№6, (28), маусым-шілде, 2019

РМИ info

РЕПРОДУКТИВТІК МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ

«Дәлелді медицина тұрғысынан алғанда жүктілікті жүргізудегі негізгі тәсілдемелер.»
Рослякова Татьяна
бет. 4

«Артериялық гипертензия (АГ) және жүктілік.»
Қапсұлтанова Дина
бет. 6

«Біздің жолымыз болды, бәріңізге де жұғысты болсын!.»
Алиева Ольга
бет. 8

ИРМ

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

Приглашаем женщин принять участие в программе:
“СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО И ДОНОРСТВО ООЦИТОВ”,
а так же мужчин в программе:
“ДОНОРСТВО СПЕРМЫ”

ТРЕБОВАНИЯ К ДОНОРАМ ООЦИТОВ:

-возраст от 18 до 35 лет;
-наличие собственного здорового ребенка;
-отсутствие выраженных фенотипических проявлений;
-удовлетворительное физическое, психическое и репродуктивное здоровье, подтвержденное заключение медицинской организации

ТРЕБОВАНИЯ СУРРОГАТНЫМ МАМАМ:

-возраст от 20 до 35 лет;
-наличие собственного здорового ребенка;
-отсутствие психических соматических и генетических заболеваний;
-удовлетворительное физическое, психическое и репродуктивное здоровье, подтвержденное заключение медицинской организации

ТРЕБОВАНИЯ К ДОНОРАМ СПЕРМЫ:

-возраст от 18 до 35 лет;
-отсутствие отклонений в нормальных органометрических и фенотипических признаках;
-удовлетворительное физическое, психологическое и репродуктивное здоровье, подтвержденное заключением медицинской организации.

Дополнительную информацию можно получить по телефонам:

050012 г.Алматы,
Толе би, 99
Кабанбай батыра, 226

тел.: +7 727 234 34 34
моб.: +7 771 934 34 34
факс: +7 727 260 12 80

info@irm.kz
irm.almaty
irm.almaty
irm.kz

ҰЙЫМДЫҚ БАСЫЛЫМ
№6, (28), маусым-шілде, 2019

БАС РЕДАКТОР
Тамара Жүсібалиева,
Репродуктивтік медицина институтының директоры

ШЫҒАРУШЫ РЕДАКТОР
Айгүл Бәсен

ДИЗАЙН, БЕТТЕУ
Кравцева Оксана

МЕНШІК ИЕСІ:
«РМИ» мекемесі

РЕДАКЦИЯ МЕКЕН-ЖАЙЫ:
Алматы, Төле би, 99

ЖАРНАМА БӨЛІМІ:
Юлия Ахмеджанова
(a.juliya@irm.kz)
www.irm.kz

«Манхэттен Принт» ЖШС
баспаханасында басылған

ҚР, Алматы қ.,
Кочина, 4,
Тел.: +7 (727) 328 97 43

Таралымы – 2 000 дана

Мерзімдік басылымды есепке қою туралы №14607-Г
күәлігі 31.10.14 ж. ҚР байланыс және ақпарат агенттігімен берілген

Редакция авторлардың ойын арқашанда қолдай бермейді. Жарнаманың мазмұны үшін жарнама берушілер жауапты. Жарнама берушілер ҚР ДМ тіркелмеген, рұқсат етілмеген дәрілік құралдарды және медициналық мақсаттағы бұйымдардың жарнамасы үшін жауапкершілік туралы ескертілген. Материалдарды қайта басып шығарғанда “ИРМ INFO” сілтеме жасау міндетті.

ҚҰРМЕТТІ ОҚЫРМАН!

Сіздерге басылымның кезекті нөмірін ұсынуға қуаныштымыз. Ақыры суық мінез көрсеткен көктемнен кейін көптен күткен жаз келді-ау. Ал жаз мезгілі бұрыннан келе жатқан халықаралық мерекелердің бірі – Балалар қорғау күнінен басталады!

Халықаралық балалар қорғау күні – керемет күн. Бұл қуанышқа, шаттыққа және балаларымыздың күлкісіне толы күн. Күлімсіреген баланы көрген кезімізде жүрегіміз елжіреп кетеді! Әйелдің бала емізіп отырғандағы сезімін, тәп-тәтті кішкентай адам анасының қолында пыс-пыс етіп жатқанын, кейіннен еңбектеп, тәй-тәй басып, былдырлай бастаған сәттеріндегі сезімді сөзбен жеткізу қайда... Ұйқысыз өткен түндер, желшешек, балабақша, бірінші сынып... — бақыт деген осы емес пе?! Біз солардың өмірімен, солармен бірге, солар үшін өмір сүреміз!

Сондықтан да біздің ұжымымыз үшін адамдарға ата-ана болу қуанышын сыйлай отырып, оларды бақытқа бөлейтін игі іске өз үлесімізді қосып жатқанымызды түсінудің өзі зор бақыт. Ал ҚРТ (қосалқы репродуктивтік технологиялар) әдістерінің көмегімен туған балаларға деген сүйіспеншілігіміз одан асады, себебі, көп жағдайда олар – көптен күткен перзенттер!

Біз барлық балаға шын мәнінде бақытты балалық шақ тілеп, олардың көздері әрдайым бақытқа толы болсын, жүздерінен күлкі кетпесін және де әрдайым жандарында нәзік жүректі анасы мен арқа сүйер әкелері болсын дегіміз келеді!

Irm.kz сайтын және біздің Facebook-тағы парақшамызға кіріп тұруды ұмытпаңыздар, ол жерден өзіңізді толғандырып жүрген сұрақтарға жауап алып, соңғы жаңалықтардан хабардар боласыз. Бізден көп пайда ала отырып, рахаттана оқыңыздар!

ЖҮСІБАЛИЕВА Тамара Мұфтахқызы,
Репродуктивтік медицина институтының директоры

Дәлелді медицина тұрғысынан алғанда жүктілікті жүргізудегі негізгі тәсілдемелер.

Рослякова Татьяна Анатольевна
Жоғары санатты акушер-гинеколог дәрігер.
Алматы Мемлекеттік Медицина Институтын емдеу ісі мамандығы бойынша аяқтаған.

Мен мақаланы дәл осы тақырыпқа арнағым келді, себебі жүкті әйелдерге үй жағдайында қызмет көрсете отырып, көптеген мәселелерге жиі тап боламын: «Ісік — қалыпты жағдай ма әлде патология ма? Жүктілік кезінде қанша салмақ қосуым қажет? Қандай дәрілерді қабылдауым қажет?». Және де әрбір жүкті әйел қоятын ең басты сұрақ: «Жүктілік кезіндегі тексерулер мен дәрі-дәрмектерді қабылдау балама зиян келтірмей ме?»

СОНЫМЕН, «ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНА» ДЕГЕНІМІЗ НЕ?

Дәлелді медицина пациент үшін маңызды клиникалық тәжірибесі мен құндылықтары (пікірлері) бар ғылыми зерттеулердің қолда бар ең жақсы дәлелдерін біріктіретін медициналық тәжірибе тәсілдемесі болып саналады.

Осы анықтаманың ешқашан жеке тәжірибені, әріптестердің тәжірибесін, белгілі беделді адамдардың пікірлерін кемітпейтініне, тек оларды ғылыми мәліметтермен біріктіретініне назар аударыңыз.

Мэррей Энкиннің кітабынан дәйексөз келтіргім келеді: «Ананың тәуелсіздігін, оның таңдау жасау еркі мен өз баласымен қарым-қатынасын шектейтін кез келген әдіс мұндай тәжірибенің зияннан гөрі көбірек пайда әкелетініне сөзсіз дәлелді талап етеді. Жүктілік пен босанудың табиғи үрдісіне кез келген араласу зияннан гөрі көбірек пайда әкелетінімен дәлелденуі тиіс.» Осы дәйексөз әрдайым жүкті әйел мен оның баласына көмек көрсететін медицина қызметкерлерінің көз алдында тұруы тиіс деп есептеймін.

ТИІМДІ ӘДІСТЕР

(Тиімділік бақыланатын клиникалық зерттеулер деректерінің негізінде анық дәлелденген).

•Жүктілікті жоспарлап жүрген әйелдерге алдағы жүктілікке дейін 3 ай бұрын және жүктіліктің алғашқы 3 айында тәулігіне кем дегенде 400 мкг мөлшерде **фолий қышқылын тағайындау** ұрықта болатын жүйке түтігінің кемістік қауіпін азайтады.

•Йодтың эндемиялық жетіспеушілігі бар популяцияларда йодтың тағамдық қоспалары.

•Шылым шегуді тоқтатуда көмек беру бағдарламалары.

Шылым шегудің ұрықтың жағдайына зиянды әсері абсолюттік шүбәсіздікпен дәлелденген. Ананың шылым шегуі нәрестенің дене салмағының төмендеуіне, мерзімінен бұрын босануға, шетінеген балалар санының артуына алып келетіні айдан анық.

•Ұрыққа жұқтырудың алдын алу мақсатында АИТВ жұқтырған әйелдерге жасалатын антиретровирустық терапия.

•Симптомсыз бактериурия кезінде жасалатын актибиотиктермен емдеу.

(Жүкті әйелдердің 3-8% болады. Жүкті әйелдердің 30% ем қабылдамаған жағдайда пиелонефрит асқынады, мерзімінен бұрын босану және баланың дене салмағы аз болып туылу қауіпі артады).

Жүктіліктің 12-16 апталық мерзімінде несептің орта бөлігіне (бак. себінді) талдау жасау арқылы жүргізіледі.

•Жүктіліктің 28 аптасында резусы теріс әйелдерге анти D иммуноглобулин енгізу.

•Резусы теріс әйелдерге босанғаннан кейін баланың резусы оң болса, анти D иммуноглобулин енгізу.

Осы әдістерге сәйкес әдеттегі (яғни үлгі бойынша, барлығына ортақ) тексерулер үшін ұсынылатын емшаралар:

•АҚ өлшеу (гипертензия белгілерін анықтау үшін келген сайын өлшенеді).

•Несеп талдауы (ақуыздың бар-жоғын анықтау үшін келген сайын жасалады);

•Жүктіліктің 20-аптасынан бастап ЖТБ өлшеу (гравидограмма). Көпұрықтық жүктілік кезінде ЖТБ өлшенбейді. Зерттеудің қарапайым және ақпараттық әдісі. Ұрықтың өсуінің тоқтап қалғанын уақтылы байқауға, ұрықтың ірі болуына немесе қағанақ суы мөлшерінің ұлғайғанына күдіктенуге мүмкіндік береді.

•Ұрықтың қалай орналасқанын анықтау үшін ішке пальпация жасау (босануды жүргізу жоспары құрылатын жүктіліктің 36-аптасынан бастап) 36 аптаға дейін ұрықтың орналасуын әдеттегідей анықтауға кеңес берілмейді, себебі ол анық болмауы мүмкін және жүкті әйелдерге жайсыздық тудыруы мүмкін. Күмәні барда, УДЗ көмегімен расталады

•Аяқтың жағдайын тексеру (тамырдың варикозды кеңеюін қарау, келген сайын тексеріледі). Эластикалық шұлықтарды киюге, аяққа арналған физикалық жаттығулар жасауға кеңес беріледі

•Аяқтың ісінуі (келген сайын тексеріледі). Ісіктің болуын (бет пен бел жақта тез асқынатын және қатты білінетін ісіктерден басқа) патологиялық жағдайлардың белгілері деп бағалаудың қажеті жоқ, себебі аяқтың ісінуі жүкті әйелдердің арасында 50-80% жағдайда орын алады

Жүктілік кезінде көмек көрсетудің дәстүрлі сызбасына кірген және әлі де кіретін зерттеулер, бірақ олардың қалыпты өтетін жүктілік кезінде әдеттегі әдістер ретіндегі тиімділігі дәлелдермен расталмаған.

•Әйелдің салмағы

Әйелдер кеңесіне алғаш келген кезде ДСИ өлшенеді (килограммен көрсетілген салмақты бойдың ұзындығының квардратына бөлу қажет).
Қалыпты салмақ — 19.9-26.
Төмен салмақ - < 19.8
Артық салмақ 26.1-29

Семіздік > 29
ДСИ нормадан төмен болғанда жүкті әйелдің салмағын 30-аптада анықтаған жөн
ДСИ нормадан жоғары болғанда қант диабетіне тексеру қажет.

•Пельвиометрия.

Жамбастың анатомиялық өлшемдерін анықтаудың ұрықтың басы мен анасының жамбас өлшемдерінің сәйкес келмеуін анықтауда аса бір маңыздылығы жоқ. Бұл сәйкессіздік босанудың II кезеңінде анықталады (клиникалық тар жамбас).

•Жүктіліктің соңын жақсарту мақсатында ұрықтың қимылдауын есептеу (Қимылдау сипатының өзгеріп тұрғаны анағұрлым маңызды).

•Ісінудің алдын алу ретінде сұйықтықты шектеу.

Қағанақ суының патологиясына қатысты жүкті әйелдерде көп сұрақ туындайды. Толығырақ тоқталып өтейік.

Қағанақ суының көптігі мен аздығы.

Қағанақ суының көптігі (гидроамнион) — қағанақ сұйықтығының артықтығы. Ұрықтың айналасында ұрықты жан-жағынан қоршап тұратын қозғалмалы әрі иілімді су қабықшасы орналасады. Ол ұрықтың ағзасын сырттан болатын артық қысымнан қорғайды, сондай-ақ барынша белсенді қозғалуға мүмкіндік береді, ол дене мүшелері мен ішкі ағзалардың толық қалыптасуы мен дамуына мүмкіндік береді. Су көлемінің көп болуы қағанақ (ұрықты көпіршіктің) қабықшасының қызметінің бұзылуы, оның құрылымдық зақымдалуының салдары болып табылады. Қағанақ суының көптігінде инфекциялардың, жүкті әйелдердегі жыныстан тыс патологияның (қант диабеті, бүйрек-бауыр жетіспеушілігі) рөлі зор. Ең жиі кездесетін себеп көпұрықты жүктілік болып табылады. Қағанақ суының көптігі кезінде ұрықтың ТДА жоқ екеніне көз жеткізу керек. Әдетте жүкті әйел шағымданбайды және УДЗ жасағанда қағанақ суының көптігі кездейсоқ анықталып жатады

Қағанақ суының көптігі кезінде жүктілікті жүргізу тәсілі

Қазіргі уақытта бактерияға қарсы емді, сондай-ақ жатыр-плацеталық қанайналымын жақсартуға бағытталған емді тағайындау тиімділігі дәлелденбеген. Динамикалық бақылау (УДЗ, ұрыққа КТГ жасау, допплерометрия) ұсынылады. Ұрық жағдайының нашарлау белгілері қосылған кезде мерзімінен бұрын босану туралы мәселені шешу үшін перзентханаға жатқызу қажет.
Қағанақ суының көптігі шамадан тыс, яғни қағанақ сұйықтығының көлемі қысқа мерзімде көбейіп кеткен кезде (УДЗ мәліметтері + клиникалық белгілер - ішті «тысырайып» тұрғандай сезіну, ентікпе, тыныс және/немесе жүрек жеткіліксіздігі) шұғыл түрде стационарға жатқызылуы тиіс. Өте сирек кездеседі

Қағанақ суының аздығы.

Олигогидроамнион — қағанақ суы мөлшерінің патологиялық азаюы.
Бұл мәселенің туындау себептері жыныстан тыс аурулар (гипертония ауруы, бүйрек аурулары), инфекциялар, зат алмасу үрдістерінің бұзылуы (семіздік), ұрықтың ТДА болуы мүмкін.
Көп жағдайда ұрықтың өсуінің тоқтап қалуымен бірге жүреді. Қағанақ суының аздығы кезінде жүктілікті жүргізу тәсілі қағанақ суының көптігі кезіндегі тәсілге ұқсас.

Жүктілік кезінде дәрілік құралдарды қолдану мәселесіне жеке тоқтап өткім келеді.

XXI ғасырда жүкті әйелдерге қатысты дәрілік басқыншылық оларды бақылаудың ажырамас құрамдас бөлігіне айналды. Жүкті әйел әйелдер кеңесіне алғаш келген кезден-ақ, зерттеулердің функциялық және зертханалық әдістерінің нәтижелерін алғанға дейін, «жалпы әлдендіретін терапия» деп аталатын ұранмен белгісіз «ем» тағайындалады. Дәрумендер, минералды қоспалар және т. с. с. тағайындалады. Пациенттердің жиі кездесетін ұстанымдары: «Егер мен шағымдансам, ал дәрігер ешқандай ем тағайындамаса, онда басқа дәрігерді іздеу керек, ал ең жақсы дәрігер —тек таблетка ғана емес, тамырға құятын дәрілерді жазып береді, уколдан адам тез жазылады».

Жүктілік кезіндегі фармацевтикалық басқыншылықтың мәні мынада: тиімділігі дәлелденбеген препараттар мен бір-біріне әрдайым сәйкес келе бермейтін дәрілік заттар тағайындалады. Жүкті әйелдерге тағайындалатын препараттар тізімі жылдан жылға өсіп жатыр. Бұл қазіргі заманның шындығына негізделген:
- Анағұрлым жасы үлкен, әртүрлі созылмалы аурулармен ауыратын, үнемі дәрі-дәрмек қабылдап жүретін әйелдер бала көтеріп, туады:
- Онкологиялық аурулармен ауыратын әйелдер бала көтеріп, туады:
- АИТВ жұқтырған әйелдер бала көтеріп, туады:
- ҚРТ енгізу салдарынан көпұрықты жүктілік саны, соның салдарынан мерзімінен бұрын босану саны артты:
- Әйелдердің көбі жүктілік кезінде шылым шегеді, ішімдік ішіп, есірткі шегеді.

Сонымен бір уақытта пайда мен қауіптің ара қатынасы әйел өмірінің ең әлсіз кезеңінде — жүктілік кезінде кез келген дәрілік затты әсіресе абайлап, аса сақтықпен тағайындауды талап етеді. Ұрықтың жылдам қалыптасып жатқан жасушалары кез келген сыртқы әсерге өте сезімтал келеді. Жүктіліктің әсіресе алғашқы 3 айында осы жасушалардың дамуының азғана бұзылуы болашақ баланың ағзасында айтарлықтай туа біткен кемістіктерге алып келуі мүмкін. Сондықтан жүктілік кезінде дәрілік заттардың қауіпсіздігін зерттей отырып, оларды дәлелді негізде тағайындаған өте маңызды.

Жүкті әйелдерге ем тағайындаған кезде дәрігерлердің көбі Американдық тамақ өнімдері және дәрі-дәрмек басқармасының (FDA-Food and Drug Administration) ұсынымдарын басшылыққа алады. Осы ұсынымдарға сәйкес барлық дәрілік заттар 5 тәуекел санатына бөлінеді.

A– Ұрыққа қауіп төндірмейді. Дәрілер қауіпсіз болып табылады (фолий қышқылы, калий йодиді, тироксин)
B– Жануарларға жасалған зерттеулерде ұрыққа қауіп төнбеген, бірақ адамдарға зерттеу жасалмады. Бұл санаттағы дәрілер қауіпті (парацетамол, лидокаин, нистатин, пенициллин, эритромицин, цефалоспорин, метронидазол, джозамицин, допегит, ацикловир, тавегил, темір препараттары, кальций препараттары, гепарин)
C- Дәлме-дәл зерттеулер жоқ. Ұрыққа төнетін қатер белгісіз. Дәрі-дәрмектердің тигізетін пайдасы ұрыққа төнетін қауіптен әлдеқайда асқан кезде ғана оларды тағайындауға болады (нифедипин, фуросемид, гентамицин, триметоприм)
D- Ұрыққа қатерлі екені дәлелденген, бірақ жүкті әйелді емдеу қажеттілігі бұл қатерден асып түседі (мысалы, эклампсия кезінде диазепам, жүрек соғуының ырғақсыздығы, миокард инфарктісі кезінде кордарон)
X- Ұрыққа төнетін қауіп адамдарға жасалған тәжірибелермен дәлелденген. Жүктілік кезінде пайдалану қаупі алдағы пайдасынан артық. Жүкті әйелдер мен жүктілікті жоспарлап жүрген әйелдер үшін дәрі-дәрмекті қабылдауға тыйым салынады (андрогендер, талидомид)

Жүктілік кезінде дені сау әйел А санатына сәйкес келетін құралдардан басқа (фолий қышқылы, калий иодиді) дәрілік препараттарды қолданбағаны жөн. Дәрумендерді, минералдарды, тағамдық қоспаларды қабылдау тек олар тамақта жетіспеген жағдайларымен ғана шектелуі тиіс. Асқынған жүктілік пен жынысық мүшеден тыс ауруларды емдеу үшін препараттарды таңдау бойынша ұсынымдар дәлелді медицинаның деректеріне негізделуі тиіс.

Қорыта келе, барлық әйелдерге жүктіліктің сәтті өтуін және аяқ-қолын бауырына алып, аман-есен босанып алуын тілеймін!!!!!

Артериялық гипертензия (АГ) және жүктілік.

Қапсұлтанова Дина Амангелдіқызы
Жоғары санатты терапевт-кардиолог дәрігер, медицина ғылымдарының кандидаты.
Алматы Мемлекеттік Медицина Институтын емдеу ісі бойынша аяқтаған.
ҚазММУ «Ішкі аурулар» мамандығы бойынша клиникалық ординатурасы.
С.Д. Асфендияров атынд. ҚазҰМУ «Ішкі аурулар» мамандығы аспирантурасы.

Бала көтерген уақыт болашақ ананың ағзасы үшін нағыз сынаққа айналады. Дәрігерлер тіркейтін әйелдердегі ең көп тараған патологиялардың бірі – жүктілік кезіндегі артериялық гипертензия. Ол ананың денсаулығына да, оның құрсағындағы кішкентай адамның құрсақішілік дамуына да әсер ететін қауіпті жағдайлар тудырады. АГ-ны жүктілік кезінде анықтау мен емдеу әдістері туралы толығырақ жоғары санатты терапевт-кардиолог дәрігер, медицина ғылымдарының кандидаты Қапсұлтанова Дина Аменгелдіқызы әңгімелеп берді.

ДИНА АМАНГЕЛДІҚЫЗЫ, СӘЛЕМЕТСІЗ БЕ. «ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ ДЕГЕН НЕ?» – ДЕГЕН СҰРАҚТАН БАСТАЙЫҚ.

Артериялық гипертензия (АГ) – жүкті әйелдерде систолалық артериялық қысым 140 мм сын. бағ. және/немесе диастолалық артериялық қысым 90 мм сын. бағ. көрсеткішімен тіркелетін жағдай. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2016) деректері бойынша АГ жүкті әйелдердің 5-10% тіркеледі. Жүктілік кезіндегі артериялық қысымның жоғарылауын бірнеше түрде кездестіруге болады. Әйелдердің бір бөлігінде артериялық гипертензия жүктілікке дейін болады, ал кейбіреулерінде артериялық қысымның жоғарылауымен қоса созылмалы бүйрек, эндокриндік жүйе аурулары болады, ал үшіншілерінде артериялық қысымның жоғарылауы жүктіліктің өзінен туындайды. Әйелдердің көбі артериялық қысымдарының жоғары екенін тек жүктілік кезінде біліп жатады, ол болса, мұндай пациенттерге диагностика жасау мен емдеуді қиындатады.

ҚАЛЫПТЫ ӨТІП ЖАТҚАН ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ АРТЕРИЯЛЫҚ ҚЫСЫМНЫҢ ДЕҢГЕЙІ ҚАЛАЙ БОЛАДЫ?

Жүктілік кезінде ананың жүрек-қан тамыр жүйесінің қызметінде ұрыққа оттегі мен әртүрлі құнарлы заттарды жеткізуді қамтамасыз етуге, метаболизм өнімдерін жоюға бағытталған маңызды өзгерістер жүріп жатады. Жүктілік кезінде жүрек-қан тамыр жүйесіне әжептәуір күш түседі. Бұл қан айналымының бастапқы деңгейден (жүктілікке дейінгі) 30-50 % артуымен, зат алмасудың қарқындауымен, жатыр-плаценталық қанайналым шеңберінің дамуымен, жүкті әйелдің дене салмағының артуымен және басқа да факторлардың себебімен анықталады. Жүктіліктің алғашқы аптасынан бастап I триместрдің соңына дейін систолалық АҚ 10-15 мм сын. бағ., ал диастолалық қысым 5-15 мм сын. бағ. төмендейді. II триместрде артериялық қысым қалыпты болады, ал III триместрде жоғарылайды, босанатын сәтке таман жүктілікке дейінгі қан қысымының деңгейіне жетеді, ал кей жағдайларда 10-15 мм сын. бағ. асып кетеді. Артериялық қысым деңгейінің осындай динамикасы АГ бар жүкті әйелдерге де тән.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ АГ-НЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ ҚАНДАЙ?

Әйелдердің гипертензиясы қаншалықты анық байқалатыны көптеген факторларға: қан қысымының көтерілу дәрежесіне, нейроэндокриндік реттелудің жеке ерекшеліктеріне, аса маңызды ағзалар мен жүйелердің жағдайына байланысты.

Жүктілік пен гипертония ауруы қатар дамып жатқанынан еш хабары жоқ әйелдердің көбі дәрігерге келгенде аяқ-асты әлсіреп қалатындарын, қатты терлеп, ыстықтайтындарын айтып шағымданып жатады. Бас айналғанын, лоқсып құсқандарын, оқтын-оқтын бас ауырғанын әйелдер өздерінің ерекше жағдайларымен байланыстырып жатады. Жүктіліктің бірінші жартысында артериялық қысымның физиологиялық төмендейтінін ұмытпау қажет, сондықтан артериялық гипертензияны бірден анықтау оңай емес. Алайда, егер әйелдің басы ауырса, айналса, көзі қарауытып, құлақта шу пайда болып, мұрны қанаса, жүрек тұсы ауырса, ұйқысы бұзылса, әлсіздік мазаласа, артериялық қысымды өлшеп көру қажет, ал қан қысымы жоғары болса, дереу дәрігерге қаралу қажет.

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ АГ НЕСІМЕН ҚАУІПТІ?

Гипертония және жүктілік – қауіпті үйлесім. Қысым жоғары болған кезде тамырдың өзегі тарылады. Бұл ретте жүктіліктің ерте кезеңінде-ақ ұрықжолдастағы қан ағысы бұзылады. Ұрыққа қорек пен оттегі жетіспейді, оның дамуы бәсеңдеп, УДЗ нәтижелері бойынша мерзіміне сәйкес келмейтін болады. Кейбір жағдайларда қан ағысының бұзылуы жүктіліктің ерте кезеңінде өздігінен түсік тастаумен аяқталады.

Жүктіліктің ең соңғы кезеңінде тамырлардың жаппай тарылуы дұрыс орналасқан ұрықжолдастың ажырауына алып келуі мүмкін. Оқиғалардың осылай өрбіген кездегі көп жағдайларында баланы сақтап қалу мүмкін емес. Жоғары қысым толық гестозға айналуы мүмкін. Бұндайда әртүрлі дәрежеде байқалатын ісіктер қосылып, несепте ақуыз пайда болады. Ауру біртіндеп күшейіп, преэклампсияға немесе эклампсияға – құрысудың пайда болуына, тіпті комаға дейін естен тануға алып келуі мүмкін.

Осы патология кезіндегі ұрықжолдастағы өзгерістер ұрық жолдасы жетіспеушілігін қалыптастырады, ол қоректік заттардың түсуінің бұзылуымен, ұрық гипоксиясымен, оның дамуының бәсеңдеуімен сипатталады және ауыр жағдайларда өлімге алып келеді.

АЙТЫҢЫЗШЫ, ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ ҚАНДАЙ ЖӘНЕ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ АРТЕРИЯЛЫҚ ҚЫСЫМНЫҢ КӨТЕРІЛУІ ҚАНША ЛЫҚТЫ ЖИІ КЕЗДЕСЕДІ?

Айтып кеткенімдей, негізгі заманауи ұсынымдарға сәйкес жүкті әйелдерде артериялық гипертензия систолалық артериялық қысымның 140 мм сын. бағ. дейін және диастолалық артериялық қысымның 90 мм сын. бағ. дейін көтерілгенде анықталады. Артериялық қысымның 140/90 мм сын. бағ. дейін бір рет жоғарылауының шамамен 40-50% әйелдерде тіркелетінін ескере отырып, артериялық қысым деңгейінің жоғарылауын, кем дегенде, бір қолды ең кемінде 15 минут аралықпен екі рет өлшеу арқылы растау қажет. Жүкті әйелдің АҚ үй жағдайында өздігінен өлшеген кезде немесе АҚ тәуліктік бақылаған (АҚТБ) кезде артериялық қысым деңгейі 135/85 мм сын. бағ. көрсетуі АГ бар екенін көрсетеді.
Сондай-ақ, үйде өлшеген кездегі қалыпты мәндермен салыстырғанда медицина қызметкері өлшеген кезде «ақ халатты» гипертензия деп аталатын феномен, яғни жоғары артериялық қысым да белгілі.

Әйелдің артериялық қысымды қалай өлшейтіні өте маңызды. Бұндайда оңай әрі бұлжытпай орындалуы тиіс аса маңызды ережелер бар.

Сондай-ақ диагностика жасау кезінде сабақтас мамандардың: офтольмологтың – артериялық гипертензия кезінде зақымданатын көз түбі тамырларын бағалау үрдістің ұзақтығы мен ауырлығын көрсетеді; невропатологтың, эндокринологтың, нефрологтың және т. б. кеңесінің ерекше мәні бар.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ҚАНДАЙ ТҮРЛЕРІ КЕЗДЕСЕДІ ЖӘНЕ ҚАН ҚЫСЫМЫНЫҢ ЖОҒАРЛАҒАНЫ АНЫҚТАЛҒАН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДІ ҚАРАУ ТӘСІЛІ ҚАНДАЙ?

«Созылмалы артериялық гипертензия» деп аталатын термин артериялық қысымның көтерілуі жүктілік басталғанға дейін орын алған әйелдерге қатысты қолданылады.

Гестациялық гипертензия түсінігі жүктіліктің екінші жартысында (20 аптадан кейін) артериялық қысымның оқшауланып көтерілуіне жатқызылады. Гестациялық гипертензия кезіндегі әйел мен балаға жасалатын болжамдар басқа түрлерімен салыстырғанда анағұрлым жақсы.

Преэклампсия деп артериялық гипертензия мен протеинурияның үйлесімін айтады (несептегі ақуыз тәулігіне 0,3 г және одан жоғары), ол алғаш рет жүктіліктің 20-аптасынан кейін байқалады. Бұл түрі баланың антенаталдық шетінеуі мен перинаталдық өлімі, қалыпты орналасқан ұрықжолдастың мерзімінен бұрын ажырауы, акушерлік қан кету, эклампсия, HELLP-синдромы (қанды ісік немесе бауырдың жарылуы), ТТҚ-синдромы, жедел бүйрек зақымдануы, бауырдың ісінуі, ми қанайналымының бұзылуы (МҚЖБ), қан құйылу және көздің ішкі тор қабығының жарылуы сияқты осындай қауіпті асқынулар санының көптігіне байланысты ана мен бала үшін өте жағымсыз болып табылады.

Эклампсия — басқа себептер болмаған кезде преэклампсия аясындағы тырыспа ұстамасы немесе тырыспа ұстамаларының сериясы. 30% жағдайларда эклампсия АГ бар жүкті әйелдерде алдында болатын преэклампсиясыз кенеттен дамиды.

Жүкті әйелдің артериялық қысымы жоғары болған кезде дәрігердің берген барлық кеңестерін қатаң орындау қажет. Үй жағдайында артериялық қысымды бақылап, үнемі несеп талдамасын жасату аса маңызды. 20 аптадан кейінгі мерзімде артериялық қысымның көтерілуі преэклампсияның даму мүмкіндігі жағынан дәрігерді алаңдатуы тиіс. Қосымша тексерулер жасалып, жүкті әйел мен баланың жағдайы мұқият бақылауға алынуы тиіс.

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ДАМУЫН ҚАНДАЙ ФАКТОРЛАР ҚИЫНДАТУЫ МҮМКІН?

Оларды бәрі біледі. Шылым шегу (соның ішінде темекі түтінімен тыныс алу да), ішімдік ішу, артық салмақ, қант диабеті, қандағы холестерин деңгейінің жоғары болуы.

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ ЕМДЕГЕН КЕЗДЕ НЕНІ ЕСКЕРУ ҚАЖЕТ?

Жүкті әйелдердегі АГ емдеу мақсаты артериялық қысымның жоғарылауына байланысты асқынудың алдын алу, жүктілікті сақтап қалу, баланың қалыпты дамуы және өз мерзімінде босану болып табылады. Жүкті әйелдердің артериялық гипертензиясын емдеу өмір салтын өзгерту мен АҚ көтерілуін қоздыратын факторларға (шылым шегу, ішімдік) әсер етуден басталады; сұйықтық ішуді шектеместен теңгерімді тамақтануды қамтамасыз ету қажет; жүру түріндегі бірқалыпты аэробтық физикалық жүктемелі толыққанды демалыс ұсынылады; 8-10 сағаттық жеткілікті түнгі ұйқы, күндіз 1-2 сағат ұйықтап алған жақсы. Жүктілік кезеңінде дене салмағының төмендемегені дұрыс екенін айта кеткім келеді, мұндай жағдайда туған баланың салмағы аз болып, кейін бойының өсуі де бәсеңдеуге қауіп бар.

Дәрі-дәрмексіз әдістер тиімсіз болған кезде дәрі-дәрмекпен емдеу терапиясы тағайындалуы тиіс. АГ дәрі-дәрмекпен емдеудің жалпы қағидалары мынадай: ана үшін барынша тиімділік пен бала үшін қауіпсіздік; емді бір препараттың ең аз мөлшерінен бастау керек; бір препаратпен емдеген кезде жеткілікті әсер болмаса, әртүрлі класс препараттарымен аралас ем тағайындау керек. Гипертензияға қарсы препараттарды тек дәрігердің қатаң бақылауымен қолдануға болады және жүктілік мерзімі, жүкті әйелдегі артериялық гипертензияның түрі, препараттың мөлшері сияқты және т. б. көптеген факторлар ескерілуі тиіс.

Сондай-ақ жүктілік кезінде артериялық гипертензиядан зардап шегетін барлық әйел босанғаннан кейін 12 апта бойы дәрігердің бақылауында болуы тиіс. Артериялық қысым төмендеген сайын қысымды төмендететін препараттардың мөлшері азайтылып, тоқтатылады. Жоғары артериялық қысым сақталған кезде артериялық гипертензияның себебін анықтау үшін мұқият тексеру жасалуы тиіс.

АГ-НЫҢ АЛДЫН АЛУ МҮМКІНДІГІ ТУРАЛЫ АЙТЫП БЕРІҢІЗШІ.

Жүктілік кезінде гипертониядан құтылу мүмкін бола бермейді, бірақ оның даму қаупін азайтуға болады. Ол үшін жүктілікті жоспарлау қажет. Артық салмағы бар әйелдер біртіндеп салмақ тастау үшін дұрыс тамақтануға ауысқандары жөн. Бүйрек, қалқанша без, жүрек, қант диабеті аурулары кезінде жағдайдың тұрақты болғаны қажет, жүктілік кезінде жағдайдың нашарлау мүмкіндігін мейлінше азайтатын дұрыс терапия таңдалғаны жөн.

Сізге мазмұнды сұхбатыңыз үшін рақмет.

Ольга Алиева:

«Біздің жолымыз болды, бәріңізге де жұғысты болсын!»

Біздің қоғамымызда ұрықталу қиындықтары жайлы сөз қозғау әлі де жат: өте жеке нәрсе, тым ұят. Біз арқамыз ауырғанын ұялмай айта аламыз, бірақ бала туа алмайтынымызды мойындауға қорқамыз. Бірақ екі жағдайда да медицина көмектесе алады. Ольга Алиева осы сияқты жағдайда қалғандарға, уайым-қайғыға салынып, абыржып және шешім қабылдай алмай жүрген жандарға қолдау көрсету үшін бізге өз оқиғасын әңгімелеп берді.

- Мұратпен біз 2008 жылы танысып, бір жыл өткен соң үйлену тойын жасадық. Әрине, кез келген ерлі-зайыпты сияқты біз «үлкен отбасы болсақ, үйіміз баланың жарқылдаған күлкісіне толса екен» деп армандадық.

Біз отбасын жоспарлау мәселесіне үлкен жауапкершілікпен қарадық, бірақ өкінішке орай, бала көтере алмадым. Жолдасым екеуіміз денсаулығымыз мінсіз деп есептедік, менде бәрі де дұрыс болған: жасанды түсік жасамадым, гинекологиялық аурулар болмады. Бізде қандай да бір репродуктивтік проблема барын анық көрсететін ешқандай белгі болмады.

Біз ғажайып сәтті ұзақ күттік, бірақ бір жыл бойы сәтсіз талпыныстардан кейін жеке клиниканың дәрігерлеріне барып қаралдық. Дәрігер мені жатыр түтіктерінің рентгеніне жіберді, нәтижесінде екі түтігімнің де бітелгені анықталды. Диагнозды естігенде төбемнен жай түскендей болды — екі жақты сальпингоофорит.

ЕМДЕЛЕМІЗ!

Күйеуімнің ата-анасы — дәрігерлер, менің енем — профессор, Қазақстандағы белгілі акушер-гинеколог. Мені жұбатқан сол кісінің сөзі: «Қапа болма, бәрі шешіледі, емделеміз».

Осыдан кейін жатыр түтіктерінің өтімділігін қалпына келтіруге мүмкіндік беретін лапароскопиялық ота жасауға бел будық. Отаны енем ұзақ қызмет еткен Ташкент акушерлік және гинекология институтында жасадық. Маған гормондық фонды қалпына келтіру үшін жарты жылдық ем тағайындалды. Терапиядан кейін мен күнделікті ректалды температураны қадағалап отырдым, овуляция күндерін өткізіп алмау үшін кесте жасадым, бірақ бәрі сәтсіз болды. 6 ай өткен соң мен қайтадан бала көтеруге тырыстым, алайда бәрі бекер болды.

Міне, үйленгенімізге үш жыл болды, біздің үйіміз құлазып, баланың жарқын күлкісі сол күйі естілмеді...

ШАҢЫРАҒЫМЫЗ ШАЙҚАЛА БАСТАДЫ

Әрине, мен күйзеліске ұшырадым, өзімді толыққанды адам ретінде сезбедім. Бала көтеретін уақытты өткізіп алдым деп ойладым, өйткені ол кезде менің жасым 29-ға келген еді. Жыл өткен сайын ата-ана болуға мүмкіндігіміз азаятынын түсіндім. Жылдан жылға жүкті болып, бала көтеру қиындай түсетінін түсіндім.

Отбасында кикілжің басталды, мен өзімді қолайсыз сезіндім, үлкен отбасында туып-өскен күйеуім не істеу керектігін мүлдем түсіне алмады. Оның әпкелері 2-3 баладан туып алды, ал жалғыз ұрпақ жалғастырушы ол ізбасарсыз қалды.

Біздің некеміз әр ұлтты: күйеуім — қазақ, мен орыспын. Мен өзімді күйеуімнің алдында, оның ата-анасының алдында қолайсыз сезіндім, өзімді бір түрлі кемтар сезіндім.

Емшілерге, балгерлерге, тіпті тәуіпке де бардым, ол маған арманың жақында орындалады деді. Ол қашан және қандай жолмен орындалатынын білмеді, бірақ менің арманым орындалатынын, ал дұғаларымның естілетінін айтты.

Күтіп отыра беруге мүмкін жоқ, біздің некеміз бұзылуға жақын еді. Мен ақпарат іздей бастап, ЭКО туралы біліп алдым. Алайда күйеуім бұған мән бермей, сенімсіздік танытты. Денеден тыс ұрықтандыру арқылы туған балалар шынайы емес, бәрінен бөлек деген пікір бар болатын.

ҚАЙТПАС ШЕШІМ

Бірақ өз шешімімнен қайтпадым — 2012 жылы жазда мен Репродуктивтік медицина институтына кеңес алу үшін бардым, кеңес алдым, барлық қажет-

ті тексеруден өттім. Дәрігер маған жас, келешегі бар, сәттілікке бет алған репродуктолог Тұмарбеков Махмет Қанышұлына баруға кеңес берді.

Қабылдау кезінде дәрігер былай деді: «Жұмыс жасаймыз. Сіз жассыз, деніңіз сау, барлығы міндетті түрде сәтті өтеді! Ең бастысы — сену керек». Репродуктолог маған үлкен үміт сыйлады. Мен жаңадан жігерленіп, сенім артып, керемет қуат алғандай болдым, мұның өзі баға жетпес нәрсе!

Сол кезде маған бар керегі — басымдағы күмән ойлар мен сенімсіздіктен арылу еді. Күйеуімнің анасы бедеулік бастан, ал содан кейін физикалық деңгейде басталатынын айтты. Және де интернеттен мақалалар оқымауға, біреудің негативті тәжірибесін зерттемеуге, өзіңді-өзің қазбалап, сәтсіздіктерге өз бетіңше талдау жасамауға кеңес берді. «Міне, дәрігерің бар, соны тыңда, жақсы нәтижені көзде!» Емдеуші дәрігеріммен сөйлескенде де, бірлесіп жұмыс істегенде де бір сәтке болса да, бір күмәным болған жоқ. Ол үшін оған деген алғысым шексіз!

АЛҒАШ РЕТ ҰРЫҚ ҚОНДЫРЫП, БІРДЕН ЖЕТІСТІККЕ ЖЕТТІК!

Қысқа 5 күндік хаттамадан кейін және тағайындалған терапия орындалған соң біз аналық жасушалар алатын операция бөлмесіне келдік. Тексеру барысында менен болымсыз жүрек ақауларын анықтады — 2-ші дәрежелі митралды клапан пролапсы, сондықтан мен бала көтеру үшін тек бір ғана ұрықтанған аналық жасушаны қондыру керек деп ойладым, өйткені жүрек-тамыр қызметінде қиындықтар туындауы мүмкін еді.

Алайда, Махмет Қанышұлы екеуін қондыруға шешім қабылдады, ал содан кейін жағдайға қарай көреміз — екеуі де орнықса, демек солай болу керек, демек бәрін көтереміз.

Үшінші тәулікте мен ұрық қондыруға келдім, бір түрлі сезімде болдым: маған экранды көрсетті, титімдей бір екі нүкте, ештеңе де түсінбедім. Тағы да баяғы ойлар кетті десеңші — бірдеңесін шатастырып алса ше, бекініп алмаса ше, өйтсе ше, бүйтсе ше... Мен өзімді-өзім қолға алып, өз санамды күмән мен жаман ойдан тазартуға тырыстым.

Махмет Қанышұлы маған енді барлық жүкті әйелдер сияқты екенімді, салауатты өмір салтын ұстанып, ауыр көтермей, екі апта бойы демалып, уайымдамай, дұрыс тамақтанып, жақсы ұйықтауым керек екенін айтты.

МЕНІҢ «ГАЛЛЮЦИНАЦИЯЛАРЫМ»

Әрине, мен 14 күн күтіп отыра алмадым, он күндей өткен соң алдым да тест жасадым. Тестке қарап, мен елес көріп тұрғандай болдым: міне, әрең көрініп тұрған көптен күткен екі жолақ. Мүмкін емес! Күйеуіме көрсеттім, ол ештеңе көрмеді.

Шын айтсам, есім ауысқан ба деп ойладым, мен бұл жолақтарды анық көріп тұрғандай болдым! 15-ші тәулікте біз клиникаға бардық, АХГ талдау жасадық, ал 10 күн өткен соң УДЗ өттім. Менің дәрігерім бір ұрық жұмыртқасы орныққанын айтты. Мен оны естуге дайын болғанымма қарамастан, қатты таң қалдым. Бақыт тыныштықты жақсы көреді, сондықтан сол кезде мен қуануға қорықтым, осы жеңіске көзім тиеме деп қорықтым және ешкімге ештеңе айтқым келмеді. Мен мелшиіп қалдым, жүрегім тоқтап қалғандай болды. Дәрігер 12-ші аптада мен емханаға есепке тұруым керегін айтып, маған сәттілік тіледі.

МЕНІҢ 40 АПТАМ

Жүктілік оңай болмады. 23-ші аптада түсік тастау қаупі болды, өйткені менің стационарда екі апта бойы емдеген пиелонефритім асқынды. Жүктіліктің соңына қарай менің аяқтарымның ісіп кеткені соншалықты, тіпті орнымнан тұруға шамам болмай кетті, Құдайға шүкір, бұның бәрі бәрі сәбиге әсерін тигізбеді.

Мен сәбиімді табиғи жолмен туғым келді, алайда ЭКО, жүрек, ісік, қан қысымы — мұның бәрі баланы іштен кесіп алатынын білдірді.

Бүкіл жүктілік кезінде және босанғанда менің жанымда репродуктивтік медицина институтында жұмыс істейтін күйеуімнің анасы, Алиева Тамара Мұратқызы бақылап, қолдау көрсетіп жүрді. Құдайға шүкір, бәрі жақсы өтті: 2013 жылғы 27 маусымда салмағы да (3700), бойы да (56 см) жақсы дені сау қыз бала дүниеге келді — біздің қуанышымызда шек болмады!

Маған үлкен үміт ұялатқан Махмет Қанышұлына және осындай қиын жолмен бақытымызға жетелеген барлық адамдарға алғысым шексіз.

ЕКІНШІ СӘБІ

Біздің қызымыз үшке толғанда бізге екінші бала керектігін түсіндік. Мен екінші рет ЭКО жасату үшін Махмет Қанышұлына келдім. Дәрігер жатыр түтіктерін алып тастауға кеңес берді, өйткені жатырдан тыс жүктіліктің, созылмалы қабыну процесстерінің салдарынан инфекциялардың пайда болу ықтималдығы жоғары болды. Алайда, мен жауапкершілікті өзіме алып, тәуекелге бел буып, операциядан бас тарттым.

Қорқыныш болды, бірақ алғашқыдай емес, өйткені мен өз дәрігеріме толық сенімді болдым. Екінші жүктілік ұрық қондырғаннан кейін бірден басталды, 2016 жылғы тамызда сап-сау ұлымыз дүниеге келді.

Қазір қызым, Аиша 6 жаста, ал Сұлтан тамызда 3 жасқа толады. Кейде күйеуіме «түтіктен туған балалар шынайы емес деп ойлағаның есіңде ме?» деп айтамын. Ал, енді қара, міне, басқалар сияқты, дендері сау, ақылды да көңілді балалар!

ШЕКСІЗ АЛҒЫС

Көбі бірден бірінші талпыныстан-ақ жүкті болғаныма таң қалады, бірақ бәрі керемет дәрігер мен оның бойыма бақытқа деген сенім ұялата білуінің арқасында деп ойлаймын!

Мен барлық тексеруден, операциядан өткенше, басқа әйелдермен жиі сөйлесетінмін. Өкінішке орай, бедеулік мәселесі «жасарып» келеді, мен небәрі 20 жастағы қыздармен сөйлескенмін! Сондықтан, біздің елімізде, Алматыда ата-аналарға бақыт сыйлайтын, ең үздік дәрігерлер жұмыс істейтін Репродуктивтік медицина институтының барына мен өте қуаныштымын!

Бұрын адамдар қалай ғана болашаққа үміт артпай, сенімсіздікпен өмір сүрді десеңші, көзіме елестете алмаймын, себебі 25 жыл бұрын ғана бала сүюден күдер үзген адам көп болған.

Мен өз балаларымның ЭКО көмегімен пайда болғанын айтуға мүлдем ұялмаймын, оны ешқашан жасырған да емеспін. Сөйтіп, өзімнің бастан кешкенім арқылы әлі ана бола алмай жүргендерді қолдап, оларға көмек көрсетуге тырысамын.
Сәбилі болу проблемасы — ұят нәрсе емес. Ол туралы айтуға болады және де айту керек. Ниеттес адамдарды тауып алыңыз. Өз проблемаңыз, өз сезімдеріңіз жайлы айтыңыз. Өзің сияқтылар көп екенін түсінген кезде кәдімгідей жеңіл болады.

...Сол кезде мен сөйлескен әйелдердің бәрі қазір ана болып алған. Себебі олар жолынан таймады.

Отбасы мен бала-шаға — ең бастысы. Ана сезімінен жоғары және одан артық не бар болушы еді? Бір балаға зар болып, әрең дегенде көтеріп, қиындықтың бәрін жеңіп шығып туған өз балаң тұрғанда, оның бұл дүниеге қалай келгені маңызды да емес!