

CONCEPTIA:

I.) Fecundația și fenomenele care o preced (după literatura de specialitate) :

Def. :fecundația sau fertilizarea reprezintă fenomenul prin care spermatozoidul fuzionează cu ovocitul matur, producând oul sau zigotul, începutul unui nou individ;

A.) Fenomenele care preced fecundația :

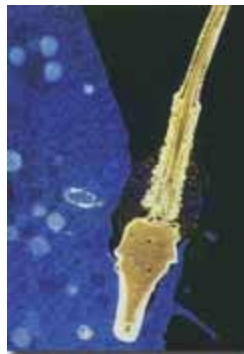
- a.) maturația celulei sexuale feminine – ovulul - care devine apt pentru a fi fecundat : are loc reducerea numărului de cromozomi la jumătate, de la 46 (cât are ovocitul de gradul I), la 23 formându-se ovocitul de gradul II – secundar. Acest proces are loc deja din viața intrauterină, se oprește la naștere și în copilărie și se reia la pubertate, cu fiecare ciclu menstrual.Ovulul matur este o celulă de 150-200 de microni (cea mai mare celulă din organism),
- b.) maturația celulei sexuale masculine – spermatozoidul – care devine apt pentru a fecunda ovulul . Evoluția spermatogenică, de la spermatogonie la spermatozoid apreciată în timp de 74 de zile (Heller și Clermont, 1963), se face în tubii seminiferi în valuri ceea ce îi asigură continuitatea. Spermatogonia devine spermatidă sau spermatocit primar cu 46 de cromozomi care se vor reduce la jumătate printr-o mitoză reducțională și se vor forma doi spermatoziți secundari, fiecare cu câte 23 de cromozomi. În stadiul final spermatozoidul este o celulă de 60 microni, având un cap (porea cea mai voluminoasă care conține nucleul cu cromozomii, deci materialul genetic !), gâtul sau colul (partea flexibilă între cap și piesa intermediară) , piesa intermediară(reprezentând centrala energetică a spermatozoidului) și coada (o piesă lungă și subțire care conferă mobilitate spermatozoidului). Un lichid spermatic normal are o cantitate de 2-5,5 ml / ejaculat, de culoare opalescentă, lactescentă, neomogen, cu un moros specific datorită sperminei și un pH alcalin. Există un număr de **40-250 milioane spermatozoizi/ cm cub**, dintre care forme normale peste 80%, forme degenerate sub 20%. La temperatura dcamerei 60-90% sunt mobili cu mobilitate maximă la 1-4 ore. Se poate **congela lichidul spermatic la – 79 ° C și se păstrează activ indefinit** (pentru fertilizare in vitro mai ales).

- c.) **Ovulația și captarea ovulului** - punerea în libertate a ovulului matur de către un folicul ovarian se face sub influența secreției hormonale (când hormonul LH ajunge la un vârf maxim), el este apoi captat de pavilionul trompei uterine prin 3 fenomene importante: **motilitatea** specifică a trompei, dependentă de un echilibru hormonal estrogeno-progestativ (estrogenii măresc peristaltismul tubar, adică contracțiile musculare, iar progesteronul îl diminuează); **curentul lichidian** în direcția peritoneu - trompă rezultat din absorbția lichidului existent în mod normal aici de către trompa uterină, ceea ce explică de ce trompa poate culege un ovul chiar din ovarul contralateral; **procese biologice umoral-hormonale** necesare supraviețuirii și transportului ovular. Estrogenii și progesteronul crează mediul favorabil de dezvoltare al oului. Sursele de energie variază pe măsură ce dezvoltarea progresează. La început, oul utilizează doar piruvatul sau oxalacetatul, apoi glucoza și proteinele (aminoacizi), toate furnizate de secrețiile tubare reglate de hormoni menționați. În aceste secreții se găsesc inclusiv enzimele necesare digestiei proteinelor și lipidelor;
- d.) **Acuplarea sau copulația:** act prin care lichidul seminal ce conține milioane de spermatozoizi, este depus în organele genitale feminine, respectiv în vagin și un număr destul de neînsemnat pe regiunea cervicală;
- e.) un complex de fenomene biologice care condiționează **ascensiunea spermatozoizilor** spre treimea externă a trompei - locul fecundației unde întâlnesc ovulul apt fecundației. Ascensiunea spermatozoizilor este favorizată de secreția unor hormoni (vasopresină și ocitocină), motilitatea nervoasă a tractului genital declanșată de orgasm, prostaglandinele (hormoni) resorbite din lichidul spermatic, etc. În vagin viabilitatea spermatică (mai ales la mijlocul ciclului când pH-ul este cel mai scăzut), este limitată la câteva ore. Primele momente ale ascensiunii sunt legate de calitatea spermatozoizilor dar și de o serie de componente ale lichidului spermatic cu rol în activația spermatozoizilor. Pătrunderea în căile superioare se face rapid: astfel în maxim 3 minute ei ajung deja în uter iar la 5 minute se află deja în trompele uterine dacă există mediu prielnic și tubele nu sunt înfundate. Spermatozoizii ascensionează în orice fază a ciclului menstrual dar mijlocul ciclului, în perioada ovulației, este mult favorizată ascensiunea lor de către vâscozitatea redusă a glerei cervicale. În această fază există o concentrație maximă a estrogenilor, un pH alcalin maxim. În schimb progesteronul produce obstacole în ascensiunea spermatozoizilor: crește vâscozitatea glerei cervicale care devine impermeabilă, acesta fiind de fapt unul din efectele contraceptive ale progesteronului! Motilitatea spermatozoidului este necesară pentru ascensiunea

lui dar mai ales pentru fecundație. În timpul orgasmului *uterul are mișcări de coborâre și aspirație a lichidului spermatic*. Foarte importantă este însă *motilitatea trompelor uterine* în ascensiunea spermatozoizilor, motilitate condiționată hormonal așa cum am arătat mai sus. În glera cervicală spermatozoizii au supraviețuit și 7 zile iar în tuba uterină s-au găsit spermatozoizi viabili după 85 de ore de la însămânțare, dar motilitatea NU se suprapune fecundității, aceasta din urmă scade în 24-48 de ore. O mare parte din spermatozoizi sunt fagocitați (« înghițiți ») de către leucocite, astfel după 10-12 ore de la contactul sexual apare un număr mare de leucocite în canalul cervical. Astfel, spermatozoizii pot constitui un material antigenic (femeia creează anticorpi împotriva spermatozoizilor și îi distruge) - cauza sterilității în infertilități imunologice !

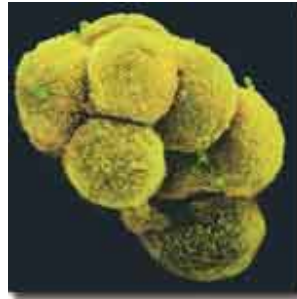
B.) Fecundația : se desfășoară în mai multe etape :

- a.) capacitația, prin care spermatozoizii, în timpul ascesiunii lor spre trompă, suferă un ultim proces de maturare; este un fenomen spontan dar este mediat și de către celulele foliculare din jurul ovulului, celule care au fost stimulate de hormoni;
- b.) contactul spermatozoidului cu ovulul: cel mai apropiat spermatozoid va penetra ovulul, reacția de cuplare fiind una imunologică (cu receptorii ovulari), dar există și o atracție chimică;
- c.) atașarea spermatozoidului la membrana ovulului (zona pelucida), înainte de a o pătrunde. La 3 ore de la însămânțare se văd mai mulți spermatozoizi în jurul ovulului dar numai unul va pătrunde zona;
- d.) reacția acrozomului, adică eliberarea unor enzime de către spermatozoid care vor ușura pătrunderea în ovul;
- e.) pătrunderea zonei pelucida a ovulului (membrana ovulului);
- f.) penetrația ovulului: comportă trei faze: atașarea, fuziunea, și încorporația spermatozoidului în ovul;



- g.) **reacția corticală – blocarea polispermiei** : după pătrunderea unui spermatozoid în ovul, acesta NU mai permite o altă penetrare ;
- h.) **activația**: fenomene ce duc la formarea pronucleilor;
- i.) **formarea pronucleilor**: materialul cromozomial ce intră odată cu capul spermatozoidului în citoplasma ovulară este complet (23 de cromozomi), cromozomii se derulează, nucleul spermatozoidului este transformat într-un pronucleu cu un nr. de 23 de cromozomi ; în acelaș timp și în acelaș mod nucleul ovocitului formează un pronucleu femel ;
- j.) **Syngamsia sau Concepția propriu-zisă** :amândoi pronuclei (masculin și feminin) cresc în mărime, migrează către centrul oului, își pierd membranele și își pun pe linia ecuatorială în comun seturile cromozomiale (23 + 23). **Din acest moment se formează o nouă ființă umană cu număr diploid de cromozomi (46), dar cu genoame diferite !**
- k.) **Segmentarea** :noua celulă diploidă se segmentează prin mitoză(diviziune) care are loc după 35-38 ore de la penetrația spermatozoidului în ovul , ducând la 2 celule , mitozele următoare succedându-se rapid :la 45 de ore va avea 4 celule/ la 66 de ore 8 celule/la sfârșitul celei de a 3-a zi va avea 16 celule.

Morulă (la sfârșitul zilei a 3-a, cu 8-16 celule) :



Concluzia noastră : autorul afirmă pe bună dreptate că după unirea celor doi nuclei se formează o nouă ființă umană, dar nu doar fiindcă se unesc cei doi nuclei (vezi faza « j » a fecundației), ci fiindcă Dumnezeu însușeflește acest « ou » care poartă din acest moment tot bagajul genetic nou format dar și toată « moștenirea sufletească » dată lui de la părinți și strămoși, până la strămoșii noștri Adam și Eva.

Metodele contraceptive și abortive acționează în fazele c.) și e.) premergătoare fecundației (captarea ovulului de către trompă și ascensiunea spermatozoizilor) : progesteronul scade motilitatea trompelor și reduce secreția tubei care hrănește embrionul și astfel acesta va muri (efectul abortiv al contraceptivelor), atât datorită

lipsei de hrană cât și datorită opririi în tuba uterină unde nu se poate nida(Incuibări) sau dacă o face va rezulta o sarcină extrauterină, respectiv tubară, care va pune în pericol viața mamei . Sarcinile extrauterină reprezintă o mare urgență chirurgicală !

Ascensiunea spermatozoidelor este de asemenea încetinită sau oprită de către progesteronul administrat ca și contraceptiv (efectul contraceptiv al contracepției hormonale).

Spermicidele au efect contraceptiv și sunt folosite atât în construcția prezervativului(fiind îmbibate cu această substanța), cât și de către femei sub formă de geluri, tablete, creme, etc. având scopul de a distruge spermatozoidii și le scad implicit mobilitatea, deci ascensiunea lor . Astfel ele acționează în toate fazele ale fecundației (a-k), care nu mai poate avea loc. Spermicidele acționează prin intermediul unei substanțe chimice toxice, numită Nonoxinol 9 care este toxică atât pentru spermatozoid, cum am arătat mai sus, cât și pentru femeie deoarece absorbit în sânge poate provoca alergii la femeie dar este și teratogen pentru copil provocând malformații ;

II.) Nidația și fenomenele premergătoare :

A.) Fenomenele care preced nidația :

1. **Transportul oului** : acesta rămâne în 1/3 externă a trompei uterine (ampulă) aproximativ **72 de ore**, după care începe să migreze spre uter. La sfârșitul zilei a 3-a este în fază de **morulă**, având **8-16 celule**, când ajunge la cavitatea uterină. Trecerea oului prin trompă (3-4 zile) este favorizată de către secreția hormonilor estrogeni care cresc peristaltismul, adică contracțiile trompelor uterine și grăbesc transportul oului spre uter ; la **transportul oului** contribuie mult niște cili ai mucoasei trompelor precum și lichidul secretat la acest nivel, unele prostaglandine(hormoni), etc. În timpul trecerii prin trompă oul **se hrănește** prin schimburi nutritive de la acest nivel (glicogen care se descompune în aminoacizi și glucide).
2. **Oprirea oului (!)** : în condiții necorespunzătoare, respectiv concentrație mare de estrogeni , sterilet , etc. oul poate fi expulzat.
3. **Orientarea oului** : la femeie se păstrează filogenetic situarea oului pe linia mediană a uterului ;
4. **Adeziunea** : oprit la un anumit nivel al tubului uterin, oul nu se implantează imediat, el stă lipit de endometru, înconjurat de lichidul secretat de către glandele mucoasei uterine (endometriale), timp de **3-4 zile**, timp în care evoluția lui continuă de la stadiul de morulă la **blastocist** –

în a **6-a, -7-a zi de la fecundație**. Această atașare la mucoasă înainte de implantare, este un fenomen fizico-chimic realizat prin **alcalinizarea** mediului local. Prin alcalinizare, respectiv creșterea pH-ului local *învelișul oului devine lipicios, aderent, fenomen demonstrat și « in vitro »*.

Concluzia noastră : *în orice loc al traseului pe care îl urmează copilul spre uter (îl putem numi așa fiind om de la concepție iar termenul de « ou » fiind cu totul nepotrivit), pot apare « condiții neprielnice », adică abortive, care să ducă la expulzia lui, de fapt la abort ! Astfel, autorul recunoaște că acest lucru se poate întâmpla când este o concentrație mare de hormoni **estrogeni** și asta se întâmplă în urma consumului de contraceptive hormonale combinate sau doar cu estrogen(când îl numim **avort hormonal**) sau dacă în uter există un **sterilet** care atât d. p. d. v. mecanic va împiedica nidația cât și datorită hormonilor atașați de el(avort hormonal și mecanic) ! Cum acționează cele două metode contraceptive și mai ales abortive asupra copilului și îl avortează este descris mai jos.*

B.)Nidația: comportă mai multe etape:



- 1.) Penetrația :** oul pătrunde printr-o zonă redusă a endometrului unde va căpăta legăturile vasculare necesare hrănirii « hemotrofe », adică prin intermediul sângelui , până la acest moment el hrănindu-se « histiotrof », adică prin intermediul secrețiilor. Zona de penetrare se vindecă și embrionul încorporat în mucoasa uterină determină o modificare a aspectului mucoasei la acest nivel care devine o parte din viitoarea placentă.
- 2.) Răspândirea :** se referă de fapt la invazia endometrului ;

- 3.) **Fuziunea** trofoblastului (placentei) cu mucoasa uterină : nucleii a două țesuturi diferite, respectiv a copilului și al mamei, împart aceeași citoplasmă fără a produce un rejet (!) cum se întâmplă la un transplant al unui țesut străin. Există în mod paradoxal o toleranță imunologică a mamei față de un țesut străin !
- 4.) **Migrația** : Blastocistul migrează prin mucoasa uterină, vor fi erodate vasele sanguine materno iar primele conexiuni cu vasele sanguine se petrec la aproximativ **10-14 zile de la fecundație.**
- 5.) **Oprirea invaziei** : Stabilirea unui echilibru între și mediul matern opresc invazia endometrului, pH-ul mediului se normalizează, etc.

Concluzia noastră : în condiții prielnice are loc nidația, realizându-se un echilibru perfect între copil și mamă care NU îl va respinge, deși este un țesut « străin » d.p.d.v.histologic.

Această « **anomalie imunologică** », neexplicată științific, nu poate fi decât o minune lăsată de Dumnezeu și care ne arată într-un fel că viața noastră începe cu o minune nevăzută și continuă cu multe altele în pântecul mamei și până la naștere.

Medicina modernă neagă acest lung șir de minuni prin faptul că NU consideră pe acest ou a fi o sarcină, de la concepție și până la nidație, ci doar după nidație, după ce se stabilesc legăturile sanguine cu mama - un lucru total absurd fiindcă și până atunci se hrănește, există, se dezvoltă, crește, așa cum am arătat mai sus. Motivul pentru care în acest interval, de la concepție și până la nidație, medicina modernă vorbește de « ou sau morulă sau blastulă », dar nu de un copil și nu de o sarcină, nu este altul decât necesitatea unui compromis de care a avut nevoie știința medicală pentru a se putea dezvinovăți de AVORTUL HORMONAL, de EXPERIENȚELE efectuate pe embrion în cele 14 zile, de avorturile realizate în cadrul **FERTILIZĂRII IN VITRO** etc. Astfel, toate avorturile care au loc în acest timp datorită metodelor contraceptive și abortive (pilula contraceptivă, pilula de a doua zi, RU 486, etc.) NU vor fi considerate decât niște « **pierderi** », fără importanța unui « ghem de celule » cum este caracterizat de către alți autori pe acest copil. Tot în acest timp se avortează majoritatea embrionilor implantați prin metoda fertilizării in vitro. Sunt numite de asemenea « pierderi ».

Avortul hormonal produs de către **pilula contraceptivă**, cu estrogen sau combinată (estrogen și progesteron), numită de asemenea « pierdere », este provocat de reacțiile pe care le produc acești hormoni la nivelul trompelor uterine și a uterului :

- distrofia, respectiv **uscarea mucoasei uterine** (în special pilulele minidozate!), prin atrofia glandelor și al arterelor spiralate care hrănesc embrionul după nidație ;
- distrofia **mucoasei trompelor uterine**: nu se mai secretă substanțele necesare hrănirii copilului în cele 3 zile de migrare prin trompe ;
- **încetinirea transportului oului** prin inhibarea mișcărilor peristalticii trompelor uterine ; oul nu va ajunge la timp și se va usca, deci va fi avortat.

Anti-hormonul RU 486 acționează în acest interval de timp după concepție dar el își prelungește acțiunea abortivă până la 49 de zile ! Acest RU 486 de fapt blochează

hormonul progesteron de care are nevoie copilul și placenta care îl hrănește și astfel se va « usca » placenta, se va desprinde de pereții uterini iar copilul timp de 48 de ore moare . Modificările pe care le produce sunt următoarele :

- la mucoasa uterină : separă placenta de embrion (corionul de trofoblast), rupe practic copilul de sursa lui de hrană ;
- la nivelul musculaturii uterine : provoacă contracții uterine, favorizând eliminarea embrionului ;
- la nivelul colului uterin : îl înmoaie și îl dilată , asemenea unei pregătiri pentru un avort (sau naștere) ;
- trebuie menționat faptul că este posibilă distrugerea embrionului până la vârsta de **49 de zile**, deci o lună și jumătate !Un astfel de embrion este prezentat în imaginea de mai jos :



Steriletul de asemenea acționează în acest interval de timp, deci după concepție, eliminând copilul, adică produce un avort mecanic și hormonal. Steriletul acționează în felul următor :

- modificările produse sunt biochimice (inflamatorii, vasculare, de sângarare), traumatice (atrofia, adică uscarea mucoasei uterine), mecanice (ocupă cavitatea uterină și nu are loc oul pentru nidație), imunologice (scade toleranța uterului la prezența ovulului fecundat, a blastocistului), hormonale (produse de progesteron);
- toate aceste modificări fac endometrul impropriu nidării, blastocistul, negăsind un mediu propice implantării și astfel este eliminat, adică avortat!
- efectul **contraceptiv** al D.I.U. este minor: astfel mediul nefavorabil acționează și asupra : a.) **spermatozoidelor**, constatându-se modificări calitative, ei fiind “captati” de către endometrul inflammat și ajung doar într-o cantitate redusă în trompe; de asemenea cuprul are un **efect toxic** asupra spermatozoidelor, b.) a **mucusului cervical** care este îngroșat decât progesteron, împiedicând astfel înaintarea spermatozoidelor ; c.) a **trompelor uterine**, perturbând și încetinind migrarea spermatozoidelor spre trompe;
- **efectul abortiv** este realizat și prin a.) **modificările ovulului fecundat** de către mediul hormonal și inflamator de la nivelul mucoasei uterine, eliminându-l ;de asemenea cuprul are un **efect toxic** și asupra oului, b.)

*modificările de la nivelul **trompelor uterine** prin scăderea contracțiilor acestora și astfel se încetinește drumul oului către uter, oul murind, practic se usucă, neavând suficientă hrană și în cele din urmă este avortat.c.) **modificările hormonale și inflamatorii de la nivelul mucoasei uterine, descris mai sus.***

- ***e.) sarcina extrauterină: minim 3/100 femei/an!***
- ***un Părinte compara acest sterilet cu „ UN ȘARPE CARE SUGE SĂNGELE COPILULUI !”***

III.) Pregătirea și reacția mucoasei uterine :

Pregătirea mucoasei uterine pentru implantarea embrionului se face începând din momentul ciclului menstrual :

- după fecundare, mucoasa uterină se pregătește acum *de implantare* .Astfel au loc mai multe modificări la nivelul endometrului : crește secreția unor hormoni necesare implantării (gonadotrofine coriale), hormoni care vor forma așa zisul « *corp galben de sarcină* » care va secreta hormoni estrogeni și progesteron absolut necesari implantării ;
- în continuare mucoasa uterină *sub influența hormonilor estrogen și progesteron* (secretați de corpul galben de sarcină), secretă și *proteine, enzime, prolactină*, etc. toate indispensabile protecției, nutriției și implantării embrionului ;
- în timpul implantării au loc și *processe imunologice* : toleranța copilului de către mamă, embrionul fiind considerat ca o « grefă », dar secretul acestei toleranțe imunologice încă nu a putut fi elucidat ; se crede că există o relativă supresie a răspunsului imun din partea mamei.

Concluzia noastră :** modificările descrise de la nivelul endometrului în vederea implantării embrionului după fecundare **NU mai au loc în cazul utilizării contraceptivelor, a pilulei de a doua z, a anti hormonului RU 486 sau dacă în uter este un sterilet ! Acțiunea lor a fost descrisă anterior. Endometrul devine sub acțiunea lor un mediu impropriu implantării, motiv pentru care embrionul va fi eliminat, deci AVORTAT !