№3 (12), апрель – май, 2016

ИРМ info

РЕПРОДУКТИВТІК МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ

ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ТЕМА

Наша задача – использовать время эффективно

АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС

Мужское здоровье – серьезная наука

ГОСТЬ НОМЕРА

Енлик Дюсекина и Канат Кажибаев:
«Я – мама! Долгих восемь лет я ждала этого статуса»

РЕПРОДУКТИВТІК МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ
20 ЖЫЛ / ЛЕТ
ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 квалификации сотрудниками ИРМ в ведущих мировых клиниках

Единственная в Казахстане докторская диссертация по ВРТ

ЭКО
центр

График роста успешности ЭКО в ИРМ

15% — 1997
22% — 2000
45% — 2014

1996 г. 1999 г. 1999 г.

ОПЕРАТИВНАЯ гинекология

10 500 операций с2010г. **2800** операций ежегодно

Диагностика и органосохраняющие операции лапароскопическим доступом

Реконструктивно-пластические операции влагалищным доступом

АНДРОЛОГИЯ

Количество пациентов обратившихся за помощью:

2010	2011	2012	2013	2014
1980	2139	2581	3054	5112

Лечение мужского бесплодия, в том числе тяжелых форм. Микрохирургия

Генитальная реконструктивная хирургия любой категории сложности

ПОЛИКЛИНИКА

Взято на учет по беременности

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
311	402	412	611	690	885	908

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

Школа подготовки к родам

КАФЕДРА

Предлагается ряд программ обучения для эмбриологов и репродуктологов

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

Наш сайт

Twitter

Facebook

ИРМ info

Корпоративное издание

№3 (12), апрель/май, 2016

Главный редактор
Тамара Джусубалиева,
директор Института
репродуктивной медицины (ИРМ)

Выпускающий редактор
Кристина Бершадская

Дизайн, верстка
Олеся Тритенко

Собственник: Учреждение «ИРМ»

Адрес редакции:
Алматы, ул. Толе би, 99

Отдел маркетинга:
Ольга Ли
(lee.olga@irm.kz)

www.irm.kz

Отпечатано в типографии
ТОО «Манхэттен Принт»
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!

Майские праздники буквально пропитаны духом мужества, свободы и силы. Это время еще раз с благодарностью вспомнить о великих подвигах, о тех, кто защищал и защищает интересы нашей Родины, а также тяжело трудится, зачастую в опасных условиях. Конечно, это мужчины, сильная половина человечества.

Коллектив Института репродуктивной медицины (ИРМ) поздравляет всех мужчин с праздником 7 мая и 9 мая. Для вас мы подготовили статью о методах решения проблем в мужской репродуктивной сфере, которые имеются в арсенале ИРМ. Никогда не считайте проблемы со здоровьем вашей слабостью и всегда обращайтесь за помощью.

Мы постарались сделать очередной номер журнала ИРМ INFO по традиции интересным и полезным.

ИРМ с первых дней придерживается принципов постоянного развития и совершенствования.

Наши пациенты могут быть уверены в том, что они получат эффективное лечение, такое, какое требуется для решения его проблем. Решение это будет обеспечено самыми современными способами и инновациями, а наши врачи не будут тратить и без того драгоценное время обратившихся к нам семей.

Для этого мы не только закупаем оборудование, технологии и методики ВРТ, не только беспрерывно обучаем наших специалистов. Мы выработали ясное понимание миссии клиники и выстроили четкий алгоритм действий между нашими отделениями и внутри них.

Мы вкладываем интеллектуальные и финансовые средства, чтобы помочь бездетным парам быть счастливыми и здоровыми. Мы готовы решать сложную проблему многих казахстанских семей – бесплодие. И это для нас не только работа, это наше призвание.

2016 год ИРМ начал с большими планами, и мы по-прежнему готовы отдать все силы для их реализации.

ДЖУСУБАЛИЕВА
Тамара Муфтаховна,
директор Института
репродуктивной медицины

Наша задача – использовать время эффективно

Непроходимость маточных труб – довольно частая патология репродуктивной системы женщины и, как следствие, причина бесплодия. Как диагностировать и лечить «блокировку» труб, сколько ждать самостоятельной беременности? Рассказывает ДЖАКУПОВ Данияр Валиханович, хирург-гинеколог, главный врач оперативной гинекологии ИРМ, заведующий Центром лапароскопии, руководитель курса эндовидеохирургии в гинекологии.

– Данияр Валиханович, тема непроходимости маточных труб актуальна и болезненна для многих женщин, столкнувшихся с отсутствием беременности. Какое у Вас видение на эту проблему?

– В общей структуре диагнозов, вызвавших бесплодие, фактор непроходимости маточных труб занимает 30%. И когда пациент приходит на прием к гинекологу-репродуктологу, то первым делом рассматривается данный фактор.

В настоящее время мы владеем несколькими методами определения проходимости маточных труб. Но прежде отмечу, что в ИРМ работает новая каста хирургов и репродуктологов. Поясню. Раньше в лечении бесплодия не было структурированного подхода. Хирурги делали свой пласт работы в одной клинике, а, к примеру, репродуктологи – в другой. Такая схема создавала очень много сложностей.

Сейчас мы работаем над проблемой в единой бригаде, назовем ее «единая бригада ВРТ».

У нас сформировалось понимание в объединенных действиях для устранения самой главной жалобы наших пациентов – отсутствие беременности.

Сегодня удаление маточной трубы не является трагедией и тупиковой ситуацией, мы работаем для того чтобы исключать риски для здоровья и дать возможность супружеской паре стать родителями.

– Вследствие чего возникает данная патология?

– Патология маточных труб несет в себе двойное образование. Первое – это аномалия развития самой матки, что тянет за собой инфантилизм маточных труб.

Второе, самое распространенное – это воспаление, связанное либо с инфекциями, либо с переходящим воспалением от соседних органов.

Лучше начать с анатомии маточных труб. Как вы знаете, в структуре репродуктивной функции наиважнейшую роль выполняют три органа – яичники, маточные трубы и матка.

Каждый отдел маточной трубы, если он нездоров, так или иначе влияет на причины бесплодия.

Маточная труба – это проводящий орган, который начинается в малом тазу в полости матки и заканчивается в яичнике. Интерстициальный или интрамуральный отдел – самый узкий участок маточной трубы, проходящий в стенке матки, открывается в полость матки маточным отверстием. Перешеек маточной трубы также достаточно узкий отдел, ближайший к стенке матки. Ампула маточной трубы – часть маточной трубы, расположенная между ее перешейком и воронкой. Воронка маточной трубы – наиболее дистальный участок маточной трубы, открывающийся в брюшную полость. Воронка маточной трубы окаймлена многочисленными ресничками или фимбриями, которые способствуют захвату яйцеклетки. Очень часто мы сравниваем трубу, а конкретно ее фимбриальный отдел с таким красивейшим цветком как роза. Она действительно напоминает розочку и по схожести строения, и по своей ранимости.

Основная функция маточной трубы – это место оплодотворения и проведение яйцеклетки. Движется она к полости матки благодаря сокращению маточной трубы. Здесь очень важен гормональный фон женщины, который напрямую влияет на перистальтику.

Важна и сохранность мерцательного эпителия, то есть ресничек, которыми покрыты стенки маточных труб.

Когда, например, возникает воспалительный процесс (гидросальпинкс) или воспалительный процесс маточной трубы, то собравшаяся жидкость часто разрушает мерцательный эпителий, и маточная труба перестает выполнять свою роль. Гибель ресничек мерцательного эпителия, нарушение перистальтики труб приводят к бесплодию, несмотря на сохраняющуюся проходимость маточных труб.

Очень часто пациенты говорят: «Как же так, снимок показал, что маточные трубы у нас проходимы, а беременность не наступает». Или: «В результате гидросальпинкса пришлось лечить трубы, но беременности так и нет». В этой ситуации нужно понимать, что проходимость маточных труб еще не самое главное.

– Какие симптомы могут указывать на непроходимость маточных труб?

– Как я уже отметил выше, причинами непроходимости могут быть либо спаечные процессы, либо инфекция, повлекшая за собой осложнения. Зачастую женщина узнает о проблеме, только обратившись к репродуктологу с жалобой на бесплодие. Это органическое трубное бесплодие, проходимость нарушена механически, проще говоря, существует препятствие для продвижения яйцеклетки и сперматозоидов.

Есть симптомы основных заболеваний, вызвавших патологию маточных труб. Это боли при воспалительном процессе, выделения при половых инфекциях и т.д.

Функциональное трубное бесплодие – это нарушение перистальтики маточных труб, а значит, нарушение их функционирования. Причинами обычно являются гормональные нарушения. Диагноз ставится только при медицинском обследовании.

– Какие в настоящее время существуют методы исследования непроходимости маточных труб?

– Начнем с первого метода – **рентгеноскопии**. Этот метод использует йодконтрастное вещество, для того чтобы видеть его на рентгеновском снимке.

Если непроходимость трубы находится на узких участках, которые чуть толще человеческого волоса, то пациентка с данной проблемой – в сфере задач врача-репродуктолога, потому как даже лапароскопически данную операцию невозможно выполнить. Если мы обнаруживаем сальпингит (защитная реакция, в результате которой образуется мешочек с водой, чтобы не допустить воспалению проникнуть дальше), то хирургически эта проблема решается. В идеале красящее вещество должно выходить в брюшную полость, в этом случае мы можем говорить о проходимости маточных труб.

Преимущества этого метода – амбулаторность. Кроме того, метод выявляет опухоли и синехии, он малозатратен и не требует анестезии. Однако, частота ложных результатов составляет около 40%, а это немаловажно. Причиной тому часто служит дискомфорт, который испытывает женщина при данной процедуре. Тем самым она физиологически способствует непродвижению жидкости должным образом.

Следующий метод – это **эхогистеросальпингоскопия**, или ультразвуковой метод оценки проходимости маточных труб, также с участием контрастного вещества.

Врач-узист с помощью вагинального датчика видит окрашенную жидкость и видит, насколько свободно она передвигается.

У этого вида исследования также есть особенности: отсутствие рентгеновских лучей (это очень важно в том случае, когда нет необходимости перед исследованием предохраняться от беременности), данная процедура малозатратна и является амбулаторной. Данный метод дополнительно выявляет кисты яичников, синехии, миомы, гидросальпинксы. Но процент достоверности такой же, как и в первом случае.

Следующим нужно отметить **трансвагинальную гидролапароскопию**. Это один из современных методов диагностики, когда без разреза через влагалище при помощи оптического прибора (видеокамеры) возможна оценка состояния маточных труб. По своей информативной ценности метод не уступает традиционной лапароскопии, но, как и в первых двух случаях, возможности коррекции обнаруженной патологии половых органов нет, поскольку метод является только диагностическим. Проходимость труб определяется также с помощью красящего вещества, но осуществляется уже под анестезией.

Фертилоскопия. Отличие этого метода от лапароскопии заключается в том, что лапароскоп вводится через небольшой разрез во влагалище. В ходе операции проводится изучение проходимости маточных труб с помощью камеры и обследование полости матки при помощи гистероскопа. Фертилоскопия позволяет определить все возможные причины бесплодия и ликвидировать некоторые из них непосредственно во время операции. Преимущество фертилоскопии заключается в том, что данная процедура связана с меньшим риском осложнений и может проводиться амбулаторно, разрез на стенке влагалища не зашивается и заживает самостоятельно. Подготовка к проведению фертилоскопии аналогична требованиям, которые предъявляются к лапароскопии.

Лапароскопия. Это самый достоверный, золотой стандарт метода исследования маточных труб. При данной процедуре исследования проводятся через пупок – камера вводится в брюшную полость, отлично видны маточная труба и матка. Метод лапароскопии может устранить практически любую патологию маточных труб: глубокие, тяжелые и старые спайки, гидросальпинкс.

– Как часто маточную трубу удаляют?

– Все зависит от того, насколько серьезно поврежден орган. Чем меньше воспаление, тем больше шансов на сохранение. Можно сколько угодно пытаться вылечить придатки, но есть риски впустую потратить драгоценное время, отведенное природой.

Приведу пример. Пациентка, 35 лет, на попытки забеременеть потратила 7 лет. По данным гистеросальпингографии, трубы были непроходимы в ампулярных отделах с формированием гидросальпингов. В анамнезе – хламидиоз, хроническое воспаление придатков. Мы провели операции лапароскопии, гистероскопии и трубэктомии (удаление маточных труб). В настоящее время пациентка включена в протокол ЭКО. Могу сказать, что теперь шансы стать матерью у нее гораздо выше, нежели до операции.

Нельзя забывать и о контингенте пациентов, которые еще психологически не готовы к процедуре ВРТ. Этим пациентам мы проводим реконструктивно-пластические операции на маточных трубах. Одной из таких операций является неосальпингостомия, фимбриопластика при наличии воспалительного гидросальпинкса. Проанализировав результаты проведенных нами операций по трубному фактору бесплодия за 5 лет, мы выявили процент наступления беременностей в 29% случаев.

Одним из примеров успешных операций является случай пациентки А., 35 лет, у которой беременность не наступала в течение пяти лет. По данным УЗИ ОМТ у нее выявлена непроходимость маточных труб в ампулярном отделе с обеих сторон. В январе 2015 года в нашем отделении пациентке была проведена реконстуктивно-пластическая операция на трубах, в ходе которой была восстановлена проходимость маточных труб. Самостоятельная беременность наступила через 3 месяца.

В январе 2016 года пациентка стала счастливой мамой здорового малыша. И таких примеров в нашей практике немало.

– Не стоить затягивать с беременностью.

– Абослютно верно. Мы не воруем время у своих пациентов. Зачастую они приходят в ИРМ уже залеченные, после долгих поисков способов забеременеть, после бабок-колдуний и народных врачевателей, после множества операций, последствия которых нам приходится исправлять. Эти женщины уже потеряли много драгоценного времени, и наша задача – решить проблему бездетности в максимально сжатые сроки.

Біздің міндетіміз – уақытты тиімді пайдалану

Жатыр түтіктерінің тарылуы – әйелдің репродуктивті жүйесінің едәуір жиі болатын және салдары бедеулікке алып келетін патологиясы. Түтіктердің оқшауулануын қалай анықтау және емдеу керектігі, сондай-ақ өздігінен жүкті болуды қанша күту керектігі жайлы хирург-гинеколог, РМИ оперативтік гинекология бөлімінің бас дәрігері, лапароскопия орталығының меңгерушісі, гинекологиядағы эндовидеохирургия курсының жетекшісі Жакупов Данияр Уәлиханұлы айтып береді.

– Данияр Уәлиханұлы, жатыр түтіктерінің тарылуы жүктіліктің болмауымен бетпе-бет келген көптеген әйелдер үшін өте өзекті және ауыр тақырып. Ал осыған қатысты Сіз не ойлайсыз?

– Бедеулік тудырған диагноздардың жалпы құрылымындағы жатыр түтіктерінің тарылуы факторы 30% ие. Ал емделуші гинеколог-репродуктологтың қабылдауына келген кезде бірден осы мәселе сөз болады.

Бүгінгі таңда біз жатыр түтіктерінің өткізгіштігін анықтауға қатысты бірнеше әдістерді білеміз. Бірақ алдымен қазір бізде РМИ-да хирургтар мен репродуктологтардың жаңа тобы пайда болғанын айта кеткім келеді. Нені меңзеп отырғанымды түсіндірейін. Бұрын бедеулікті емдеуде барлығы әр түрлі болған. Мысалы, хирургтер бір клиникада, ал репродуктологтар басқасында. Мұндай жүйе көптеген қиындықтар тудыратын. Егер бұрын хирург өз мәселесін шешу арқылы, жатыр түтіктерін жою міндетін орындаған болса, онда кейін репродуктолог-дәрігер бұл жұмыспен не істейтіні туралы басы қатып ойланатын. Біз қазір бірыңғай бригадамыз, оны КРТ бірыңғай бригадасы деп атайық. Бізде емделушілеріміздің ең басты шағымы – жүктіліктің болмауымен күресу үшін бірлескен әрекеттер түсінігі қалыптасты. Және емделушілеріміз үшін жатыр түтігін алып тастау қасірет, әрі тұйыққа тірелген жағдай болудан қалды, біз денсаулыққа келетін зиянды болдырмау үшін және ерлі-зайыптыларға ата-ана болу мүмкіндігін беру үшін жұмыс істейміз.

– Патология неден туындайды?

– Жатыр түтіктерінің патологиясы екі жақты құрылымды болады. Бірінші түрі – жатыр түтіктерін инфантилизмге алып келетін жатырдың өз дамуының ауытқуы.

Ал екіншісі, ең көп тараған, жұқпалармен немесе көршілес ағзалардан келетін қабынулармен байланысты қабыну.

Дұрысы жатыр түтіктерінің анатомиясынан бастау. Әйелдердің репродуктивті қызметінің құрылымында үш ағза қызмет ететінін білесіз,

олар аналық жыныс бездері, жатыр түтіктері және жатырдың өзі.

Жатыр түтігінің әрбір бөлімі өте маңызды және бедеуліктің себебі болып табылатын осы және өзге патологияда тікелей рөл атқарады.

Жатыр түтігі жатыр қуысындағы кіші жамбастан басталып, аналық жыныс безімен аяқталатын өткізгіш ағза. Тінаралық немесе қабырға ішілік бөлім жатыр түтігінің жатыр қабырғасында өтетін ең тар аумақ. Жатыр түтігінің мойнағы да жатыр қабырғасына жақын орналасқан айтарлықтай тар бөлім. Жатыр түтігінің ампуласы – жатыр түтігінің мойнағы мен шұңқыры арасында орналасқан жатыр түтігінің бір бөлігі. Жатыр түтігінің шұңқыры – құрсақ бұрышына ашылатын жатыр түтігінің ең алшақ аумағы. Жатыр түтігінің шұңқыры аналық жасушаны ұстауға мүмкіндік туғызатын көптеген түктермен және фимбриялармен жиектелген. Көбінесе біз түтікті, нақтырақ айтсақ оның фимбриялық бөлімін раушан сияқты әдемі гүлмен салыстырамыз. Ол шынымен де өзінің құрылысы әрі нәзіктігі жағынан раушан гүлін еске салады.

Жатыр түтігінің негізгі қызметі ол ұрықтандыру мен аналық жасушаны өткізу орны. Ол жатыр түтігінің қысқарылуы арқасында жатыр қуысына қарай жылжиды. Осы жерде әйелдің гормондық жағдайы өте маңызды, ол жиырылуға тікелей әсер етеді.

Жыбырлағыш эпителийдің, яғни жатыр түтіктерінің қабырғалары бүркелген түктердің амандығы да маңызды. Мысалы, гидросальпинкс сияқты ісіп қызару процесі немесе жатыр түтігінің ісіп қызару процесі туындаған кезде, жиналған сұйықтық жыбырлағыш эпителийді жиі бұзады және жатыр түтігі өз рөлін атқара алмайды.

Жыбырлағыш эпителий түктерінің бұзылуы, түтіктердің жиырылуының бұзылуы жатыр түтіктерінің сақталған өткізгіштігіне қарамастан бедеулікке алып келеді.

Емделушілер жиі келіп, былай деп жатады: «Бұл қалай болғаны, кескін жатыр түтіктерінің өткізгіштігін көрсетті, бірақ жүктілік басталмай жүр». Немесе «Гидросальпинкс нәтижесінде түтіктерді емдеуге тура келді, бірақ жүктілік әлі жоқ».

Жатыр түтіктерінің өткізгіштігі ең бастысы емес екенін түсіну қажет.

– Ал қандай да бір белгілер жатыр түтіктерінің тарылуын көрсете ала ма?

– Жоғарыда айтқанымдай, тарылу себептері қосылу процестері немесе асқынып кетуге алып келген жұқпалар болуы мүмкін. Көбінесе әйел адам мәселе туралы бедеулікке шағымдану арқылы репродуктологқа жүгіну кезінде біледі. Бұл органикалық түтік бедеулігі, өткізгіштігі өзінен өзі бұзылған, былай айтқанда аналық жасуша мен аталық ұрықтың жылжуы үшін кедергі бар. Жатыр түтіктерінің патологиясын тудыратын негізгі аурулардың белгілері бар: ісіп қызару процесі кезіндегі аурулар, жыныстық жұқпа кезіндегі бөлінулер және т.б.

Атқарымдық түтік бедеулігі – жатыр түтіктерінің жиырылуының бұзылуы, демек олардың жұмыс істеуінің бұзылуы. Себептері әдетте гормондық бұзылулар болып табылады.

Тек медициналық тексеру кезінде ғана диагноз қойылады.

– Жатыр түтіктерінің тарылуын зерттеудің қандай әдістері бар?

– Бірінші әдістен бастайық – рентгеноскопия. Бұл әдіс рентгенмен түсірген кезде көріну үшін йодконтрасттық затты пайдаланады.

Егер түтіктің тарылуы адам шашынан сәл ғана жуан тар аумақтарда болса, онда ол автоматты түрде репродуктолог-дәрігердің емделушісі. Себебі тіпті лапароскопиялық жолмен де осы операцияны орындау мүмкін емес.

Егер біз жатыр түтігінің қабынуын байқасақ, бұл – қабынудың әрі қарай өтуіне жол бермес үшін нәтижесінде су толы қалта түзілетін қорғаныс реакциясы, онда бұл мәселе хирургиялық жолмен шешіледі.

Негізінде, бояғыш зат құрсақ қуысына шығуы керек, сонда ғана біз жатыр түтігінің өткізгіштігі туралы айта аламыз.

Бұл әдістің артықшылығы – амбулатория. Ол ісіктер мен синехияларды анықтайды, сондай-ақ аз шығынды және анестезияны қажет етпейді. Дегенмен, жалған нәтижелердің жиілігі шамамен 40% құрайды. Ал бұның маңызы елеулі. Процедура кезінде әйелдің жайсыздық сезінуі бұған жиі себеп болады. Осылайша ол сұйықтықтың тиісті түрде жылжи алмауына физиологиялық тұрғыда себепші болады.

Келесі әдіс ол жатыр түтігін эхогистериялық көру немесе жатыр түтіктерінің өткізгіштігін бағалаудың ультрадыбыстық әдісі. Мұнда да жатыр қуысына контрасттық зат енгізіледі.

Сонымен бірге УДЗ дәрігері қынаптық құрылғының көмегімен боялған сұйықтықтың қаншалықты бос жылжып отырғанын көре алады.

Зерттеудің осы түрінде ерекшеліктер бар, алдымен рентген сәулелерінің жоқтығын баса айтқым келеді, ал бұл тексеру алдында жүктіліктен сақтанудың қажеттілігі жоқ болуы өте маңызды. Сондай-ақ процедура қаржы жағынан аз шығынды және амбулаториялық болып табылады. Аналық бездердің сарысулы ісіктерін, синехияларды, миомаларды, гидросальпинкстерді қосымша анықтайды. Бірақ нақтылық пайызы дәл бірінші жағдайдағыдай.

Келесісі ретінде трансқынаптық гидролапароскопияны айта кету қажет. Бұл тілмей, қынап арқылы оптикалық аспаптың (видеокамераның) көмегімен жатыр түтіктерінің жағдайын бағалау мүмкін болатын қазіргі заманғы диагностика әдістерінің бірі. Өзінің ақпараттық құндылығы бойынша бұл әдіс дәстүрлі лапароскопиядан кем түспейді, бірақ алғашқы екі жағдайдағыдай анықталған жыныстық ағзалардың патологиясын түзету мүмкіндігі жоқ, себебі бұл әдіс тек диагностикалық болып табылады.

Түтіктердің өткізгіштігі бояғыш заттардың көмегімен де анықталады, бірақ анестезия арқылы жүзеге асырылады.

Фертилоскопия немесе трасқынаптық гидролапароскопия. Оның лапароскопиядан ерекшелігі лапароскоптың қынаптағы кішкентай тілік арқылы енгізілетінінде. Операция барысында камераның көмегімен жатыр түтіктерінің өткізгіштігіне зерттеу және гистероскоптың көмегімен жатыр қуысына тексеру жүргізіледі. Фертилоскопия бедеуліктің болуы мүмкін барлық себептерін анықтауға және тікелей операция кезінде олардың кейбіреуін жоюға мүмкіндік береді. Фертилоскопияның артықшылығы осы процедураның асқыну қаупінің аздығында және амбулаториялық жасалу мүмкіндігінде. Қынап қабырғасындағы тілік тігілмейді және өздігінен жазылады. Фертилоскопия жасауға арналған дайындық лапароскопияға қойылатын талаптармен ұқсас.

Лапароскопияға ауысайық. Бұл жатыр түтіктерін зерттеу әдістерінің ең сенімді алтын стандарты. Зерттеудің осы әдісі кезінде камера кіндік арқылы құрсақ қуысына енгізіледі, сосын біз жатыр түтігі мен жатырды көреміз. Лапароскопия әдісі жатыр түтіктерінің кез келген патологиясын іс жүзінде жоя алады: терең, ауыр және ескі жабысулар, әрине, сондай-ақ гидросальпинкс.

– Жатыр түтігін қаншалықты жиі алып тастап жатады?

– Барлығы да түтіктің қаншалықты зақымданғанына байланысты. Қабыну неғұрлым аз болса, сақтап қалу мүмкіндігі де соғұрлым көп. Бірақ біз емделушілерімізге негізгісін түсіндіреміз, яғни олардың бізге келуінің нағыз себебі – жүктіліктің болмауы. Ал біз осы мәселені шешетін боламыз. Әрине, өсінділерді қалағанша емдеп көруге болады және құдай қаласа ол нәтижесін береді. Бірақ уақытты босқа өткізу қаупі бар. Әйел үшін бала туу кезеңі табиғатпен шектелген және бұл жағдайда күткен дұрыс па, соны шешіп алу керек.

Жақын арада болған жағдайды мысалға келтірейін. Емделуші 35 жаста, құрсақ көтеруге әрекет жасауға ол 7 жылын жоғалтты. Гистеросальпинография деректері бойынша гидросальпингтердің қалыптасуымен ампулалық бөлімдерде түтіктер өткізгіштігі жоқ. Анамнезде – өскіндердің созылмалы қабынуы, хламидиоз.

Біз лапароскопия, гистероскопия және жатыр түтіктерін алып тастау операцияларын жүргіздік. Қазіргі таңда емделуші ЭКО хаттамасына тіркелген. Және оның ана болу ықтималдығы операцияға дейінгі жағдайға қарағанда анағұрлым жоғары деп айта аламын.

Барлығы да түтіктің қаншалықты зақымданғанына байланысты. Қабыну неғұрлым аз болса, сақтап қалу мүмкіндігі де соғұрлым көп. КРТ процедурасына психологиялық тұрғыда әлі дайын емес емделушілер контингенті туралы ұмытуға болмайды. Мұндай емделушілерге біз жатыр түтіктерінде пластикалық қайта құру операцияларын өткіземіз. Осындай операциялардың бірі неосальпингостомия болып табылады, қабынған гидросальпинкс бар болса, фимбриопластика жасалады. Бес жылда бедеуліктің түтік факторы бойынша жасаған операцияларымыздың нәтижелеріне талдау жасай отырып, біз 29% жағдайларда жүктіліктің болғанын анықтадық.

Сәтті операциялардың бір мысалы 35 жастағы А емделушінің жағдайы болып табылады. Бес жыл бойы құрсақ көтермеді. КЖМ УДЗ деректері бойынша екі жағынан да ампулалық бөлімде жатыр түтіктерінің тарылуы анықталған. 2015 жылдың қаңтарында біздің бөлімшеде емделушіге түтіктерге пластикалық қайта құру операциясы жасалды. Үш айдан кейін өз күшімен құрсақ көтерді. 2016 жылдың қаңтарында біздің емделушілеріміз дені сау сәбидің бақытты ата-анасы болды. Осындай мысалдар біздің тәжірибемізде аз емес.

– Жүктілік мәселесінде уақытты созбау керектігін айтасыз ба?

– Біз емделушілеріміздің уақытын ұрламаймыз. Олар бізге жүкті болу әдістерінің ұзақ іздестірулерінен кейін, неше түрлі ем қабылдаған болып келеді. Кейбір операциялардан кейін оның салдарын біздің түзетуімізге де тура келіп жатады.

Бұл әйелдер көп уақытын, тіпті тәуіп кемпірлерге және қандай да бір халық емшілеріне барып жүріп жоғалтты.

Біздің міндетіміз – оның балалы болу мәселесін шешу.

Безруков Роман Владимирович, врач-андролог: «Мужское здоровье – серьезная наука»

В современном мире медицина развивается огромными темпами наравне с наукой, техникой и обществом в целом. Кроме инвестиций в интеллектуальный потенциал лучшие мировые клиники не экономят средства для внедрения новых технологий с целью повышения эффективности диагностики и лечения своих пациентов. К сожалению, сильная половина человечества зачастую игнорирует проблемы своего здоровья или просто их скрывает. Однако, в настоящее время в ИРМ развивается отдельное направление мужской репродуктологии в соответствии с самыми современными практиками. И принцип клиники остается прежним – непрерывное обучение специалистов плюс постоянное совершенствование методик в ногу со временем.

Бесплодие – чрезвычайно актуальная проблема. Согласно статистике, около 15% семейных пар имеют проблемы с деторождением. Всем им нужно проходить лечение, вплоть до применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Необходимо отметить, что в 50% случаев проблема заключается в мужчине. Радует тенденция роста первичных обращений на обследование, тогда как раньше для мужчин это наивно считалось неким ненужным обрядом. Не стоит также забывать о не менее важных составляющих – качества совместной жизни супружеской пары, сексуальных возможностях и здоровье супруга.

Основная задача андрологии и врача-андролога – восстановить репродуктивное здоровье мужчины. В Институте репродуктивной медицины (ИРМ) это направление развивается очень прогрессивно.

Если говорить об этом подробнее, то нужно сразу остановиться на современных методах и технологиях в микрохирургии, осуществление которых стало возможным благодаря микроскопу последнего поколения Carl Zeiss Opmi Vario.

Самая частая причина при невозможности зачать ребенка – нарушение сперматогенеза при варикоцеле. Такая проблема диагностируется у 10-15% мужчин. Причем, если взять всех мужчин с бесплодием, то варикоцеле выявляется у 40% – 50% из них.

При этом заболевании наблюдается варикозное расширение вен семенного канатика и яичек. Возникновение возможно как в подростковом возрасте, так и в зрелом. Нужно понимать, что увеличение поверхности венозных сосудов ведет к нарушению терморегулирующей функции мошонки.

Методик лечения варикоцеле десятки. На сегодняшний день в ИРМ успешно практикуется одна из наиболее эффективных и безопасных малоинвазивных методик – операция Мармара. Микроманипуляции над венами семенных канатиков осуществляются под большим оптическим увеличением. После этого больной на несколько часов остается под наблюдением врача. На реабилитацию, как правило, требуется пару дней.

Самое важное преимущество после данной операции – отсутствие рецидивов. Также очень редки осложнения, к примеру, водянки яичек, которая часто возникает после операций с сечением.

Микроскоп последнего поколения Carl Zeiss Opmi Vario применяется в микрохирургической биопсии яичек при необструктивной азооспермии, когда полное отсутствие сперматозоидов связано нарушением их выработки. Необструктивную азооспермию еще называют секреторной. Причина – врожденная патология или повреждение яичек: травма, инфекция мочеполовых путей, опухоли и т. д.

При обструктивных формах, более простых, можно сделать обычное пунктирование, выбрать подходящие сперматозоиды и пройти программу ЭКО. Но и в случае первого, более сложного диагноза, у мужчины есть шанс наличия единичных половых гамет. В этой ситуации под микроскопом просматривается вся ткань яичка, находятся канальцы, возможно сохранившие сперматогенез. Взятая ткань яичка в дальнейшем отдается в эмбриологическое отделение, где специалисты производят поиск сперматозоидов. Уже есть факты рождения детей у пациентов ИРМ при диагнозе необструктивной азооспермии, который для многих по сей день звучит как приговор.

Эффективность этой методики при сложных формах мужского бесплодия – до 50%, в то время как без микроскопа, когда проводится обычная биопсия, лишь 30%.

Микрохирургические операции в нашем Институте выполняются с 2014 года. И уже в одной из первых проведенных биопсий мы обнаружили единичные малоподвижные сперматозоиды, хотя у пациента были минимальные шансы с учетом возраста и крипторхизма (неопущение яичек). Тем не менее, нам удалось обнаружить несколько полноценных канальцев, внутри которых эмбриологи нашли сперматозоиды, выполнив их криоконсервацию.

Через месяц пациенты пошли на программу ЭКО, но, к сожалению, единичные сперматозоиды плохо перенесли заморозку, качество эмбрионов было низким, и, как следствие, беременность не наступила. Пациент, к нашему удивлению, и не думал сдаваться, повторив микрохирургическую биопсию. Мы готовились к долгожданной беременности на протяжении 6 месяцев, выполнили повторную биопсию в день пункции супруги в программе ЭКО. На этот раз качество эмбрионов было значительно выше, мы получили бластоцисты и выполнили перенос. Через две недели на руках у пары – положительный тест на беременность, а через 9 месяцев родилась здоровая девочка. Эта история показывает, что благодаря современным технологиям проблема мужского бесплодия в настоящее время успешно решается.

В продолжение темы о современных технологиях. Необходимо упомянуть о таком часто встречающимся явлении, как преждевременное семяизвержение, иначе говоря, ускоренный половой акт.

Чтобы решить эту проблему, в ИРМ используют микрохирургическую селективную денервацию головки полового члена. Перед данной операцией всегда проводится длительное тестирование мужчин, не менее одного месяца используются анастетические средства, и пациент определяет, где находится максимальная чувствительность. Затем под микроскопом выделяются ветви нервных стволов, пересекаются определенные нервы, вызывая тем самым анестезию головки полового члена. За счет этого в последующем возникает удлинение полового акта. Некоторые нервы пересекаются и сразу же сшиваются, то есть чувствительность через 6-8 месяцев возвращается, но развивается рефлекс на длительный половой акт.

Таким образом, современные методы андрологии – диагностические, хирургические, консервативное лечение – позволяют сделать жизнь мужчин лучше, счастливее, а их самих – увереннее в себе.

Андролог-дәрігер Безруков Роман Владимирович: «Ерлер денсаулығы– маңызды ғылым»

Қазіргі әлемде медицина ғылыммен, техникамен және қоғаммен тұтас алғанда бірдей зор қарқынмен дамып келеді. Зияткерлік әлеуетке инвестиция жұмсаудан бөлек, әлемнің үздік клиникалары өз емделушілерін диагностикалау мен емдеудің тиімділігін арттыру мақсатымен жаңа технологияларды енгізу үшін қаражаттарын үнемдемейді. Өкінішке орай, адамзаттың қуатты бөлігі өз денсаулықтарының мәселелерін көбінесе елемейді немесе жай ғана оларды жасырады. Дегенмен, қазіргі таңда РМИ-да нағыз қазіргі заманғы тәжірибелерге сәйкес ерлер репродуктологиясының жеке бағыты дамып келеді. Клиника қағидасы бұрынғыдай – мамандарды үздіксіз үйрету және заманға сәйкес әдістемелерді тұрақты жетілдіру болып қала береді.

Ұрықсыздық – бұл төтенше өзекті мәселе. Статистикаға сәйкес, шамамен 15% отбасылық жұптарда бала туу мәселесі бар. Олардың барлығы көмекші репродуктивтік технологияларды (КРТ) қолдануға дейін емдеуден өтулері қажет. Және 50% жағдайда себепкер ер адам болатынын айту қажет. Бастапқы тексеруге келудің өсу беталысы қуантады, себебі бұрын ерлер үшін бұл қандай да бір қажетсіз салт болып есептелетін.

Ерлі-зайыптылар жұбының бірлескен өмірі сапасының маңыздылығы кем емес құрауышы туралы да ұмытпау қажет. Ол ерінің сексуалды мүмкіндіктері мен денсаулығы.

Андрологияның және сәйкесінше андролог-дәрігердің негізгі міндеті – ерлердің репродуктивті денсаулығын қалпына келтіру. Репродуктивті медицина институтында (РМИ) бұл бағыт ең үдемелі әдіспен дамып келеді.

Егер толығырақ айтатын болсақ, онда бірден соңғы буындағы Carl Zeiss Opmi Vario микроскопының арқасында микрохирургиядағы қазіргі әдістер мен технологияларға тоқтау қажет.

Ұрықтану мүмкін болмайтын ең жиі кездесетін себеп – енбаудың қабынуы кезіндегі сперматогенездің бұзылуы. Жалпы ерлер арасында 10-15% кездеседі. Айта кететіні, егер ұрықсыздыққа шалдыққан барлық ерлерді алғанда, онда енбаудың қабынуы олардың 40%–50%-да табылады.

Бұл шәуетбау мен аталық без көктамырларының түйнеліп кеңеюімен болатын ауру. Жасөспірімдерде де, жетілген ерлерде де болуы мүмкін. Көктамырлар бетінің ұлғаюы ұманың термореттегіш қызметінің бұзылуына алып келетінін түсіну қажет.

Енбаудың қабынуын емдеудің ондаған әдістері бар, РМИ-да бүгінгі таңда анағұрлым тиімді әрі қауіпсіз аз инвазивті әдістердің бірі – Мармар операциясы сәтті қолданылып келеді. Шәуетбау көктамырларына микроманипуляциялар үлкен оптикалық ұлғайтумен жүзеге асырылады. Осыдан кейін науқас бірнеше сағат дәрігердің қадағалауында болады. Оңалтуға, әдеттегідей, екі күн қажет.

Ең бастысы, осындай операциялардан кейін қайталану жоқтың қасы. Сондай-ақ асқынулар да өте сирек кездеседі, мысалы, тіліп жасайтын операциядан кейін жиі болатын аталық бездің шемені.

Осы микроскоп обструкциялық емес азооспермия кезінде аталық бездің микрохирургиялық биопсиясында, яғни аталық ұрықтың толықтай жоқтығы оларды өндіру қызметінің бұзылуымен байланысты болған кезде қолданылады. Обструкциялық емес азооспермияны секрециялық деп те атайды. Себебі – туа біткен патология немесе аталық бездердің зақымдануы: жарақат, несеп-жыныстық жолдарының жұқпалары, ісік және т.б.

Аса қарапайым обструкциялық түрлері кезінде әдеттегі пункциялауды жасауға, жарамды аталық ұрықтарды таңдауға және ЭКО бағдарламасынан өтуге болады. Бірақ ерлердегі алғашқы аса ауыр диагноз жағдайларында да кейде қандай да бір бірлі-жарым жыныстық гаметалардың болу мүмкіндігі болады.

Мұндай жағдайда микроскоппен сперматогенез сақталып қалған болуы мүмкін өзекшелер орналасқан аталық бездің барлық тіндері қаралады, олар әдетте сәл көбірек болады және түсі де ерекшеленеді. Аталық бездің алынған тіні кейін эмбриологқа беріледі, онда мамандар аталық ұрықтарға іздеу жүргізеді. Көптеген жандар үшін қазіргі күнге дейін кесім ретінде естілетін обструкциялық емес азооспермия диагнозымен де РМИ емделушілерінің бала туу фактілері бар.

Ерлер ұрықсыздығының осындай ауыр түрлері кезіндегі осы әдістеменің тиімділігі – 50% дейін, ал микроскопсыз, әдеттегі биопсия өткізу кезінде – тиімділіктің тек 30%.

Біздің институтта микрохирургиялық операциялар 2014 жылдан бері жасалып келеді. Алғашқы жүргізілген биопсиялардың бірінде біз көп бірлі-жарым аз қозғалатын аталық ұрықтарды байқадық, емделушінің жасы мен крипторхизмін (аталық бездердің түспеуі) есепке алғанда оның мүмкіндігі өте аз болғанын айта кету қажет. Дегенмен де біз бірнеше толыққанды өзекшелерді таба алдық, олардың ішінен эмбриологтар аталық ұрықтарды тапты, сондай-ақ оларды мұздатып сақтады. Бір айдан кейін, ерлі-зайыптыларды ынталандырғаннан кейін ЭКО бағдарламасын орындадық, бірақ өкінішке орай, бірлі-жарым аталық ұрықтар тоңазытуға нашар шыдады және эмбриондардың сапасы төмен болды, соның салдарынан жүктілік болмады. Бізді таң қалдырғаны, емделуші берілмеді, ол бізден микрохирургиялық биопсияны қайта жасау және тағы да аталық ұрық тауып, жаңа ұрықтармен ЭКО-ИКСИ бағдарламасын жасау мүмкіндігін сұрады, біздің оң жауабымыздан кейін біздер 6 ай бойы дайындалдық. Және ЭКО бағдарламасында жұбайына пункция жасау күні қайтадан биопсия жасадық. Бұл жолы ұрықтың сапасы едәуір жоғары болды, біз бластоцисттерді алдық және көшірдік. Екі аптадан кейін жүктілік сынағы оң нәтиже берді, ал 9 айдан кейін дені сау қыз бала дүниеге келді. Осы оқиға ерлер ұрықсыздығы мәселесінің қазіргі таңда заманауи технологиялардың арқасында сәтті шешімін тауып жатқанын көрсетеді.

Бірақ заманауи технологиялар тақырыбы барысында, сондай-ақ жиі кездесетін құбылыс, патология емес, жақын қарым-қатынас сапасы туралы деген жөн – мерзімінен бұрын ұрық шашу, яғни қарқынды жыныстық қатынас туралы айта кету қажет. Осы мәселені шешу үшін РМИ-да жыныс мүшесінің ұшына микрохирургиялық іріктемелі жүйкесіздендіру пайдаланылады. Яғни сол микроскоппен жүйке өзектерінің тармақтары бөлінеді. Белгілі бір жүйкелер қиылады, бұл өз кезегінде жыныс мүшесінің ұшына анестезия әсерін береді. Осының есебінен кейін жыныстық қатынас ұзарады. Кейбір жүйкелер қиылады да, бірден тігіледі, яғни сезімталдығы 6-8 айдан кейін қайта қалпына келеді, бірақ ұзақ жыныстық қатынас рефлексі дамиды. Дегенмен, әрине, бұл әрдайым ескеріле бермейді.

Бұл операция алдында ерлерге ұзақ тестілеу жүргізіледі. Кем дегенде бір ай бойы анастезиялық дәрі-дәрмектер пайдаланылады және емделуші жоғары сезімталдықтың қай жерде орналасқанын анықтайды.

Осылайша, андрологияның диагностикалық та, хирургиялық та заманауи әдістері және, әрине, консервативтік ем ерлердің өмірін жақсарта түсуге, бақыттырақ етуге, ал олардың өздерін батылырақ қылуға мүмкіндік береді.

Я – мама! Долгих восемь лет я ждала этого статуса

Енлик Дюсекина и Канат Кажибаев воспитывают маленького и долгожданного малыша, которому уже 10 месяцев. С ними на нашей Земле стало на одну счастливую семью больше, а значит, стало больше света, радости и добра. Теперь они знают путь к своей мечте длиною в целых восемь лет.

С мужем мы интересно познакомились. В то время я преподавала в павлодарском университете. Ко мне на лекцию пришел студент-заочник, который получал второе высшее образование и сразу обратил на меня внимание. В один из вечеров он предложил проводить меня домой, так мы и познакомились. Долго не встречались, решили пожениться сразу. Первые три года пролетели незаметно и отсутствие детей нас не особо тревожило. Муж у меня военный, офицер. Переезды, гарнизоны, разные города, новые знакомства – все это отвлекало от мыслей о ребенке.

А спустя некоторое время начался мой долгий и трудный путь к счастью. Это был, как сейчас говорят, «комплексный» подход к проблеме: многочисленные походы к врачам, гадалкам, емши и т.д. Медики не могли найти причину и говорили, что я очень сильно зациклена на желании иметь ребенка. Признаюсь, эта формулировка меня сильно смущала и не вызывала особого доверия.

Врачи назначали разные стимулирующие препараты, но результата не было. К счастью, муж поступил в санкт-петербургскую военную академию, я целенаправленно занялась здоровьем, проходила лечение в Научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта. Лечащий врач, настоящий профессионал своего дела, нашел причину бесплодия – эндометриоз. Мы с мужем получили лечение и, вернувшись в Казахстан, я стала ждать долгожданной беременности, которая, к сожалению, так и не наступала. Муж уже и надежду потерял. Постоянные вопросы окружающих по поводу детей только усугубляли отчаяние.

Я всегда была уверена, и уверена сейчас, что смысл жизни заключается в детях. Мы слышали об ЭКО, однако, признаюсь, не до конца верили, что эта процедура может реально решить проблему.

Однажды нам посоветовали обратиться в Институт репродуктивной медицины (ИРМ). Тщательно изучив образование и опыт врачей-репродуктологов, я выбрала Бадельбаеву Людмилу Аркадьевну. И не ошиблась! Людмила Аркадьевна сразу же предложила не терять время и пойти на ЭКО. К такому повороту событий я уже была подготовлена, прочитав кучу литературы, изучив информацию практически на всех форумах. Я осознавала, что необходимо принимать решительные действия, и не раздумывая согласилась. Стимуляция, многочисленные уколы, страхи, переживания – это был очень тяжелый период, но все наши усилия подкрепляла вера. Из полученных материалов вырос крепким только один эмбрион, что сначала расстроило меня, но Людмила Аркадьевна сказала: «Радуйся, что один, но все же получился!» И мы пошли на подсадку.

Но самое мучительное время – две недели томительного ожидания. Тогда я думала, что этот период никогда не закончится, дни тянулись невероятно долго. Этот тот случай, о котором говорят «день за два». Врачи не рекомендуют раньше 14 дней делать тест, это практически бесполезно, тест может показать неверный результат.

Я, конечно же, не послушалась и сделала. Отрицательный. Это конец! Слезы, истерики, переживания мужа. Когда настал день сдавать кровь на ХГЧ, я не пошла, будучи уверенной, что ничего не получилось.

Через несколько дней решила сделать очередной тест, чтобы вновь увидеть злосчастную одну полоску. Когда начала едва проявляться вторая, я, признаюсь, стала подозревать у себя галлюцинации. Первая мысль: «Видимо я так желала увидеть две полоски, что теперь они мне кажутся». В этот же день я сделала еще 5 тестов, и все они показали две полоски. Я рыдала. Позвонила мужу на работу, в слезах, рыдая, и только кричала: «Две полоски! Две полоски!» А муж, ничего не понимая в моей истерике, спросил: «Это значит, что не получилось?» Я ему: «Получилось!»

Никогда не забуду этот день. Я скупила все тесты в ближайших аптеках. Все они с двумя полосками до сих пор хранятся у меня. Беременность протекала отлично, я порхала. У меня не было токсикоза, ребенок хорошо развивался, и это состояние приносило мне огромное счастье. Каждый день я смотрела как вырос мой животик, и очень переживала, почему его не видно на первых сроках. 9 месяцев для меня пролетели незаметно.

На учет я встала также в ИРМ к Асель Пернебаевне Джаимбетовой и родила ребенка с помощью кесарева сечения. Признаюсь, когда хирурги показали мне долгожданного сыночка, я разрыдалась, долго плакала и не могла остановиться. В соседней палате ждал муж, и когда ребенка принесли и положили ему на грудь, у мужа от такого неимоверного счастья по щеке текла скупая мужская слеза…

Имя для сына – Альмансур – выбрал муж. Оказывается, еще в детстве, он прочитал в сказках народов Азии про принца Альмансура и это имя крепко засело у него в голове. Альмансур в переводе с арабского означает победитель, победоносный. Сейчас нашему победителю 10 месяцев. Он очень активный, любознательный, веселый ребенок. Это наша жизнь, наша радость, наша Вселенная.

Мы наслаждаемся каждым днем и, как наверное любые хорошие родители, стараемся все лучшее дать нашему малышу. В скором времени мы планируем пойти за братиком или сестренкой для Альмансура и перед нами не стоит вопрос куда и к кому. Конечно же, в ИРМ, к ставшей уже родным человеком Людмиле Аркадьевне.

Я знаю, что сейчас у многих семей проблема с зачатием ребенка. У наших друзей нет детей уже много лет. Увидев наш результат, они тоже решились на ЭКО, и тоже в ИРМ к Людмиле Аркадьевне. В настящее время они проходят обследование. Дай Бог, чтобы наши друзья и все, кто ждет детей, в скором времени смогли прижать к груди маленький комочек счастья!

Мы хотим выразить огромную благодарность руководству и специалистам ИРМ за чуткое и профессиональное отношение. Отдельную благодарность хочется выразить врачам-эмбриологам – мы ни разу не видели их, не знаем их имен, но их труд бесценен. Большое спасибо нашим родным и близким за их поддержку и помощь!

Для нас ИРМ – это место, где людей делают счастливыми и где дают жизнь новым людям. Низкий вам всем поклон. Благодаря вам счастливы мы и счастливы много других семей. Невозможно выразить словами все чувства.

Недавно я прочитала стихотворение, передающее состояние многих женщин, переживших долгий путь к своему счастью.

Та комната отчаянно ждала,
Когда она услышит детский смех.
Но слишком безнадежно шли дела,
И кончилось терпение у всех.

А женщина, мечтавшая родить,
Упорно собрала остатки сил,
И продолжала по врачам ходить,
Хотя весь мир ей был уже не мил.

И бесполезно лазили внутри
Солидные и умные врачи.
Себе твердила женщина: «Терпи!»
А медсестра шептала: «Покричи...»

Леченье продолжалось восемь лет!
Весь ужас не откроешь никому.
И говорили: «Шансов больше нет».
И честно объясняли почему.

Но женщина твердила: «Я хочу!»
И говорила мужу: «Я смогу...»
И приставала к новому врачу
Перед ребенком, будущим в долгу.

Когда надежда кончилась уже,
И даже звезды ночью не зажглись,
На крохотном последнем рубеже
Вдруг зародилась маленькая жизнь.

Но было столько трудностей еще:
И безнадежный срок, и малый вес...
Ночей бессонных бесконечный счет,
Работа в ожидании чудес.

И только много месяцев спустя,
Наполненных отчаянных борьбой,
Себе сказала женщина: «Не зря
Судьба все это сделала со мной!»

Какие глазки! Чешется десна!..
А сколько силы в маленьких руках!
У нас уже была одна весна!
Мы победили трудности и страх!

Кто это не прошел, тот не поймет,
А, может, и не надо понимать.
Пусть человечек радостно живет!
Пусть в детской будет детская кровать!

Мен – анамын! Ұзақ 8 жыл бойы мен осы мәртебені күттім

Еңлік Дүйсекина мен Қанат Қажыбаев аңсап күткен кішкентай 10 айлық сәбилерін тәрбиелеуде. Олармен Жер беті бір бақытты отбасыға артты, яғни, жарық пен жақсылық та арта түсті. Енді олар армандарына жетер жолды біледі, бірақ ата-аналық ізденіс тұтас 8 жыл уақытты алды.

Жұбайым екеуміздің танысқанымыз қызық болды. Сол кездері мен Павлодар қ. университетте сабақ беретінмін. Менің дәрісіме екінші жоғары білім алып жатқан және маған бірден көңіл аударған сырттай оқушы-студент (менің болашақ жұбайым) келді. Бір күні кешкісін үйге шығарып салуды ұсынды, солай таныстық. Біз ұзақ кездесіп жүрмедік, себебі бірден үйленеміз деп шештік. Алғашқы үш жыл байқаусыз өтіп кетті және баланың жоқтығы аса қинамады. Жұбайым әскери қызметші, офицер. Қайта-қайта көшіп-қону, гарнизондар, түрлі қалалар, жаңа таныстар, осының барлығы баланың жоқтығына алаңдатпады.

Сосын менің бақытқа деген ұзақ әрі қиын жолым басталды. Дәрігерлерге және, тіпті, кейде әйелдерде болатындай балгерлерге, емшілерге және т.б. сансыз бардым. Жұбайым еш балгерлер мен емшілерге сенбейді, бірақ дәрігерлер де себебін таба алмады, сондағысы мен бала сүюге аса ынтызар болып, қатты шырғаланып қалғанымды айтты. Осы тұжырым мені қатты абыржытқанын және ерекше сенім тудырмағанын мойындаймын.

Дәрігерлер түрлі ынталандырғыш дәрілер тықпалады, бірақ нәтижесі болмады. Бақытымызға орай, жұбайым Санкт-Петербург қ. Әскери академияға оқуға түсті, сол жерде мен денсаулығыммен айналыстым. «Д.О.Отта атындағы Акушерия, гинекология және репродуктология ғылыми-зерттеу институтында» ем қабылдадым. Емдеуші дәрігерім, өз ісінің нағыз кәсіпқойы эндометриоз болып шыққан бедеулік себебін тапты. Жұбайым екеуміз ем қабылдадық және Қазақстанға келісімен, мен аңсап күткен жүктілікті күте бастадым. Бірақ, өкінішке орай, жүктілік басталмады.

Жұбайым ендігі үмітін де жоғалтты. Айналадағыларымыздың бала туралы үздіксіз сұрақтары торығуымызды тек күшейте түсті. Өмірдің мәні балаларда екеніне әрдайым сенгенмін және қазір де сенемін. Сонымен, әрине, ЭКО жайында да естігенбіз. Дегенмен, оның мәселемізді шынымен де шеше алатынына толық сенбегенімізді де мойындаймын.

Бірде бізге Репродуктивті медицина институтына (РМИ) баруға кеңес берді. Репродуктолог-дәрігерлердің білімдері мен тәжірибелерін мұқият зерттей келе, мен Бадельбаева Людмила Аркадьевнаны таңдадым. Және қателеспедім! Людмила Аркадьевна бірден алтын уақытты жоғалтпауды және ЭКО жасауды ұсынды.

Көптеген әдебиеттерді оқып, барлық дерлік форумдардағы ақпараттарды зерттей келе, жағдайдың осылай бетбұрысына мен дайын болғанмын, батыл әрекет қабылдау керектігімді түсіндім және ойланбастан келістім. Ынталандыру, сансыз көп дәрі егулер, қорқыныштар, күйзелістер, бұның бәрі ауыр, бірақ соған тұрарлық. Мен жай ғана осыған сендім. Алынған материалдардан мықты болып тек бір ғана ұрық өсті, бұл басында көңілімді қалдырды. Бірақ Людмила Аркадьевна Бадельбаева былай деді: «Осы ұрықтың болғанына қуан». Сосын біз оны салуға бардық.

Әрі қарай ең азаптысы басталды – екі апта зарықтырған күту. Сол кезде осы күндер ешқашан аяқталмайтын шығар деп ойладым, уақыт сенгісіз ұзақ созылды. Бұл «бір күн екі күндей» деп айтылатын санаттағы жағдай. Дәрігерлер 14 күнге жетпей тест жасауды ұсынбайды, ол жалған нәтиже көрсетуі мүмкін.

Мен, әрине, тыңдаған жоқпын, тест жасадым. Теріс нәтиже. Бәрі құрыды! Көз жасым, есірік ұстау, жұбайымның уайымы. АХГ-не қан тапсыру күні жеткен кезде, ештеңе шықпағанын ойлап, оны тапсыруға бармай қойдым.

Бірақ бірнеше күннен кейін қайтадан бір жолақты көру үшін кезекті тест жасайын деп шештім. Әрең көрінетін екінші жолақ пайда бола бастаған кезде, мен көзіме елестеп тұрған шығар деп, өзімнен ашық түрде күдіктене бастадым. Бірінші келген ой: «Осыны көргім келгені соншалықты, енді ол маған елестей бастады». Сол күні мен тағы 5 тест жасадым, олардың барлығы да екі жолақты көрсетті. Мен жыладым. Жұбайыма жұмысына қоңырау шалдым да, жылап, еңіреп тұрып, тек «Екі жолақ! Екі жолақ!» деп айқайлай бердім. Ал жұбайым менің айқайымнан ештеңе түсінбей: «Бұл болмады деген сөз бе?» – деп сұрады. Мен оған «Болды!» – деп айқайладым. Сол күнді ешқашан ұмытпаймын. Жақын арадағы дәріханалардың барлық тесттерін сатып алдым. Олардың бәрі екі сызықпен әлі күнге дейін менде сақтаулы. Жүктілік жақсы өтті, мен жеңіл жүрдім. Менде токсикоз болмады, бала жақсы дамыды және осы жағдай мені зор бақытқа бөледі. Күн сайын ішімнің қаншалықты өскенін қарап жүрдім және алғашқы кездерде неге ол көрінбейді деп қатты уайымдадым. Тоғыз ай мен үшін байқалмай өтіп кетті. Есепке де мен РМИ-ға Жайымбетова Әсел Пернебайқызына тіркелдім. Баланы құрсақты тілу арқылы босандым. Хирургтар баламды шығарған кезде жылап тоқтай алмадым. Көрші палатада күйеуім болды, баланы бірнеше минутқа оның кеудесіне жатқызуға алып кетті. Әкесінің кеудесіне жылынған ұлым жылағанын қойып, тыныштыалып пысылдай бастады. Мұндай асқан бақытқа бөленген жұбайымның көзінен жас кетті.

Ұлымның аты – Әлмансұр, жұбайым өзі таңдады. Бала күнінде ол Азия халықтарының ертегілерінен Әлмансұр ханзада туралы оқыған екен, содан осы ат ойында қалып қойған. Әлмансұр араб тілінен аударғанда жеңімпаз, жеңіске жетуші дегенді білдіреді. Қазір біздің жеңімпазымыз 10 айда. Ол өте белсенді, әуес, жайдары бала. Ол біздің өміріміз, біздің қуанышымыз, біздің әлеміміз. Күн сайын ата-ана болудан ләззат аламыз және, мүмкін кез келген жақсы ата-ана сияқты, баламызға бар жақсыны беруге тырысамыз. Жақын арада Әлмансұрға іні немесе қарындас тауып беруді ойлап жүрміз. Және көкейімізде кімге және қайда бару керек деген сұрақ тұрған жоқ. Әрине РМИ-ға, әрине өзімізге жақын болып кеткен Людмила Аркадьевнаға. Қазір көптеген отбасында бала көтеру мәселесінің бар екенін түсінемін. Біздің достарымызда да (екі отбасы) көптеген жылдар бойы бала жоқ. Біздің нәтижемізді көріп, олар да ЭКО жасауды шешті. РМИ-ға және Людмила Аркадьевнаға баруды шешті. Олар тексерулерден өтіп жатыр. Олардың да жақын арада кішкентай ғана бақыт көзін кеуделеріне қысуын құдай нәсіп етсін!

Біз РМИ басшылығы мен мамандарына олардың сергек әрі кәсіби қарым-қатынастары үшін зор алғыс білдіргіміз келеді. Эмбриолог-дәрігерлерге жеке алғыс білдіргіміз келеді. Біз оларды бірде-бір рет көрмедік, олардың есімдерін де білмейміз, бірақ олардың еңбегі баға жетпес. Сондай-ақ біздің туыстарымыз бен жақындарымызға, олардың қолдауы мен көмектеріне үлкен рахмет. РМИ біз үшін адамдарды бақытты ететін және оларға өмір беретін жер. Барлықтарыңызға бас иеміз! Сіздердің арқаларыңызда біз бақыттымыз. Көптеген отбасы бақытты. Біздің сезімімізді қарапайым сөздермен айтып жеткізу мүмкін емес. Бұл жаңа жетістіктерге жету үшін күш береді!

Жақында мені және отбасымды өте жақсы сипаттайтын орысша бір өлең оқыдым.

Та комната отчаянно ждала,
Когда она услышит детский смех.
Но слишком безнадежно шли дела,
И кончилось терпение у всех.

А женщина, мечтавшая родить,
Упорно собрала остатки сил,
И продолжала по врачам ходить,
Хотя весь мир ей был уже не мил.

И бесполезно лазили внутри
Солидные и умные врачи.
Себе твердила женщина: - Терпи!
А медсестра шептала: - Покричи...

Леченье продолжалось восемь лет!
Весь ужас не откроешь никому.
И говорили: - Шансов больше нет.
И честно объясняли почему.

Но женщина твердила: - Я хочу!
И говорила мужу: - Я смогу...
И приставала к новому врачу
Перед ребёнком, будущим в долгу.

Когда надежда кончилась уже,
И даже звезды ночью не зажглись,
На крохотном последнем рубеже
Вдруг зародилась маленькая жизнь.

Но было столько трудностей ещё:
И безнадежный срок, и малый вес...
Ночей бессонных бесконечный счёт,
Работа в ожидании чудес.

И только много месяцев спустя,
Наполненных отчаянных борьбой,
Себе сказала женщина: - Не зря
Судьба все это сделала со мной.

Какие глазки! Чешется десна!..
А сколько силы в маленьких руках!
У нас уже была одна весна!
Мы победили трудности и страх!

Кто это не прошёл, тот не поймёт.
А, может, и не надо понимать.
Пусть человечек радостно живёт!
Пусть в детской будет детская кровать!

РЕПРОДУКТИВТІК МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ

20 ЖЫЛ / ЛЕТ

ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

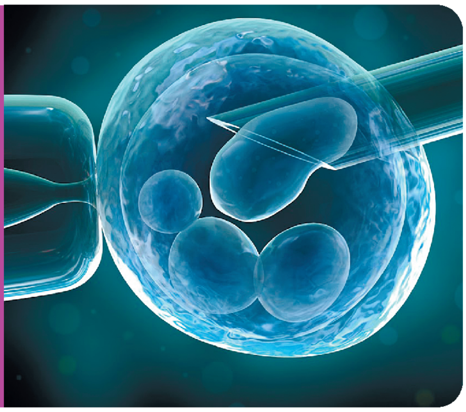
Ежедневно Институт Репродуктивной Медицины делает уверенные шаги навстречу новым технологиям, чтобы каждая семья в нашей стране имела возможность стать по-настоящему счастливой и полноценной

ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

приглашает молодых и здоровых женщин и мужчин
для участия в программах лечения бесплодия
в качестве суррогатных мам, доноров яйцеклеток и 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 заключением медицинской организации



ТРЕБОВАНИЯ К 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 заключением медицинской организации

ТРЕБОВАНИЯ К ДОНОРАМ СПЕРМЫ:

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

Дополнительную информацию можно получить по телефонам::
+7 (727) 234-34-34; +7 (727) 234-37-37
Институт репродуктивной медицины
Алматы, ул.Толе би, 99, уг.ул. А.Байтурсынова
www.irm.kz