№6, (28), июнь-июль, 2019

ИРМ info

ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ



«Основные подходы к ведению беременности с позиции доказательной медицины.» Рослякова Татьяна
стр. 4

«Артериальная гипертензия (АГ) и беременность.» Капсултанова Дина
стр. 6

«Нам невероятно повезло, повезет и всем вам!» Алиева Ольга
стр. 8

Ежедневно Институт Репродуктивной Медицины делает уверенные шаги навстречу новым технологиям, чтобы каждая семья в нашей стране имела возможность стать по-настоящему счастливой и полноценной

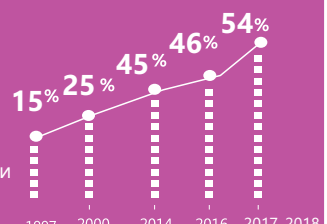
Инициатива по включению программ ЭКО в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

Регулярное повышение квалификции сотрудниками ИРМ в ведущих мировых клиниках

С выше 14 000 детей

ЭКО центр

График роста успешности Эко в ИРМ





ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ И УРОЛОГИЯ

29000 операций с 2010 г.

СВЫШЕ **4000** операций ежегодно

Диагностика и органосохраняющие операции лапароскопическим доступом

Реконструктивно-пластические операции влагалищным доступом



АНДРОЛОГИЯ

Количество пациентов обратившихся за помощью:



Лечение мужского бесплодия, в том числе тяжелых форм. Микрохирургия

Генитальная реконструктивная хирургия любой категории сложности



ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Взято на учет по беременности



Приоритетное направление деятельности поликлиники - ведение беременности после программ вспомогательных репродуктивных технологий

Школа подготовки к родам



КАФЕДРА ПОСДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Предлагается ряд программ обучения для эмбриологов и репродуктологов

95% казахстанских специалистов по репродуктивной медицине прошли первичное обучение в ИРМ



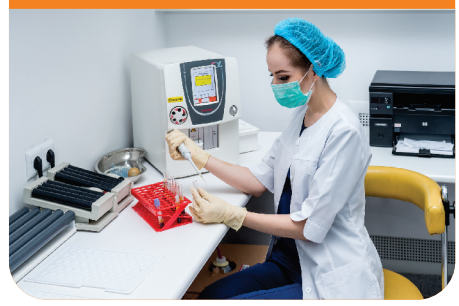
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

Общеклиническая

Биохимическая

Иммунохимическая лаборатории

Пренатальная инвазивная диагностика



КОРПОРАТИВНОЕ ИЗДАНИЕ
№6 (28), июнь-июль, 2019

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Тамара Джусубалиева,
директор Института
репродуктивной медицины (ИРМ)

ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР
Айгул Басен

ДИЗАЙН, ВЕРСТКА
Кравцева Оксана

СОБСТВЕННИК:
Учреждение «ИРМ»

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
Алматы, ул. Толе би, 99

ОТДЕЛ МАРКЕТИНГА:
Юлия Ахмеджанова
(a.juliya@irm.kz)
www.irm.kz

Отпечатано в типографии холдинга
ТОО «Алматы Моторс»
РК, г. Алматы,
ул. Кочина, 4,
Тел.: +7 (727) 328 97 43

Тираж – 2 000 экз.

Свидетельство о постановке на учет периодического печатного издания № 14607-Г от 31.10.14. Выдано Агентством РК по связи и информации.

Редакция не всегда разделяет мнение авторов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели. Рекламодатели предупреждены об ответственности за рекламу незарегистрированных, не разрешенных к применению МЗ РК лекарственных средств и изделий медицинского назначения.
При перепечатке материалов ссылка на «ИРМ INFO» обязательна.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!



Мы рады представить Вам очередной номер нашего издания. Наконец-то не очень ласковая весна отдала права долгожданному лету. А лето начинается с одного из старейших международных праздников-День защиты детей!

Международный день защиты детей — замечательный день. Он полон радости, веселья и улыбок наших детей. Как тепло становится на душе, когда мы видим улыбающегося ребенка! Невозможно передать словами ощущения женщины, когда она кормит ребенка грудью, когда теплый, сладкий человечек сопит носиком у нее на руках, а потом начинает ползать, потом ходить, потом разговаривать… Бессонные ночи, ветрянка, детский сад, первый класс… — это ли не счастье! Мы живем их жизнью, живем вместе с ними, живем ради них!

И поэтому нашему коллективу очень отрадно сознавать, что мы вносим свой вклад в добрую работу делать людей счастливыми, даря им радость стать родителями. А дети, рожденные с помощью методов ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий) еще более любимы, потому что, зачастую, долгожданны!

Мы хотим пожелать всем настоящего и светлого детства, чтобы всегда глаза детей наполнялись радугой счастья и улыбка не сходила с лиц, и чтобы всегда рядом было нежное сердце матери и крепкое плечо отца!

Не забывайте посещать сайт irm.kz и нашу страницу в Facebook, где вы сможете получить ответы на волнующие вопросы и узнать последние новости. Читайте нас с пользой и удовольствием!

ДЖУСУБАЛИЕВА Тамара Муфтаховна,
директор Института репродуктивной медицины

Основные подходы к ведению беременности с позиции доказательной медицины.



Рослякова Татьяна Анатольевна
Врач акушер—гинеколог высшей категории;
Окончила Алматинский Государственный Медицинский Институт, специальность лечебное дело.

Я хотела посвятить статью именно этой теме так как, осуществляя патронаж беременных, очень часто сталкиваюсь с множеством вопросов: «Отеки — это норма или патология? Сколько я должна прибавить в весе во время беременности? Какие лекарства нужно принимать?». И самый главный вопрос, который задает каждая беременная женщина: «Не навредят ли обследования во время беременности и прием медикаментов моему ребенку?»

ЧТО ЖЕ ТАКОЕ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»?

Доказательная медицина представляет собой подход к медицинской практике, объединяющий наилучшие имеющиеся доказательства научных исследований с клиническим опытом и ценностями(убеждениями), значимыми для пациента.

Обратите внимание на то, что данное определение никоим образом не умаляет значение личного опыта, опыта коллег, мнения признанных авторитетов, а лишь объединяет их воедино с научными данными.

Хочу привести цитату из книги Меррея Энкина: « Любой метод, ограничивающий независимость матери, ее свободу выбора и ее доступ к своему ребенку, требует безусловных доказательств того, что такая практика приносит больше пользы, чем вреда.

> Любое вмешательство в естественный процесс беременности и родов должно быть также обосновано тем, что оно приносит больше пользы, чем вреда.» Считаю, что эта цитата всегда должна быть перед глазами медицинских работников, оказывающих помощь беременной и ее ребенку.

МЕТОДЫ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЭФФЕКТИВНЫМИ

(Эффективность достоверно доказана на основании данных контролируемых клинических исследований)

•Назначение фолиевой кислоты для женщин, планирующих беременность, за 3 месяца до предполагаемого зачатия и в первые 3 месяца беременности в дозировке не менее 400 мкг\ сутки достоверно уменьшает риск дефектов нервной трубки у плода;

•Пищевые добавки йода в популяциях с эндемическим недостатком йода;

•Программы помощи в прекращении курения;

Вредное воздействие курения на состояние плода доказано с абсолютной несомненностью. Совершенно очевидно, что курение матери ведет к снижению массы тела новорожденного, увеличению числа преждевременных родов, детской смертности.

•Антиретровирусная терапия ВИЧ- инфицированных женщин в целях профилактики инфицирования плода;

•Антибиотикотерапия при бессимптомной бактериурии.

(Возникает у 3-8% беременных женщин. При отсутствии лечения у 30% беременных развивается острый пиелонефрит, увеличивается риск преждевременных родов и рождение ребенка с низкой массой тела).
Проводится путем анализа средней порции мочи (бак. посев) в сроке беременности 12-16 недель.

•Введение анти D иммуноглобулина резус-отрицательным женщинам на 28 неделе беременности.

•Введение анти D иммуноглобулина после родов резус-отрицательным женщинам при положительной резус принадлежности крови ребенка.

В соответствии с этими методами- рекомендованные процедуры для рутинного (т.е. шаблонного, общего для всех) обследования:

•Измерение АД(измеряется при каждом посещении для определения признаков гипертензии.

•Анализ мочи(выполняется при каждом посещении на наличие белка).
•Измерение ВДМ (гравидограмма) с 20 недель беременности. При многоплодной беременности измерение ВДМ не проводится. Простой и информативный метод исследования. Позволяет своевременно заметить Задержку роста плода, заподозрить крупный плод или увеличенное количество околоплодных вод.

•Пальпация живота для определения положения плода (начиная с 36 недель беременности, когда составляется план ведения родов) Рутинное определение положения плода до 36 недель не рекомендовано, потому что оно может быть неточным и причинять беременным дискомфорт. При сомнении подтверждается при помощи УЗИ

•Осмотр состояния ног (на предмет наличия варикозного расширения вен оценивается при каждом посещении). Рекомендуется ношение эластичных чулок, советы по физическим упражнения для ног).

•Отеки ног (оценивается при каждом посещении).

Наличие отеков (за исключением быстро нарастающих и выраженных отеков, отеков лица, поясницы) не следует рассматривать как признаки патологического состояния, поскольку отеки нижних конечностей возникают у беременных женщин в 50-80% случаев.

Исследования, которые входили и продолжают входить в традиционную схему оказания помощи при беременности, но их эффективность в качестве рутинных методов при нормальном течении беременности не поддерживается доказательствами.



•Вес женщины
При первом посещении женской консультации измеряется ИМТ(вес в килограммах, разделить на рост в метрах, возведенный в квадрат).
В норме — 19.9-26.
Низкий - < 19.8
Избыточный 26.1-29
Ожирение > 29
При ИМТ ниже нормы следует определить вес беременной в 30 недель
При ИМТ выше нормы обследовать на сахарный диабет

•Пельвиометрия
Определение анатомических размеров таза не обладают достаточной прогностической значимостью для определения несоответствия размеров головки плода и таза матери. Это несоответствие определяется во II периоде родов (клинически узкий таз).

•Подсчет шевелений плода с целью улучшения исходов беременности (Более важно изменение характера шевелений).

•Ограничение жидкости как профилактика отеков.

Много вопросов возникает у беременных относительно патологии околоплодных вод. Остановимся подробнее.

Многоводие и маловодие
Многоводие (гидроамнион) - избыток амниотической жидкости. Вокруг плода располагается подвижная и пластичная водная оболочка, обволакивающая плод со всех сторон. Она защищает организм плода от избыточного давления извне, а также дает возможность достаточно активно двигаться, что способствует полноценному формированию и развитию частей тела и внутренних органов. Большой объем вод является следствием нарушения функции амниотической (плодного пузыря) оболочки, из-за ее структурных повреждений. В развитии многоводия большая роль отводится инфекции, эктрагенитальной патологии у беременных(сахарный диабет, почечно-печеночная недостаточность). Частой причиной является многоплодная беременность. При многоводии важно исключить ВПР плода.
Обычно жалоб беременная не предъявляет и многоводие случайно обнаруживается при проведении УЗИ.

Тактика ведения беременности при многоводии
В настоящее время не доказана эффективность назначения антибактериальной терапии, а также терапии, направленной на улучшение маточно-плацентарного кровообращения. Рекомендуется динамическое наблюдение (УЗИ, КТГ плода, допплерометрия). При присоединении признаков нарушения состояния плода необходима госпитализация в род.дом для решения вопроса о досрочном родоразрешении.
При остром многоводии, когда объем амниотической жидкости нарастает за короткий промежуток времени(данные УЗИ + клинический симптомы -чувство «распирания» в животе, одышка, признаки дыхательной и или сердечной недостаточности) показана экстренная госпитализация в стационар . Встречается очень редко

Маловодие.
Олигогидроамнион- патологическое уменьшение количества околоплодных вод.
Причины возникновения могут быть экстрагенитальные заболевания(гипертоническая болезнь, болезни почек), инфекции, нарушение обменных процессов (ожирение), ВПР плода.
Часто сочетается с задержкой роста плода. Тактика ведения беременности при маловодии аналогична таковой при многоводии.

ОТДЕЛЬНО ХОЧУ ОСТАНОВИТЬСЯ НА ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

В XX1 веке лекарственная агрессия в отношении беременных стала неотъемлемой составляющей их наблюдения. С первой явки беременной в женскую консультацию, еще до получения результатов функциональных и лабораторных методов обследования, начинается «лечение» неизвестно чего под лозунгом « общеукрепляющей терапии». Выписываются витамины, минеральные добавки и т.п. Частая позиция пациентки: « Если я жалуюсь, а врач не назначает лекарства, то надо искать другого врача, а лучше тот, который не только таблетки но и капельницы пропишет, от укола быстрее все пройдет».

Суть фармацевтической агрессии при беременности — назначение препаратов с недоказанной эффективностью и комбинация лекарств, не всегда совместимых друг с другом. С годами список препаратов, назначаемых беременным, растет. Это обусловлено современными реалиями:
- Беременеют и рожают женщины более старшего возраста, болеющие различными хроническими заболеваниями, постоянно принимающие лекарства:
- Беременеют и рожают женщины с онкологическими заболеваниями:
- Беременеют и рожают ВИЧ-инфицированные женщины:
- Вследствие внедрения ВРТ увеличилось число многоплодных беременностей, впоследствии число преждевременных родов:
- Все больше женщин во время беременности курят, употребляют алкогольные напитки, наркотики.

В то же время соотношение пользы и риска требует особенно осторожного и строго обоснованного назначения любых лекарственных средств в наиболее уязвимый период жизни женщины — при беременности. Стремительно делящиеся клетки плода очень чувствительны к любым внешним воздействиям. Малейшие нарушения развития этих клеток, особенно в первые 3 месяца беременности, могут привести к серьезным врожденным дефектам развития органов будущего ребенка. Поэтому очень важно назначение лекарственных средств во время беременности лишь с изучением их безопасности и на основе доказательной базы.

Назначая лечение беременным женщинам, большинство врачей руководствуются рекомендациями американского Управления пищи и лекарств (FDA- Food and Drug Administration). Согласно этим рекомендациям, все лекарственные средства разделяются на 5 категорий риска.
A - Нет риска для плода. Лекарства являются безопасными (фолиевая кислота, калия йодид, тироксин)
B - Риск для плода не получен в исследованиях на животных, но нет исследований на людях. Лекарства этой категории безопасны (парацетамол, лидокаин, нистатин, пенициллин, эритромицин, цефалоспорин, метронидазол, джозамицин, допегит, ацикловир, тавегил, препараты железа, препараты кальция, гепарин)
C - Нет адекватных исследований. Риск для плода неизвестен. Медикаменты могут назначаться только в том случае, когда потенциальная польза превышает потенциальный риск плоду (нифедипин, фуросемид, гентамицин, триметоприм)
D - Доказан риск для плода, но необходимость лечения беременной превышает этот риск (например, диазепам при эклампсии, кордарон при сердечной аритмии, инфаркте миокарда)
X - Риск для плода доказан на опытах с людьми. Риск использования во время беременности больше чем потенциальная польза. Использовать медикаменты беременным и женщинам, планирующим беременность, запрещено (андрогены, талидомид).

Здоровой женщине на протяжении всей беременности не следует применять лекарственные препараты, кроме средств, соответствующей категории А(фолиевая кислота, калия йодид). Прием витаминов, минералов, пищевых добавок должен быть ограничен случаями дефицита последних в пище. Для лечения осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний рекомендации по выбору препаратов должны быть основаны на данных доказательной медицины.

В заключение хочу пожелать всем женщинам благополучной беременности и легких и счастливых родов!!!!!



Артериальная гипертензия (АГ) и беременность.



Время вынашивания малыша становится настоящим испытанием для организма будущей матери. Среди наиболее распространенных патологий, которые регистрируют медики у женщин – артериальная гипертензия при беременности. Она вызывает опасные состояния, отражающиеся как на здоровье самой матери, так и на внутриутробном развитии маленького человека. Подробнее о методах диагностики и лечения АГ во время беременности рассказала врач терапевт-кардиолог высшей категории, кандидат медицинских наук Капсултанова Дина Амангельдиновна.

Капсултанова Дина Амангельдиновна
Врач терапевт-кардиолог высшей категории, кандидат медицинских наук
***Окончила*: Алматинский Государственный Медицинский Институт, лечебное дело. Клиническая ординатура по специальности «Внутренние болезни» КазГМУ. Аспирантура по специальности «Внутренние болезни» КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова.**

ДИНА АМАНГЕЛЬДИНОВНА, ЗДРАВСТВУЙТЕ. НАЧНЕМ С ВОПРОСА ЧТО ЖЕ ТАКОЕ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ?

Артериальная гипертензия (АГ) - состояние, при котором у беременных регистрируется систолическое артериальное давление 140 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление 90 мм рт. ст. По данным The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2016) АГ регистрируется у 5-10% беременных. Во время беременности может встречаться несколько форм повышения артериального давления. У части женщин артериальная гипертензия существует до беременности, у других - имеются различные заболевания, такие как хронические заболевания почек, эндокринной системы, которые могут сопровождаться повышением артериального давления, у третьих–повышение артериального давления вызывается самой беременностью. Многие женщины узнают о наличии у них повышенного артериального давления только во время беременности, что осложняет диагностику и лечение таких пациенток.

ЧТО ПРОИСХОДИТ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ?

Во время беременности в деятельности сердечно-сосудистой системы матери происходят значительные изменения, которые направлены на обеспечение доставки кислорода и разнообразных питательных веществ плоду, а также удаление продуктов метаболизма. Сердечно-сосудистая система функционирует при беременности с повышенной нагрузкой. Это обусловлено увеличением объема циркулирующей крови на 30-50 % от исходного уровня (до беременности), усилением обмена веществ, развитием маточно-плацентарного круга кровообращения, нарастанием массы тела беременной и рядом других факторов. С первых недель беременности и до конца I триместра происходит снижение систолического АД на 10-15 мм рт.ст., а диастолического на 5-15 мм рт. ст. Во II триместре артериальное давление остается стабильным, в III триместре повышается, достигая к моменту родов уровня артериального давления до беременности, а в ряде случаев, превышая его на 10-15 мм рт. ст. Такая же динамика уровня артериального давления характерна для беременных с АГ.

КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АГ У БЕРЕМЕННЫХ?

Насколько ярко выражены проявления гипертензии у беременных, зависит от многих факторов: степени роста давления, индивидуальных особенностей нейроэндокринной регуляции, состояния наиболее важных органов и систем.

Многие женщины, еще даже не подозревающие о том, что беременность и гипертоническая болезнь у них развиваются параллельно, на приеме у врача жалуются на приступы резкой слабости, повышенной потливости и жара. Головокружения, тошноту и рвоту, периодически возникающую головную боль женщины склонны списывать на свое особенное положение. Необходимо помнить о том, что в первой половине беременности происходит физиологическое снижение артериального давления, поэтому не всегда сразу можно выявить артериальную гипертензию. Однако если женщину начинают беспокоить головные боли, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, кровотечение из носа, боли в области сердца, нарушение сна, слабость, следует измерить артериальное давление, и при повышенных значениях срочно обратиться к врачу.

А ЧЕМ ОПАСНА АГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

Гипертония и беременность – опасное сочетание. При высоком давлении происходит сужение просвета сосудов. При этом уже на ранних сроках беременности нарушается кровоток в плаценте. Плод недополучает питание и кислород, его развитие замедляется и по результатам УЗИ не соответствует сроку. В некоторых случаях нарушение кровотока заканчивается самопроизвольным прерыванием беременности на раннем сроке.

На более позднем сроке генерализованный спазм сосудов может привести к отслойке нормально расположенной плаценты. В большинстве случаев при таком развитии событий ребенка спасти не удается. Повышенное давление может перейти в полноценный гестоз. При этом присоединяются отеки разной степени выраженности, и появляется белок в моче. Болезнь может прогрессировать и привести к преэклампсии или эклампсии – появлению судорог и потере сознания вплоть до комы.

Изменения в плаценте при этой патологии формируют плацентарную недостаточность, которая проявляется нарушением поступления питательных веществ, гипоксией плода, задержкой его развития и в тяжелых случаях – гибелью.

СКАЖИТЕ, КАКОВЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ?

Как я сказала уже, согласно основным современным рекомендациям артериальная гипертензия у беременных диагностируется как повышение систолического артериального давления до 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления до 90 мм рт. ст. Учитывая,что однократное повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст. регистрируется примерно у 40-50% женщин, необходимо подтвердить повышение уровня артериального давления , как минимум, двумя измерениями с интервалом не менее 15 мин на той же руке. О наличии АГ при самостоятельном измерении АД беременной в домашних условиях или при проведении суточного мониторирования АД (СМАД) свидетельствует уровень артериального давления 135/85 мм рт.ст.

Кроме того, известен феномен так называемой гипертензии «белого халата», то есть высокого артериального давления при измерении медицинским персоналом по сравнению с нормальными значениями при домашнем измерении.

Очень важно то, как женщина измеряет артериальное давление. Существуют простые, при этом крайне важные правила, которые необходимо соблюдать.
Также в диагностике особое значение имеют консультации смежных специалистов: офтальмолога -для оценки сосудов глазного дна, которые поражаются при артериальной гипертензии и говорят о длительности и тяжести процесса; невропатолога, эндокринолога, нефролога и др.

КАКИЕ ТИПЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ И КАКОВА ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ВЫЯВЛЕННЫМ ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ?

Термин «хроническая артериальная гипертензия» применяется по отношению к тем женщинам, у которых повышение артериального давления регистрировалось до начала беременности.

Понятие гестационная гипертензия относится к изолированному повышению артериального давления во второй половине беременности (после 20 недель). По сравнению с другими типами прогноз для женщины и плода при гестационной гипертензии наиболее благоприятен.
Преэклампсией называется сочетание артериальной гипертензии и протеинурии (наличие белка в моче-0,3г/сут и более), которые впервые появляются после 20 недель беременности. Этот тип является наиболее неблагоприятным для матери и плода в связи с большим числом таких грозных осложнений, как антенатальная гибель плода и перинатальная смертность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, акушерские кровотечения, эклампсия, HELLP-синдром (гематома или разрыв печени), ДВС-синдром, острое почечное повреждение, отек легких, нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), кровоизлияние и отслойка сетчатки.

Эклампсия — приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин. В 30% случаев эклампсия развивается у беременных с АГ внезапно без предшествующей преэклампсии.

При наличии у беременной повышенного артериального давления необходимо строго выполнять все рекомендации врача. Наиболее важным являются контроль артериального давления в домашних условиях и регулярные анализы мочи. Подъем артериального давления в сроке после 20 недель должен насторожить врача в плане возможного развития преэклампсии. Необходимо проведение дополнительного обследования и тщательный контроль за состоянием беременной и плода.

КАКИЕ ФАКТОРЫ МОГУТ УСУГУБИТЬ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?

Они хорошо известны. Это курение (в том числе и пассивное), потребление алкоголя, избыточный вес, сахарный диабет, повышенный уровень холестерина в крови.

ЧТО НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?

Целью лечения АГ у беременных является предупреждение осложнений, связанных с повышением артериального давления, сохранение беременности, нормальное развитие плода и своевременное родоразрешение. Лечение артериальной гипертензии у беременных начинается с изменения образа жизни и воздействия на факторы, которые могут провоцировать подъёмы АД (курение, алкоголь); необходимо обеспечить сбалансированное питание без ограничения потребления жидкости; рекомендуется полноценный отдых с умеренной аэробной физической нагрузкой в виде ходьбы; достаточный 8-10-часовой ночной сон, желательно 1-2-часовой дневной сон. Хотелось бы обратить внимание, что снижение массы тела в период беременности не рекомендуется в связи с риском рождения детей с низким весом и последующим замедлением их роста.

При неэффективности немедикаментозных методов должна быть назначена медикаментозная терапия. Общими принципами медикаментозного лечения АГ являются: максимальная эффективность для матери и безопасность для плода; начало лечения с минимальных доз одного препарата; назначение комбинированной терапии препаратами из разных классов при недостаточном эффекте на терапии одним препаратом. Применение антигипертензивных препаратов возможно только под строгим контролем врача и должно учитывать множество факторов, таких как срок беременности, тип артериальной гипертензии беременной, доза препарата и т.д.

Еще хочу добавить, что все женщины с артериальной гипертензией во время беременности должны быть под наблюдением врача в течение 12 недель после родов. По мере снижения артериального давления производится уменьшение дозы и отмена гипотензивных препаратов. При сохраняющемся повышении артериального давления необходимо тщательное обследование для определения причин артериальной гипертензии.

РАССКАЖИТЕ ПОЖАЛУЙСТА О ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АГ.

Избежать гипертонии в период беременности не всегда возможно, но можно уменьшить риск ее развития. Для этого необходимо планировать беременность. Женщинам с избыточным весом рекомендуется перейти на правильное питание, чтобы постепенно снизить вес. При наличии болезней почек, щитовидной железы, сердца, сахарного диабета, необходима стабилизация состояния, подбор адекватной терапии, которая сведет к минимуму возможность ухудшения состояния во время беременности.

Спасибо Вам за содержательную беседу.



Ольга Алиева:

«Нам невероятно повезло, повезет и всем вам!»

До сих пор в нашем обществе не принято говорить о трудностях с зачатием ребенка: слишком интимно, слишком стыдно. Мы без стеснения говорим о своей больной спине, но боимся признаться в том, что не можем родить ребенка. Хотя и с тем, и с другим может помочь медицина. Ольга Алиева рассказала нам свою историю, чтобы поддержать тех, кто оказался в подобной ситуации. Тех, кто переживает, расстраивается, колеблется и пока не может принять решение.



- С Муратом мы познакомились в 2008 году и через год сыграли свадьбу. Конечно, как и любая пара, мы мечтали о большой семье, о том, чтобы наполнить наш дом звонким детским смехом.

Мы подошли к вопросу планирования семьи очень ответственно, но, увы, беременность не наступала. Мы с мужем считали себя абсолютно здоровыми, у меня было все в порядке: аборты не делала, гинекологических заболеваний не было. Не было никаких симптомов, которые бы красноречиво свидетельствовали нам о том, что в нашей паре есть какие-то репродуктивные проблемы.

Мы долго ждали, когда произойдет чудо, но через год наших безуспешных попыток все же обратились к врачам в частную клинику, обследовались. Доктор отправила меня на рентген маточных труб, в результате чего стало ясно, что у меня непроходимость обеих труб. Диагноз звучал как гром среди бела дня - двустронний сальпингоофорит.

БУДЕМ ЛЕЧИТЬСЯ!

Родители моего мужа - медики, моя свекровь - профессор, известный в Казахстане акушер-гинеколог. Она меня и успокоила: «Не расстраивайся, все решается, будем лечиться».

После этого мы приняли решение пойти на лапароскопическую операцию, которая позволяет восстановить проходимость маточных труб. Операцию сделали в Ташкентском институте акушерства и гинекологии, где долгое время проработала моя свекровь. Мне назначили полугодовое лечение, чтобы восстановить гормональный фон. После терапии я ежедневно отслеживала ректальную температуру, вела график, чтобы не пропустить овуляционные дни, но все было безуспешно. Через 6 месяцев я вновь попыталась забеременеть, увы, тщетно.

И вот уже с момента нашей свадьбы прошло три года, но дом наш был пуст, детского звонкого смеха так и не звучало...

СЕМЬЯ НА ГРАНИ РАСПАДА

Конечно, я впала в депрессию, чувствовала себя неполноценной. Думала, что упустила время для деторождения, ведь мне на тот момент уже было 29 лет. Я понимала, что с каждым годом шансы стать родителями уменьшаются. И понимала, что с каждым годом забеременеть и выносить ребенка будет все труднее.

В семье начались конфликты, я чувствовала себя некомфортно, муж, выросший в большой семье, никак не мог понять, что делать. У его сестер уже было по 2-3 детей, а он, единственный продолжатель рода, оставался без наследников.

Брак наш интернациональный: муж - казах, я русская. Я чувствовала себя неловко перед мужем, перед его родителями, чувствовала свою какую-то ущербность что-ли.

Пошла по лекарям, знахарям, даже к ясновидящей, которая мне сказала, что то, о чем я мечтаю, вскоре произойдет. Она не знала, как, когда и каким путем, но моя мечта сбудется, а мои мольбы будут услышаны.

Сидеть и ждать было невозможно, наш брак был на грани распада. Я стала изучать информацию, узнала об ЭКО. Однако муж отнесся к этому скептично и с большим недоверием. Бытовало мнение, что дети, рожденные с помощью экстракорпорального оплодотворения, какие-то ненастоящие, не такие, как все.
Непреклонное решение

Но я была в своем решении непреклонна - летом 2012 года обратилась за консультацией в Институт репродуктивной медицины, консультацию, прошла все необходимые обследования. Врач порекомендовала мне молодого, перспективного, настроенного на успех многообе-

щающего репродуктолога Тумарбекова Махмета Канышевича.

На приеме доктор сказал: «Будем работать. Вы молодая, здоровая, у вас все обязательно получится! Главное - верить». Репродуктолог вселил в меня большую надежду. Я словно получила новую энергию, веру и зарядилась оптимизмом, а это, поверьте, дорогого стоит! Все, что в тот момент мне нужно было сделать - выбросить из головы сомнения, недоверие.

Мама моего мужа сказала, что бесплодие начинается с головы, а уже потом на физическом уровне. И рекомендовала не читать статей в интернете, не изучать чужой негативный опыт, не заниматься самокопанием и самоанализом своих неудач. «Вот есть доктор, слушай только его, настраивайся на позитивный исход!» У моего лечащего врача в процессе нашего общения и совместной работы не было ни на долю секунды ни малейшего сомнения в том, что что-то пойдет не так. За это ему отдельная огромная благодарность!

ПЕРВАЯ ПОДСАДКА И СРАЗУ УСПЕХ!

После короткого 5-дневного протокола и выполнения назначенной терапии мы пришли в операционную, где взяли яйцеклетки. В процессе обследования у меня выявили небольшие проблемы с сердцем - пролапс митрального клапана 2 степени, поэтому я подумала, что нужно подсадить только одну оплодотворенную яйцеклетку, чтобы я смогла выносить малыша, иначе могли бы возникнуть проблемы с сердечно-сосудистой деятельностью.

Однако Махмет Канышевич решил подсадить двоих, а там уже как получится - приживутся двое, значит так надо, значит выносим.

На третьи сутки я пришла на подсадку, ощущения были очень странные: мне показали экран, какие-то две крошечные точки, ничего не было понятно. Полезли опять мысли - а вдруг что-то перепутали, а вдруг не приживутся, а вдруг... Я взяла себя в руки и постаралась очистить свое сознание от сомнений и негатива.

Махмет Канышевич сказал, что теперь я точно такая же, как и все беременные женщины, должна вести здоровый образ жизни, не поднимать тяжелого и в течение двух недель должна отдохнуть, не нервничать, нормально питаться и высыпаться.

МОИ «ГАЛЛЮЦИНАЦИИ»



Естественно, я не смогла дождаться 14 недель и сделала тест дней через десять. Смотрю на тест и думаю, что у меня галлюцинации: вот они две еле заметные и таких заветные полосочки. Не может быть! Показала муж, он ничего не увидел.

Честно, тогда я подумала, что схожу с ума, мне казалось, что я четко вижу эти полоски! На 15 сутки мы пошли в клинику, я сдала анализ на ХГЧ, а через 10дней пошла на УЗИ. Мой врач сказал, что прикрепилось одно плодное яйцо. Несмотря на то, что я была готова это услышать, тем не менее, была шокирована. Счастье любит тишину, поэтому в тот момент я боялась радоваться, боялась сглазить эту победу и не хотела никому ничего говорить. Я была в полном ступоре, мне казалось, что у меня сердце остановилось. Врач сказал, что, на 12 неделе я должна встать на учет в поликлинику и пожелал нам удачи.

МОИ 40 НЕДЕЛЬ

Беременность была непростой. На 23 неделе была угроза выкидыша, поскольку дал о себе знать пиелонефрит, который я лечила на протяжении двух недель в стационаре. Под конец беременности стали сильно отекать ноги, до такой степени, что я элементарно не могла встать, слава богу, на малыше все эти проблемы никак не отразились.

Мне хотелось родить малыша естественным способом, но, увы, ЭКО, сердце, отеки, давление - все говорило о том, что будет кесарево сечение.

На протяжении всей моей беременности и родов меня наблюдала и поддерживала мама моего мужа, Алиева Тамара Муратовна, которая также работает в Институте репродуктивной медицины. Слава богу, все прошло хорошо: 27 июня 2013 года у нас родилась здоровая доченька с хорошим весом (3700) и ростом (56 см – нашему счастью не было предела!

Я была безгранично благодарна Махмету Канышевичу, который вселил в меня огромную надежду, и всем людям, которые нам помогали идти по такому трудному пути к своему счастью.

ЗА ВТОРЫМ МАЛЫШОМ

Когда нашей доченьке исполнилось три года, мы поняли, что нам нужен второй ребенок. Я снова пошла к Махмет Канышевичу на второе ЭКО. Доктор порекомендовал удалить трубы, поскольку была высока вероятность внематочной беременности, инфекции по причине хронических воспалительных процессов. Однако на свой страх и риск под свою ответственность я отказалась от операции.

Страхи были, но уже не столь значительные по сравнению с первым случаем, ведь я была полностью уверена в своем докторе. Вторая беременность наступила сразу после подсадки, а в августе 2016 у нас родился здоровый сынок.

Сейчас доченьке Аише уже 6 лет, а Султану в августе будет 3 годика. Иногда я говорю мужу, а помнишь, ты думал, что дети из пробирки это что-то неземное? А ведь вот они, такие же, как и другие, настоящие, здоровые, умные и веселые ребятишки!

БЕЗГРАНИЧНАЯ БЛАГОДАРНОСТЬ

Многие удивляются, что у меня сразу с первой попытки получилось забеременеть, но я считаю, что все это произошло благодаря замечательному доктору и его умению подарить мне веру в счастье!

Пока я проходила все обследования, операции, я часто общалась с другими женщинами. К сожалению, проблема бесплодия становится гораздо моложе, я говорила с девочками, которым было всего по 20 лет! А потому я очень рада, что в нашей стране, в Алматы есть такая замечательная клиника как Институт репродуктивной медицины, где работают самые лучшие врачи, которые дарят счастье быть родителями!

Я не представляю, как раньше люди жили без надежды на будущее, ведь лет 25 назад они были обречены на то, что у них никогда не будет своих детей.
Я совсем не стесняюсь рассказывать о том, что мои дети появились при помощи ЭКО, я этого никогда не скрывала. И я стараюсь помочь своим опытом поддержать тех, кто пока не может стать мамой.

Проблема с рождением малыша - это не стыдно. Об этом можно и нужно говорить. Найдите единомышленников. Говорите о своей проблеме, о своих чувствах. Становится легче, когда понимаешь, как много таких же, как ты.

...Все те женщины, с которыми я общалась тогда, — все они сейчас мамы. Потому что они не останавливались.

Семья и дети - это самое главное. И разве есть что-то выше и лучше чувства быть мамой? А уж как они появляются в этом мире, это уже не столь важно, ведь они твои, родные, выстраданные, заслуженные!





