ne treba posmatrati kao nešto neprijatno ili zastrašujuće, već kao važan korak ka razumevanju i brizi o sebi. Kada se tom iskustvu pristupi sa pažnjom, podrškom i pravim informacijama, ono može postati temelj zdravih navika koje traju čitav život.

Autorka: Miroslava Subotić



Hraniteljstvo

JEDNAKO PORODICA

Hraniteljstvo je jedan od onih pojmova koji većina ljudi razume površno, kao „privremeno čuvanje dece“ ili „alternativu usvajanju“.

Međutim, iza te reči stoji mnogo složeniji i humaniji sistem brige o deci koja, iz različitih razloga, ne mogu da odrastaju u svojim biološkim porodicama. Ono što hraniteljstvo čini posebnim jeste njegova suština: pružiti detetu dom, sigurnost i toplinu, a istovremeno ne oduzimati mu pravo na poreklo i identitet.

ŠTA HRANITELJSTVO ZAISTA ZNAČI

Za razliku od usvajanja, hraniteljstvo nije trajni oblik zbrinjavanja. Dete ostaje pravno vezano za svoju biološku porodicu ukoliko je to moguće, a hraniteljska porodica postaje njegova svakodnevica, mesto gde raste, ide u školu, razvija odnose i gradi osećaj pripadnosti. Upravo ta „privremenost“ često

je najveća prepreka ljudima da se odluče na ovaj korak. Pitanje koje se gotovo uvek postavlja jeste: kako voleti dete za koje znaš da možda neće zauvek ostati?

Odgovor leži u jednostavnoj, ali snažnoj ideji – svako dete zaslužuje ljubav sada, bez odlaganja. Istraživanja pokazuju da deca u hraniteljstvu često postižu bolje razvojne ishode nego u institucionalnom smeštaju. Porodično okruženje, čak i kada nije biološko, značajno utiče na emocionalni razvoj, samopouzdanje i socijalne veštine deteta. Razliku ne prave veliki sistemi, već male svakodnevne stvari: zajednički obroci, razgovori pred spavanje i osećaj da nekome pripadaš.

Ono što mnogi ne znaju jeste da postoji više oblika hraniteljstva, u skladu sa potrebama dece i mogućnostima porodica:

- standardno hraniteljstvo za dugoročniji boravak deteta
- urgentno hraniteljstvo za hitne, krizne situacije
- specijalizovano hraniteljstvo za decu sa zdravstvenim ili razvojnim poteškoćama

- povremeno hraniteljstvo koje pruža podršku biološkim porodicama

Ova raznolikost pokazuje da hraniteljstvo nije „jedna uloga za sve“, već fleksibilan sistem u kojem različiti ljudi mogu pronaći svoje mesto.

IZAZOVI, PREDRASUDE I PRAVA VREDNOST

Hraniteljstvo nije rezervisano za savršene porodice. Hranitelji su obični ljudi, parovi, pojedinci, porodice sa ili bez biološke dece, koji prolaze obuku i imaju podršku stručnjaka. Ono što se traži nije savršenstvo, već stabilnost, spremnost na učenje i otvorenost za saradnju sa sistemom i, kada je moguće, biološkom porodicom deteta.

Jedan od najvećih izazova jeste upravo odnos sa biološkim roditeljima. U nekim situacijama kontakti su redovni, što može biti emotivno zahtevno. Hranitelji tada imaju posebnu ulogu da budu oslonac detetu, ali i da poštuju njegovu prošlost i identitet. To je tanka linija između brige i razumevanja, ali upravo tu hraniteljstvo dobija svoju dubinu.

U javnosti i dalje postoje predrasude, posebno ona da se ljudi odlučuju na hraniteljstvo zbog novčane nadoknade. Iako postoji određena finansijska podrška, ona ne može biti pravi motiv. Hraniteljstvo zahteva vreme, energiju i emocionalnu posvećenost koja daleko prevazilazi materijalni aspekt. Najveća vrednost ovog iskustva nalazi se u odnosu koji se gradi, u poverenju deteta, njegovom napretku i osećaju sigurnosti koji dobija.

Možda najlepši, ali i najteži deo hraniteljstva jeste spremnost na rastanak. Kada se dete vrati u biološku porodicu ili ode na usvajanje, hranitelji ostaju sa prazninom, ali i sa svešću da su uradili nešto izuzetno važno. Cilj nikada nije bio da dete ostane, već da bude dobro.

U svetu u kojem često nedostaje empatije, hraniteljstvo podseća na suštinu – da porodica nije samo krvna veza, već odnos koji se gradi kroz brigu, prisutnost i odgovornost. To je prostor u kojem dete dobija novu šansu, a odrasli priliku da naprave razliku koja zaista menja nečiji život.

Autorka: Dragana Krstić



Za obuku i licenciranje hranitelja u Srbiji potrebno je prikupiti određenu dokumentaciju koja potvrđuje podobnost, stabilnost i spremnost kandidata za ovu ulogu. Evo pregleda taksativno:

- zahtev za procenu podobnosti za hraniteljstvo (*podnosi se Centru za socijalni rad*)
- lična karta (*kopija*) ili očitana lična karta
- dokaz o prihodima (*potvrda o zaposlenju, penziji ili drugim primanjima*)
- lekarsko uverenje o opštem zdravstvenom stanju (*za sve punoletne članove domaćinstva*)
- uverenje da se ne vodi krivični postupak
- potvrda da kandidat nije lišen roditeljskog prava
- dokaz o vlasništvu ili korišćenju stambenog prostora
- kratka biografija kandidata (*nekad se traži u procesu procene*)

OGTT

OGTT (oralni test opterećenja glukozom), vantelesna oplodnja (VTO) i sterilitet u savremenoj reproduktivnoj medicini sve se češće posmatraju kao međusobno povezani pojmovi, jer se pokazalo da metaboličko zdravlje ima direktan uticaj na plodnost, kvalitet ovulacije i uspešnost implantacije embriona. Zbog toga OGTT test više nije samo endokrinološka analiza, već važan deo pripreme za trudnoću i posebno za VTO postupke.

OGTT TEST - KAKO IZGLEDA PROCEDURA KORAK PO KORAK

OGTT (oralni glukozni tolerans test) se radi ujutru, nakon najmanje 8 do 12 sati gladovanja. Pre samog testa pacijentkinja miruje, jer fizička aktivnost i stres mogu uticati na rezultate.

Prvi korak je vađenje krvi iz vene, na prazan stomak. Tom prilikom se najčešće određuje glukoza natašte, a kod proširenih analiza i insulin, ponekad i HbA1c ili drugi metabolički parametri, u zavisnosti od protokola lekara.

Nakon toga sledi pijenje rastvora glukoze. Standardno se koristi 75 grama glukoze rastvorene u oko 250–300 ml vode. Rastvor je veoma sladak i mora da se popije u kratkom vremenskom intervalu, obično u roku od 5 minuta. Kod trudnica se u nekim situacijama koriste i blaže varijante testa, ali za procenu insulinske rezistencije kod steriliteta najčešće se koristi upravo ova standardna doza.

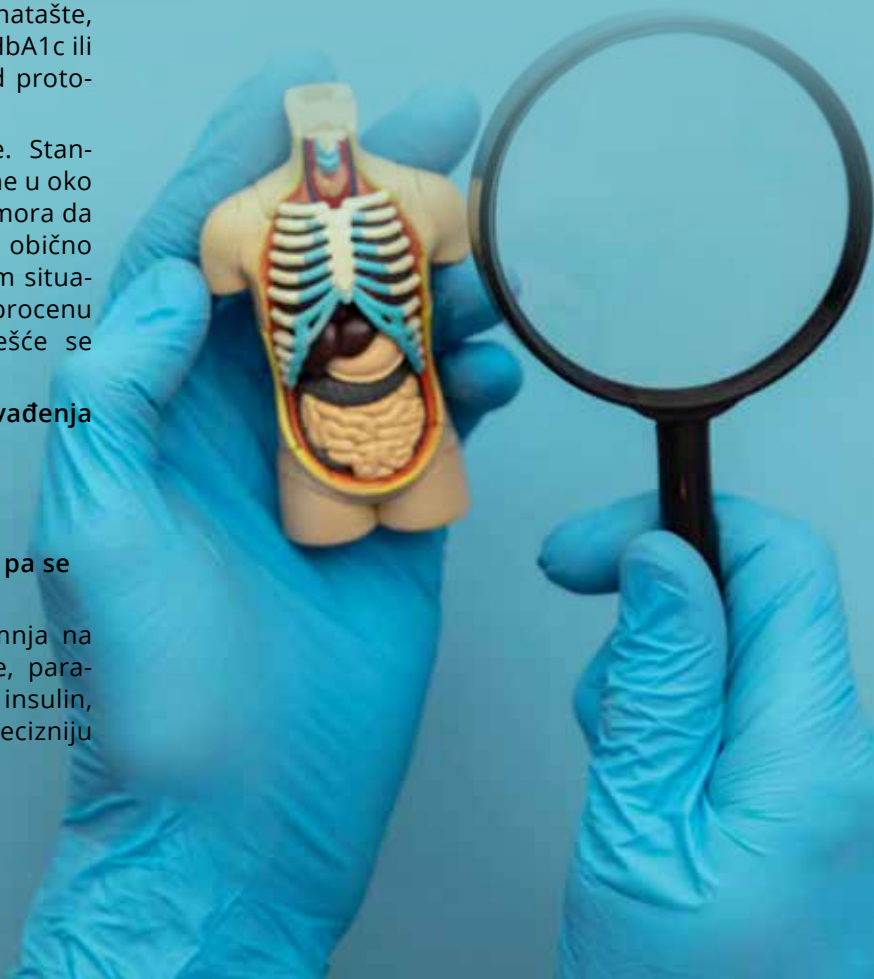
Nakon unosa glukoze rade se kontrolna vađenja krvi:

- 60 minuta nakon ispijanja glukoze
- 120 minuta nakon ispijanja glukoze
- Ponekad lekari savetuju više vađenja krvi pa se to ostavlja na savet lekarima.

U mnogim centrima, posebno kada se sumnja na insulinsku rezistenciju ili policistične jajnike, paralelno se u istim vremenskim tačkama meri i insulin, jer odnos glukoze i insulina daje mnogo precizniju sliku metaboličkog odgovora organizma.

OGTT I NJEGOVA ULOGA KOD STERILITETA

Sterilitet se definiše kao nemogućnost začeća nakon 12 meseci redovnih nezaštićenih odnosa (ili 6 meseci kod žena starijih od 35 godina). Iako se najčešće prvo razmišlja o hormonima i reproduktivnim organima, sve je jasnije da metabolizam ima ključnu ulogu.





Insulinska rezistencija, koja se otkriva OGTT testom, dovodi do toga da organizam proizvodi više insulina nego što je potrebno. To može izazvati hormonski disbalans, naročito povećanje androgenih hormona, što direktno remeti ovulaciju. Posledica su neredovni ciklusi, izostanak ovulacije ili ovulacije lošeg kvaliteta. Kod dela žena ovo stanje se manifestuje i kroz sindrom policističnih jajnika (PCOS), koji je jedan od najčešćih uzroka infertiliteta u reproduktivnom periodu.

VTO I ZNAČAJ METABOLIČKE PRIPREME ORGANIZMA

Vantelesna oplodnja (VTO) je kompleksan postupak koji uključuje hormonsku stimulaciju jajnika, aspiraciju jajnih ćelija, oplodnju u laboratorijskim uslovima i transfer embriona u matericu. Iako je tehnološki veoma napredan, uspeh VTO i dalje u velikoj meri zavisi od biološkog kvaliteta jajnih ćelija i endometrijuma.

Ako postoji nelečena insulinska rezistencija, može doći do:

- slabijeg odgovora jajnika na hormonsku stimulaciju

- manjeg broja kvalitetnih jajnih ćelija
- lošijeg kvaliteta embriona
- smanjene verovatnoće implantacije.

Zbog toga se OGTT danas sve češće radi pre ulaska u VTO postupak, kako bi se na vreme otkrili metabolički poremećaji i korigovali pre započinjanja stimulacije.

Ukoliko test pokaže odstupanja, terapija se najčešće zasniva na kombinaciji promena životnih navika i medicinske terapije, regulacije ishrane, povećanja fizičke aktivnosti i po potrebi uvođenja lekova koji poboljšavaju osetljivost na insulin. U mnogim slučajevima upravo ova priprema značajno povećava šanse za uspešan ishod VTO.

Dodatno, sve više stručnjaka naglašava važnost pripreme, gde se organizam stabilizuje nekoliko meseci pre samog postupka. Time se ne utiče samo na trenutni ciklus, već na kvalitet jajnih ćelija koje su u tom periodu u razvoju. Na taj način OGTT postaje mali, ali veoma važan deo šire slike pripreme za trudnoću i dugoročno poboljšava reproduktivne ishode.

Autorka: Dragana Krstić

Hlamidija



Hlamidija je jedna od najčešćih polno prenosivih infekcija, ali i jedna od najpodmuklijih jer u velikom broju slučajeva prolazi potpuno neprimećeno. Upravo zato se često otkrije tek slučajno – tokom rutinskih pregleda ili ispitivanja steriliteta, kada već može biti prisutna posledica infekcije.

Autorka: Melisa Selimović

Uzročnik je bakterija *Chlamydia trachomatis*, a prenosi se seksualnim putem. Problem nije samo u infekciji, već u njenoj „tihoj“ prirodi. Kod žena simptomi su često blagi ili nepostojeći, pa se lako zanemare.

Najčešći (ako se uopšte jave) simptomi su:

- pojačan ili promenjen vaginalni sekret
- blago peckanje ili nelagodnost pri mokrenju
- bolovi u donjem delu stomaka
- oskudna krvarenja između ciklusa
- bol ili nelagodnost tokom odnosa

Kada se ne leči na vreme, hlamidija može da pređe u gornje delove genitalnog trakta i izazove ozbiljnije komplikacije. Najvažnije posledice su vezane za reproduktivno zdravlje.

Moguće komplikacije:

- uključuju zapaljenje jajovoda (salpingitis)
- upalne procese u maloj karlici (PID)
- stvaranje priraslica
- smanjenu prohodnost jajovoda
- povećan rizik od vanmaterične trudnoće
- problem sa prirodnim začećem

Zanimljivost je da hlamidija može da preživi i da se razmnožava unutar ćelija domaćina, što je čini „skrivenijom“ od većine bakterija. Zbog toga je imuni sistem teže prepoznaje, a i antibiotici moraju da se daju tačno u određenoj dozi i trajanju da bi delovali potpuno.

Dijagnostika je jednostavna i pouzdana, i danas se brzo dolazi do rezultata kroz PCR test iz cervikalnog brisa.

Dobra vest je da je hlamidija izlečiva infekcija. Terapija se zasniva na antibioticima, ali uz nekoliko važnih pravila:

- obavezno lečenje oba partnera
- apstinencija od seksualnih odnosa tokom terapije
- kontrolno testiranje nakon lečenja, po preporuci lekara

Prevenција ostaje ključna, jer sprečava i infekciju i njene posledice a to je sprovodi kroz redovne ginekološke preglede i testiranje pre planiranja trudnoće.

Hlamidija je primer infekcije koja sama po sebi ne mora da napravi veliki problem, ali ignorisana može imati dugoročne posledice po plodnost. Upravo zato je važno da se o njoj razmišlja kao o rutinskom delu brige o zdravlju, a ne kao o temi koja se odlaže dok se ne pojave simptomi.

Hlamidija je danas najčešća bakterijska polno prenosiva infekcija u svetu. Procene Svetske zdravstvene organizacije govore da se svake godine registruje oko 130 miliona novih slučajeva globalno, a najveći broj infekcija javlja se kod osoba mlađih od 25 godina.

Ono što je posebno važno jeste da se kod čak 70–80% žena infekcija uopšte ne manifestuje nikakvim simptomima. To znači da većina žena ne zna da je inficirana, sve dok se ne uradi test ili ne pojave posledice.

Roditeljstvo

POSLE ČEKANJA

O dolasku bebe najčešće govorimo kroz sreću, prve osmehe, miris kože novorođenčeta i ostvarenje sna koji se dugo čekao. I zaista, za parove koji su prošli kroz sterilitet, vantelesnu oplodnju, gubitke ili godine neizvesnosti, trenutak kada konačno postanu roditelji deluje kao kraj jedne velike borbe. Međutim, ono o čemu se mnogo ređe govori jeste činjenica da dolazak bebe ne briše automatski sve strahove, umor i emocije koje su se godinama taložile.

Mnogi roditelji posle dugog puta do deteta osećaju nešto što ih dodatno zbunjuje – umesto stalne euforije pojave se iscrpljenost, preplavljenost obavezama, strah da nešto ne urade pogrešno ili osećaj da moraju da budu „savršeno srećni“ jer su dete toliko dugo čekali. Upravo taj pritisak često stvara dodatnu tišinu oko emocija koje su potpuno prirodne.



KADA SREĆA I STRAH POSTOJE ZAJEDNO

Nije retkost da majke nakon porođaja osećaju pojačanu anksioznost. Kod žena koje su prošle kroz lečenje steriliteta ona nekada može biti još izraženija. Posle godina borbe teško je poverovati da je sada zaista sve u redu. Neke mame proveravaju da li beba diše više puta tokom noći, plaše se svakog pregleda ili osećaju konstantnu potrebu da sve drže pod kontrolom. I očevi često nose svoj teret brige, samo o tome ređe govore.

Poseban izazov predstavlja i susret sa realnošću roditeljstva. Beba ne dolazi sa uputstvom, a umor, nespavanje i svakodnevne obaveze mogu biti veliki izazov čak i kada je dete dugo željeno. Važno je razumeti da zahvalnost zbog roditeljstva i iscrpljenost mogu postojati istovremeno. Jedno ne isključuje drugo.

Biti umoran ne znači biti nezahvalan.

Imati strahove ne znači biti loš roditelj.

PRITISAK DA BUDEMO „SAVRŠENO SREĆNI“

Mnogi roditelji koji su prošli sterilitet priznaju da su imali osećaj krivice kada bi se požalili da su umorni ili da im je teško. Kao da društvo od njih očekuje da budu srećni svakog trenutka jer su „toliko želeli dete“. Ali roditeljstvo nije dokazivanje zahvalnosti. Roditeljstvo je život sa svim lepim i teškim trenucima koje nosi.

Zato je veoma važno govoriti o mentalnom zdravlju roditelja nakon dolaska bebe. Podrška partnera, porodice, prijatelja i stručnjaka može imati ogromnu ulogu. Nekada je dovoljno da neko kaže: „U redu je da ti bude teško.“ Jer upravo ta dozvola da budemo iskreni često donosi najveće olakšanje.

LJUBAV KOJA JE DUGO ČEKANA

Sa druge strane, iskustvo borbe za roditeljstvo kod mnogih ljudi razvije posebnu vrstu povezanosti sa detetom. Roditelji češće primećuju male trenutke, sporije prolaze kroz faze odrastanja i snažnije osećaju koliko je vreme dragoceno. Prvi osmeh, prva reč ili običan zagrljaj dobijaju potpuno drugačiju težinu kada iza sebe imate godine čekanja.

Mnogi roditelji kažu da tek nakon dugog puta do bebe shvate koliko se sreća često krije u malim, svakodnevnim stvarima, uspavlivanju, držanju za ruke, zajedničkom doručku ili zagrljaju pred spavanje.



PARTNERSKI ODNOS POSLE DOLASKA BEBE

Važno je govoriti i o odnosu partnera nakon dolaska bebe. Tokom lečenja steriliteta parovi često godinama funkcionišu pod pritiskom terapija, analiza, finansijskih troškova i emocionalnih uspona i padova. Kada beba dođe, mnogi očekuju da će svi problemi nestati, ali tada počinje novo prilagođavanje. Umor i manjak vremena lako udalje partnere ako ne neguju komunikaciju i međusobnu podršku.

Nekada upravo kratki razgovori, zajednički trenuci ili razumevanje bez mnogo reči postaju najvažniji oslonac porodice.

Roditeljstvo posle steriliteta često menja i pogled na život. Mnogi roditelji kažu da postaju osjetljiviji na tuđe borbe, pažljiviji prema ljudima i svesniji koliko nevidljivih bitaka drugi vode. Upravo zato zajednica podrške ima veliku vrednost jer ljudi koji su prošli sličan put razumeju emocije koje nije uvek lako objasniti drugima.

I možda je baš to najvažnija poruka za sve buduće roditelje: ne morate biti savršeni da biste bili dobri roditelji. Dovoljno je da budete prisutni, nežni prema sebi i spremni da učite zajedno sa svojim detetom. Jer roditeljstvo nije trenutak kada sve postane idealno. To je proces u kome svakog dana rastu i dete i roditelji.

Autorka: Miroslava Subotić

BROJEVI U VTO PROCEDURI

Vantelesna oplodnja (VTO) u brojkama izgleda mnogo konkretnije nego što se na prvi pogled čini – jedan ciklus je zapravo niz precizno definisanih koraka koji uključuju veliki broj procedura, analiza i terapija.

Jedan VTO ciklus uključuje:



Priprema za VTO najčešće počinje sa 10 do 50 različitih laboratorijskih analiza (hormoni, AMH, TSH, infektivne bolesti), uz 1 do 3 konsultacije sa lekarom. Sam ciklus stimulacije traje u proseku 10 do 12 dana, tokom kojih žena prima između 25 i 45 hormonskih injekcija. Doze se svakodnevno prilagođavaju, a terapija često uključuje 2 do 4 različita leka.

U tom periodu radi se 5 do 7 ultrazvučnih pregleda i 3 do 6 vađenja krvi kako bi se pratio rast folikula i nivo hormona. Na kraju stimulacije, daje se tzv. „stop“ injekcija, tačno u sat, jer aspiracija sledi 34 do 36 sati kasnije.

Tokom aspiracije, koja traje oko 15 minuta, lekar punkтира svaki folikul – najčešće između 6 i 12 puta, u zavisnosti od broja folikula. U laboratoriji se zatim obrađuje uzorak sperme (1 uzorak, ali kroz više faza obrade), a oplodnja se radi klasično ili ICSI metodom, gde embriolog pojedinačno ubrizgava spermatozoid u jajnu ćeliju, ponekad i 10 ili više puta u jednom ciklusu.

Embrioni se prate 3 do 5 dana, uz svakodnevne procene (dakle najmanje 3 do 5 evaluacija po embrionu). Ako se radi produžena kultivacija do blastociste, preživi u

proseku 30–50% embriona. U slučaju genetskog testiranja (PGT), uzima se 5 do 10 ćelija iz svakog embriona za analizu.

Transfer embriona je kratak. Traje 5 do 10 minuta, ali mu prethodi precizna priprema, uključujući dodatne 1 do 3 kontrole endometrijuma. Nakon transfera sledi terapija koja podrazumeva još 10 do 20 dana korišćenja progesterona i pratećih lekova.

KADA SE SVE SABERE, JEDAN VTO CIKLUS UKLJUČUJE:

- 30 do 50 injekcija
- 10 do 20 analiza i vađenja krvi
- 6 do 10 ultrazvučnih pregleda
- 1 aspiraciju
- 1 embriološki proces sa više desetina mikromanipulacija
- 1 transfer embriona

I iza svega toga – oko 30 dana intenzivnog procesa koji je precizan gotovo do sata, gde svaka brojka ima svoje mesto i svoju težinu.

Autorka: Melisa Selimović



Dr. Elias Tsakos
Medicinski Direktor



26
godina

Ikustvo,
Evolucija,
Inovacija &
Izvrsnost



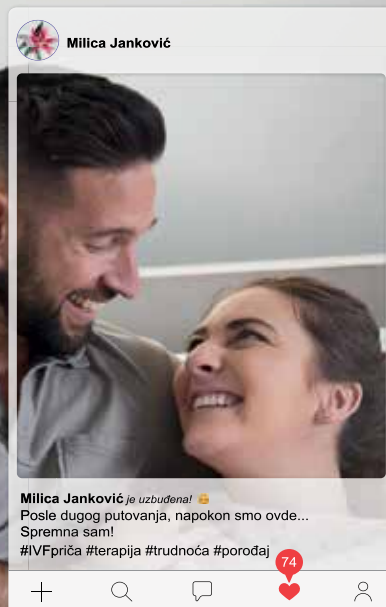
Embrioklinika je višestruko nagrađivana i izuzetno moderna klinika za asistiranu reprodukciju i vantelesnu oplodnju (VTO), sa timom lekara specijalista iz Grčke i Velike Britanije, koja za potrebe pacijenata iz Srbije i regiona, zapošljava i osoblje sa znanjem srpskog jezika.

NAŠE USLUGE

1. In Vitro Fertilizacija (IVF)
2. Intra-citoplazmatska injekcija sperme (ICSI)
3. Asistirani hatching (AH)
4. Kultura blastociste
5. Timelapse praćenje embriona
6. Tehnologija veštačke inteligencije (AI)
7. Napredni ginekološki ultrazvuk 3D/4D
8. Vitrifikacija i čuvanje jajnih ćelija i embriona
9. Donacija jajnih ćelija / sperme / embriona
10. Testikularna spermo ekstrakcija/aspiracija
11. Indeks DNK fragmentacije sperme
12. Histeroskopija, Laparoskopija i Robotska ginekološka hirurgija (Da Vinci)
13. Psihološko savetovanje i podrška
14. Holistička nega
15. Tretman žena do 54 godine, žena bez partnera i nevenčanih parova
16. PRP endometrijuma i jajnika
17. Histerosalpingo foam sonografija (HyFoSy)
18. Specijalizovani za endometriozu i miome

Poverenje je važno kada stvarate porodicu

RS-NONF-00169, septembar 2025.



Imena i prezimena, kao i fotografije ne odražavaju prave pacijente.

MERCK
Merck doo
Omladinskih brigada 90v
11070 Beograd