

ЭКО

ШАГ ЗА ШАГОМ

1 Синдром поликистозных яичников

2 Иммунологическое бесплодие мужчин

Инсулинорезистентность, дисфункция щитовидной железы, метаболический синдром

Зачем нужна психотерапия при бесплодии и ЭКО

Секреты женской переменчивости или как гормоны делают из нас женщин

Тема номера:

Иммунологическое и Эндокринное БЕСПЛОДИЕ

№ 2/2014

Содержание

I Успехи и инновации в клиниках репродуктивной медицины Украины в борьбе с эндокринным и иммунологическим бесплодием

Инсулинорезистентность, дисфункция щитовидной железы, метаболический синдром	3
Иммунологическое бесплодие мужчин	5
Иммунитет и бесплодие	7

II Персона

Интервью с доктором клиники «Виктория»	10
Интервью с доктором клиники «ЛАДА»	12

III Диагноз

Синдром поликистозных яичников	14
Синдром преждевременного истощения яичников	16

IV Кабинет психолога

Родить ребенка	19
Зачем нужна психотерапия при бесплодии и ЭКО?	20

V Экскурсия по клиникам

Клиника «Родинне Джерело» ..	21
Клиника «Лада»	22
Клиника «Надя»	24

VI «ЗдОрово и ЗдорОво»

Секреты женской переменчивости или как гормоны делают из нас женщин	25
---	----



Перед Вами второй номер журнала «ЭКО: ШАГ ЗА ШАГОМ». Это, на сегодняшний день, единственный журнал для людей, которые столкнулись с проблемой бесплодия.

На электронный адрес Ассоциации доверия пациентов «Дети Будут!» приходит очень много писем с вопросами о причинах отсутствия желанной беременности в течение длительного времени. Нами было принято решение о выпуске этого и следующих номеров, в которых мы вместе с узкими специалистами в сфере репродуктивной медицины попытаемся предоставить максимум достоверной информации о причинах возникновения диагноза «бесплодие». Второй номер мы посвящаем эндокринному и иммунологическому факторам бесплодия.

К сожалению, проблема, о которой не принято говорить, имеет глобальный, масштабный характер. С ней столкнулось население всех стран, независимо от уровня экономического развития и технологических возможностей. Но нам повезло, что живем во время, когда сфера репродуктивной медицины очень быстро развивается и дает шанс ощутить счастье материнства и отцовства миллионам семей.

Надеюсь, что чтение второго номера поможет Вам разобраться во многих до этого неизвестных Вам нюансах в лечении или диагностике бесплодия.

Желаю Вам выдержки, мудрости, удачи и ЗДОРОВЬЯ!

Лина Белей, Ассоциация доверия «Дети Будут!»



Татьяна Феофановна Татарчук

член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АНМ Украины», основатель отечественной школы эндокринной гинекологии

Инсулинорезистентность, дисфункция щитовидной железы, метаболический синдром

Ведущий специалист страны в области эндокринной гинекологии — о том, почему эти заболевания мешают забеременеть.

Об эндокринных причинах бесплодия.

Правильней говорить не об эндокринных причинах бесплодия, а о нарушении функционального состояния системы регуляции гипоталамус-гипофиз-яичники как причине бесплодия. Эндокринные заболевания действительно зачастую вызывают это нарушение, то есть, они являются опосредованной причиной бесплодия. Неспособность к зачатию и вынашиванию ребенка происходит из-за того, что у женщины или ановуляция, или недостаточ-

ность лютеиновой фазы вследствие неадекватного оогенеза, т.е. несоответствующее качество яйцеклетки, или отсутствие подготовки эндометрия к имплантации оплодотворенной яйцеклетки вследствие дефицита прогестерона или воспалительных процессов. Эти нарушения являются результатом наличия целого ряда заболеваний, в том числе, дисфункции щитовидной железы, повышения уровня пролактина, метаболического синдрома, инсулинорезистентности, избытка жировой ткани, вялотекущего

воспаления, а также хронического либо острого стресса. В этом контексте мне хотелось бы напомнить о таком направлении в медицине, как напортехнологии. Если применить его к лечению бесплодия, то суть такова: нужно вылечить женщину, тогда не будет и бесплодия.

О напортехнологиях и роли вспомогательных репродуктивных технологий.

Напортехнологии (NaProTECHNOLOGY, от Natural Procreative Technology) — это новое направление в лечении женских заболеваний, которое также называют «новой наукой» о женском здоровье. Однако это как раз тот случай, когда новое — хорошо забытое старое. До развития вспомогательных репродуктивных технологий в арсенале врачей был, фактически, только этот подход в лечении бесплодия: нужно было найти причину нарушения и устранить ее, а потом давать женщине шанс на естественную беременность. То есть, нужно вылечить женщину, помочь ей обрести здоровье. При таком подходе и вспомогательные репродуктивные технологии являются более эффективными. Ведь есть много случаев, когда несколько попыток лечения не приносят эффекта. Две-три драматичные неудачи — и женщина сама начинает задумываться: может быть, все-таки стоит поискать причину глубже, а не сразу делать ЭКО? Это длинный путь, им иногда пренебрегают врачи, еще чаще — пациентки. Но если мама нездорова, то неудивительно, что попытки ЭКО неудачны: успешно полученный эмбрион не хочет приживаться в матке у нездоровой мамы. Поэтому я бы рекомендовала начинать лечение бесплодия с качественного, квалифицированного, глубокого, всестороннего обследования состояния организма женщины.

О «тумбочках»

Женский организм — такая же совершенная биологическая система, как и любой другой. Нельзя разделить организм и, исходя из этого, здоровье, на части. Все органы влияют друг на друга, и если с одним что-то не в порядке, он будет мешать нормальным функциям другого органа. Не забывайте, что репродуктивная система — одна из самых совершенных в организме, так как направлена на продолжение рода. Если эта

система «поломалась», это значит, что на самом деле поломка произошла значительно раньше в какой-то из других систем, а мы эту поломку проглядели, не заметили. Найдем поломку — вылечим женщину — дадим ей возможность родить ребенка, в том числе, с применением ВРТ. Но организм человека — это не письменный стол. Нельзя сегодня навести порядок

сорных гормонов, то есть, гормонов, указывающих на то, что женщина в остром или хроническом стрессе, и как давно в хроническом, служат для такой пациентки доказательством того, что она переживает стресс. К сожалению, это проблема, как правило, касается хорошо воспитанных женщин, которые не хотят ранить чувства своих близких и все переживания хранят в себе.

У служащих среднего звена состояние здоровье значительно лучше, так как их работа меньше связана с постоянным стрессом и ответственностью. Кроме того, у тех женщин, для кого социальная составляющая является стрессорным фактором, бесплодие и невынашивание встречается значительно чаще.

О возрасте

Нужно понимать, что вспомогательные репродуктивные технологии работают эффективнее всего в том возрасте, в котором наиболее вероятным является наступление естественной беременности. Еще 20-30 лет назад на карточке женщины с первой беременностью в возрасте старше 25-ти рисовали красную черту. Это означало, что она возрастная первородящая и что у нее могут возникнуть проблемы в процессе вынашивания и родов. Сегодня это кажется смешным. Сейчас семьи планируют рождение ребенка ближе к 30-ти годам. Современные женщины еще в 28 лет могут учиться и заниматься построением карьеры. В то же время, физиологическое снижение репродуктивного потенциала наступает после 30-ти, а после 35-ти это снижение уже существенное.

Если бы женщины обращались к помощи ЭКО в возрасте 25-30 лет, вспомогательные репродуктивные технологии были бы более эффективными по абсолютно естественным причинам. Но женщины начинают лечение, как правило, в возрасте 30-ти и старше. Это отнюдь не значит, что их ждут множественные неудачи. Это значит, что нужно тщательно искать причину, вызвавшую бесплодие, как можно раньше и к лечению приступать вовремя и проводить его в правильном направлении, чтобы не тратить драгоценное время на неудачные попытки лечения.

Если проблему не заметить или не обнаруживать, то она никуда не исчезает. Поэтому чем раньше женщина начинает заниматься своим здоровьем, тем лучше.

в одной тумбочке, а во всех остальных оставить беспорядок, отложив уборку на потом. Если не будет полного порядка, если не сделать уборку во всех «тумбочках», то ребеночку, полученному с помощью ЭКО, будет неуютно и соответственно, ожидаемое рождение ребенка не произойдет.

Если проблему не заметить или не обнаруживать, то она никуда не исчезает. Бывает, что женщина с помощью ВРТ получает желанного ребенка, не проведив серьезную коррекцию хронических заболеваний. Ребенок подрастает, у нее появляется время на себя, и тут вдруг оказывается, что инсулинорезистентность или дисфункция щитовидной железы не исчезли, кроме того, за эти годы могла еще и миома вырасти — ведь порядок в «тумбочках» за это время никто не наводил. Поэтому чем раньше женщина начинает заниматься своим здоровьем, тем лучше.

О роли стресса

Переоценить влияние стресса на репродуктивную систему сложно. Стресс, наравне с воспалением, является частой причиной бесплодия. При этом мы недооцениваем роль стресса, так как даже сами женщины зачастую не готовы себе признать, что они живут в стрессе. Мало того, они не готовы понять, что отсутствие каких-либо эмоциональных всплесков вовсе не означает, что стресса нет. Мы думаем, что если женщина спокойна, взвешена, то и стресс ей не грозит. И сама женщина тоже так думает. Только проведение дополнительных обследований, определение уровней стрес-

О крайностях

Когда мои дети были маленькими, я с ними читала роман Даниэля Дефо «Жизнь и удивительные приключения Робинзона Крузо». Там была высказана мысль, подтверждение которой я множество раз видела в своей врачебной практике. Эту фразу Робинзону, жаждущему приключений, говорил его отец: «Стоит мне только понаблюдать, сказал отец, и я увижу, что все жизненные невзгоды распределены между высшими и низшими классами и что меньше всего их выпадает на долю людей среднего состояния».

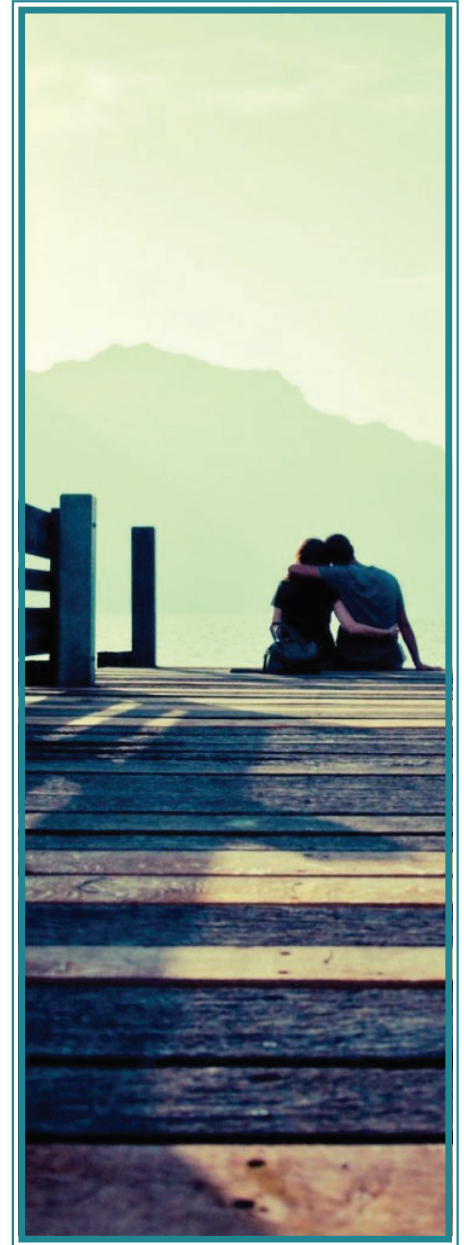
Это полностью соответствует ситуации с бесплодием: чаще всего эта проблема возникает у женщин из наиболее малообеспеченных слоев общества и из так называемой социальной верхушки. В нашей клинике было проведено исследование, которое показало, что недостаточность лютеиновой фазы и связанные с ним бесплодие и невынашивание вследствие неполноценности желтого тела и дисфункции эндометрия, существенно чаще встречается у женщин, занимающих высокие должности, а также частных предпринимателей, т.е. у тех, кто ответствен за свой или чужой бизнес.





Валах Ирина Владимировна

главный эмбриолог медицинского центра репродуктивного здоровья «ЛАДА»



Иммунологическое бесплодие мужчин

Когда иммунитет человека функционирует нормально, он поражает только чужеродные агенты с помощью специальных белков-антител.

беременности.

Как обнаружить?

MAR-тест — метод исследования спермы, который показывает, какая доля подвижных спермато-

вижность и нормальную морфологию.

MAR-тест отрицательный — количество сперматозоидов покрытых антиспермальными антителами не превышает 50%;

Тест положительный — 50% и более сперматозоидов покрыты ACAT.

ACAT принадлежат к различным иммунологическим классам, но только ACAT класса IgA и IgG клинически значимы (HadinedoushanH, 2007). Спермальные антитела класса IgA редко существуют без антител класса IgG, но их значение для фертильности может быть более важным. В действительности, пациенты, имеющие ACAT класса IgA и IgG или наличие только антител IgA, имеют очень маленький шанс наступления беременности обыч-

В некоторых случаях антитела воспринимают за «чужое» клетки своего же организма, к примеру — сперматозоиды, и атакуют их, выключая из процесса зачатия.

Но в некоторых случаях антитела воспринимают за «чужое» клетки своего же организма, к примеру — сперматозоиды, и атакуют их, выключая из процесса зачатия.

Это наиболее серьезный вариант бесплодного брака, поскольку сам организм противится возможности возникновения

зоидов покрыта антиспермальными антителами. Кроме того, данное исследование позволяет установить локализацию прикрепления антиспермальных антител: головка, шейка, хвост. Таким образом, MAR-тест позволяет выявить сперматозоиды, которые «выключены» из оплодотворения, несмотря на их сохранную под-

ным путём. Поэтому определение АСАТ класса IgA имеет наибольшее значение для диагноза и прогноза.

Результаты исследований в клинике «ЛАДА» за 2012-2013 год

Вид исследования	Количество исследований с положительным результатом	Процент
Положительный MAR-тест хотябы по одному параметру	125	24,2%
Иммуноглобулины А	109	21,1%
Иммуноглобулины G	93	18,0%
Иммуноглобулины А+G	77	15,0%

Тенденция к поздним бракам в настоящее время способствует увеличению среднего возраста мужчин и женщин субфертильного населения, страдающими бесплодие. На территории Украины, где тенденция к поздним бракам не так выражена, как в странах Европы, средний возраст пациентов, которые обращаются в центры ВРТ не на много ниже, что объясняется поздним обращением в центры репродукции.

Согласно нашим данным по сравнению с другими исследованиями количество пациентов с АСАТ иммуноглобулинов А выше, чем G, что требует более глубокого изучения и сбора статистики по всем регионам Украины, для более глубокого изучения причин такой закономерности либо ее опровержения. Процент выявления АСАТ обследованных мужчин в Украине совпадает со статистическими данными других стран Европы.

Причины появления АСАТ

Фактор появления АСАТ	Количество пациентов
Травмы	26
Острый простатит	17
Хронический бактериальный простатит	32
Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли	15
Бессимптомный простатит	8
Хирургические операции на половых органах (биопсии яичек)	6
Закупорка семявыводящих путей	2
Неизвестная этиология	19
Общее число	125

Основными причинами возникновения аутоиммунного бесплодия обследованных пациентов были травмы, острый и хронический простатит.

Лечение аутоиммунного и иммунологического бесплодия малоэффективно, но все же применяются методы:

1. Иммуносупрессивные — назначение небольших доз кортикостероидов на протяжении 2—3 месяцев;

2. Неспецифическая десенсибилизация антигистаминными препаратами (тавегил, цетиразин, лоратадин).

В настоящее время положительный MAR-тест является показанием к процедуре **ICSI** (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида). В ходе исследований пациентам с большим количеством АСАТ даже при наличии нормальных показателей спермограммы, была предложена процедура ICSI (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида) как метод лечения бесплодия. Эффективность других методов лечения бесплодия достаточно низкая, особенно при наличии АСАТ иммуноглобулинов А.

Данные об эффективности методики ICSI будут представлены в дальнейших исследованиях, тк. не все пары завершили лечение и данное исследование будет считаться завершённым, когда появится статистика об исходах беременности всех женщин, партнеров которых мы обследовали на наличие АСАТ в данном исследовании.





Судом

Ірина Олександрівна
директор з науки та розвитку клініки
репродуктивної медицини «Надія»,
акушер-гінеколог, доктор медичних
наук, професор

Імунітет і неплідність

Що таке імунітет?

Оглядач англійського радіо Девід Уїлсон колись сказав, що імунітет захищає «Я» від «не Я». Тобто імунна система виконує надважливу функцію: захищає нас від чужого.

Отож, виникає питання, як імунна система «дозволяє» вносити плід, який містить половину батьківського, чужого для жінки генетичного матеріалу? Виявляється, під впливом гормонів яєчників, які продукуються після овуляції (найбільший вплив має прогестерон), імунна система жінки починає перебудовуватись. Дещо зменшується агресивність одних ланок імунної мережі, збільшується активність інших, що дозволяє впізнати і, за потреби, захистити зародок.

До речі, імунна система жінки «придивляється» і готується до можливої вагітності заздалегідь. Відомо, що імунні клітини піхви і матки запам'ятовують антигени, які містяться в спермі і роздивляються їх на предмет можли-

вості батьківства. Дослідники із Франції (RobillardPYetal, 1995) довели, що тривалість статевого життя з партнером, від якого настала вагітність, зворотно корелює із частотою розвитку грізного ускладнення вагітності—пре-еклампсії та еклампсії. Автори висловлюють припущення, що за умови тривалого статевого життя з тим самим партнером, імунна система жінки, зустрічаючись із антигенами, що містяться в спермі, встигає сформувати пам'ять на них. І при настанні вагітності, ці знайомі вже батьківські антигени не сприймаються, як «чужаки». Стан терпимості досягається швидше і легше, формування плаценти відбувається правильно і ускладнення другого триместру (еклампсія та інші) розвиваються рідше.

При певних несприятливих комбінаціях (на щастя це зустрі-

чається не часто) сперма «бракується», вагітність не настає. В більшості випадків така неплідність виникає внаслідок утворення антитіл (блокуючих молекул) до компонентів сперматозоїдів. Так, антитіла проти білків сперматозоїдів можуть утворюватися в піхві, в шийковому каналі, в матці, в матковій трубці і, навіть, в оболонці яйцеклітини. Ці антитіла не дають можливості сперматозоїдам досягти яйцеклітини і запліднити її.

Інший вид антитіл — антифос-

.....
**Імунна система жінки
«придивляється» і готується
до можливої вагітності
заздалегідь.**
.....

спричинити неплідність. Фосфоліпіди — це молекули, які є майже в усіх клітинах. Їх дуже багато

в оболонках клітин хоріону (так називається та частина плідного яйця, яка пізніше перетворюється на плаценту). Хоріон — це той «орган», яким плідне яйце занурюється у стінку матки. У тому разі,





коли організм жінки утворює антитіла до фосфоліпідів, розвиток хоріону і його просування вглиб стінки матки порушуються. Внаслідок цього можуть виникати різні репродуктивні негаразди, в тому числі і неплідність.

Наступна велика група порушень репродукції обумовлена нездатністю імунної системи жінки перелаштуватися на вагітність. Ще у 1953 році видатний імунолог Peter Brian Medawar уперше висловив гіпотезу, згідно із якою було запропоновано розглядати плід, як трансплантат. Для того, щоб цей плід-трансплантат «прижився» у організмі жінки, в її імунній системі відбуваються певні зрушення. В цій перестроюванні бере участь величезна кількість клітин, продукуються різні речовини, які регулюють ці надскладні події. Серед всього цього різноманіття можна виокремити 2 види клітин: Т-лімфоцити хелпери (Тх) та природні кілери (ПК).

Популяція Тх складається із різних підвидів, вони походять з клітин-попередників, так званих наївних Т-клітин (Т0). Т0 під регуляторним впливом з боку інших клітин, гормонів диференціюються у різних напрямках: Тх першого типу (Тх1), Т-хелпери другого типу (Тх2), Т регуляторні (Трег) та Т17. Кожна з цих популя-

цій має свої функції, і їх баланс є дуже важливим для настання та нормального перебігу вагітності. Вважається, що сприятливим для вдалого перебігу вагітності є достатня кількість Трег та зсув в бік Тх2, а несприятливими — збільшення впливу Т17 та Тх1.

Велике значення, без перебільшення, ключове, для нормальної імплантації мають інші клітини вродженого імунітету — природні клітини-«вбивці» (кіле-

ри) (ПК). Їх місія полягає у захисті від вірусів, винищенні ракових клітин та інших «чужих» субстанцій. Однак, ці клітини відіграють одну з основних ролей і при настанні вагітності: беруть участь у процесах імплантації плідного яйця, взаємодіях різних підвидів клітин на материнсько-плодовому кордоні, у формуванні плаценти і її судинного русла. В слизовій оболонці матки в першій половині менструального циклу практично немає природних кілерів. А після овуляції під впливом прогестерона, що продукується жовтим тілом яєчника, кількість ПК стрімко зростає

і досягає 70% від всіх наявних там імунних клітин. ПК у взаємодії з іншими клітинами готують слизову оболонку до приходу зародка. Природні кілери слизової оболонки (так звані ендометріальні ПК) мають «лагідний» характер, вони не вбивають зародок, а лише допомагають йому. Звідки в слизовій оболонці матки беруться ці клітини поки що достеменно невідомо. Є версії, що вони приходять з периферичної крові.

Велика група порушень репродукції обумовлена нездатністю імунної системи жінки перелаштуватися на вагітність.

Тоді логічно припустити, що стан периферійних ПК (ПК крові) може в тій чи іншій мірі віддзеркалювати процеси, які відбуваються в ендометрії. Часом, внаслідок перенесених інфекційних процесів або інших, часто невідомих причин, кількість ПК крові є надто великою та/або активність і агресивність їх є надмірною. Скоріше за все, це сприяє міграції в слизову оболонку матки агресивної популяції ПК, які можуть шкодити зародку, заважати настанню вагітності і ускладнювати перебіг вагітності.

Діагностика імунних причин неплідності є надзвичайно складною через брак стандартизації діагно-

стичних процедур, надзвичайну чутливість імунної системи до різноманітних зовнішніх і внутрішніх чинників. Як правило, досліджуються такі параметри: антиспермальні антитіла в біологічних речовинах (слиз

Діагностика імунних причин неплідності є надзвичайно складною.

ший киматки, кров); антифосфоліпідні антитіла в крові; імунні показники периферичної крові (імунограма) з обов'язковим визначенням кількості і активності ПК, Тх1, Тх2, Трег; імунні клітини (в основному ПК) у ендометріїю.

У випадках наявності неплідності, обумовленої наявністю антиспермальних антитіл, застосовуються методики внутрішньоматкової інсемінації, штучного запліднення. Серед методів впливу на імунні аномалії для лікування неплідності, звичного невиношування вагітності та невдалих програм ДРТ найчастіше пропонуються такі: використання аспірину, гепаринів, глюкокортикоїдів та комбінацій цих ліків, імунізація лімфоцитами чоловіка/донора, імуноглобуліни, внутрішньоматкове введення аутологічних моноклеарів периферичної крові (МКПК). Всі ці методи блокують шкідливі антитіла та/або зсувають баланс імунних клітин усприятливий для вагітності бік. Наразі вважається доведеною ефективність використання низькомолекулярних гепаринів та аспірину для лікування звичного невиношування, обумовленого наявністю антифосфоліпідних антитіл. Дієвість цієї та всіх інших методик у пацієнток із неплідністю, багаторазовими невдалими програмами ДРТ ще вивчається у світі і в Україні. Літературні джерела надають вкрай суперечливу інформацію. Майже у всіх оглядах літератури, присвячених цій темі вказується на недостатню якість проведених і опублікованих досліджень. Однією із основних і частих вад цих досліджень є мала кількість залучених пацієнтів.

Клініка «Надія» давно займається імунними чинниками неплідності. «Нами, у співпраці з відомими київськими імунологами-репродуктологами, Віктором Чернишовим та Борисом Донським розроблені алгоритми діагностики цих непростих станів.

В залежності від результатів досліджень, ми застосовуємо різні лікувальні методики введення імуноглобулінів в комбінації із глюкокортикоїдами, МКПК, низькомолекулярні гепари-

ни, аспірин тощо.

В клініці було проаналізовано результати понад 300 програм допоміжних репродуктивних технологій у пацієнтів із багаторазовими невдалими циклами і високою вірогідністю імунних аномалій. Цей аналіз дає обнадійливі результати, ми отримали суттєве більшу частоту настання вагітності у тих пацієнтів, де проводилась імунна корекція в порівнянні із тими, де така корекція не проводилась».





Бенедичук Юрий Владимирович

кандидат медицинских наук, Заместитель Главного врача Клиники генетики репродукции «ВИКТОРИЯ», врач высшей категории, национальный тренер по вопросам современных перинатальных технологий

Интервью с доктором клиники «Виктория»

1. Как Вы считаете, почему многие женщины, которые не могут забеременеть, годами ходят к гинекологам, тратят время и деньги в поиске причин бесплодия, а не обращаются к узким специалистам, репродуктологам? Что отвечает на этот вопрос Ваши пациенты?

Причины достаточно позднего обращения за специализиро-

ванной помощью к врачам-репродуктологам разнообразны. Среди них основными можно назвать как недостаточную информированность пациентов о возможностях и сроках решения проблемы, так и чрезмерное количество искаженной информации, поступающей к людям из различных источников.

С другой стороны, не всегда причину бесплодия возможно устранить усилиями гинекологов, использующих обычные методы лечения. Как правило, именно вышеперечисленные факторы

приводят к продолжительным безрезультативным попыткам разрешить существующую проблему.

Поэтому к репродуктологам нередко обращаются пациенты, которые, по их словам, отчаялись достичь результата и хотят использовать «последний шанс» стать родителями. Вместе с тем, с каждым годом возрастает количество пациентов, которые либо самостоятельно, либо по направлению врачей обращаются за помощью к репродуктологам достаточно своевременно, когда шансов на положительный результат намного больше.

2. За последние годы как-то менялось отношение к восприятию зачатия с помощью ВРТ? Какой процент семей, страдающих бесплодием, относится к ЭКО, как к обычному методу лечения?

То, что информированность о методах ВРТ за последние годы возросла, однозначно. И это подтверждают цифры проведенных циклов не только в Украине, но и во всем мире. Однако отношение к вспомогательным технологиям у разных людей бывает диаметрально противоположным в силу разных причин, хотя безусловным является то, что заинтересованность в использовании вспомогательных репродуктивных технологий постоянно возрастает.

Разнообразные страхи и опасения, связанные с проведением ВРТ, как правило, исчезают после того, как семейные пары обращаются к репродуктологам и получают адекватную информацию о современных методах лечения бесплодия. Зная и понимая все особенности проведения лечения с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, возможные риски и осложнения, результативность различных методов, пациенты получают возможность сделать осознанный выбор относительно предлагаемого лечения. И если кто-то будет настойчиво идти вперед, а другой откажется от попыток лечения, мы в любом случае будем уважать выбор, который сделали наши пациенты.

3. С какими пациентами Вам сложно работать?

Наверняка я выскажу мнение большинства репродуктологов о том, что наша работа с любой категорией пациентов очень не проста: трудно преодолеть человеческий страх, недоверие и непонимание. Ведь составляющими успеха являются не только уровень технического обеспечения, профессионализм и опыт врачей. Крайне необходимо обрести взаимное доверие и взаимопонимание между врачом и пациентами. Важно не только вселить в пациентов оптимизм и веру в успех, но и суметь разделить горечь неудачи. И даже в этом случае постараться не только поддержать семейную пару, но и постараться сделать так, чтобы после неудачи у них сохранилось желание идти вперед.

4. Говорят, что не последним фактором, повышающим эффективность лечения, является психическое состояние пациентки. Нужно ли готовиться к ЭКО протоколу психологически?

Безусловно, да. Ведь ни для кого не секрет, насколько напряженно чувствуют себя люди, пытающиеся преодолеть проблему бесплодия. Здесь и сомнения в успехе, боль предыдущих утрат, разочарования безуспешных попыток, чувство вины, психологическая усталость и многое другое. Иногда мы прибегаем к услугам психологов. Однако следует заметить, что и мы — репродуктологи, и психологи не сможем самостоятельно изменить психологический настрой человека без его прямого на то желания и участия. Важным для нас является дать пациентам достоверную информацию и возможность стать полноправными участниками принятия решений и лечебного процесса и, безусловно, поддержать их решение, вселив уверенность в своих силах и веру в успех.

5. Есть ли какой-нибудь наиболее революционный метод лечения в области репродуктивной медицины, предлагаемый в вашем медицинском центре?

На сегодняшний день в мире проводится большое количество научно-исследовательских

и практических работ, направленных на повышение результативности ВРТ. И нам приятно осознавать, что в клинике был разработан и запатентован метод, позволяющий влиять на качество яйцеклеток. Эта методика особенно продуктивна в тех случаях, когда вследствие стимуляции получены незрелые или ослабленные яйцеклетки. Предложенный нами метод позволяет увеличить жизненный потенциал яйцеклетки и ее способность к оплодотворению и дальнейшему нормальному развитию эмбриона, что особо важно для женщин с «бедным» ответом, в том числе возрастных женщин.

Учитывая повышенное внимание к здоровью будущих детей, мы уделяем огромное значение проведению скрининговых обследований женщин во время беременности, особенно тех, которые забеременели после использования ВРТ.

Эти обследования позволяют определить группу женщин высокого риска по формированию хромосомных болезней у плода и, при необходимости, провести дополнительные анализы для того, чтобы окончательно подтвердить или исключить наличие подобных заболеваний. С этой целью нами, пока единственными в Украине, используется специальная программа, позволяющая с максимальной высокой точностью определить риски у беременных женщин и, благодаря этому, уменьшить количество женщин, требующих дополнительных обследований (инвазивная пренатальная диагностика).

6. Какими преимуществами обладает Ваша клиника по сравнению с другими центрами репродуктивной медицины?

Вряд ли уместно говорить о каких-либо преимуществах, т.к. на сегодняшний день у нас, как и во многих других клиниках, применяются практически все известные репродуктологам эффективные методики и новации, позволяющие получить положительный результат. Однако не могу не упомянуть о том, что наша клиника входит в пятерку наиболее продуктивных по результативности клиник в Украине. Мы дорожим мнением и надеждами наших пациентов и стараемся реализовывать их желание стать счастливыми родителями. Как я упоминал выше, наши специалисты трудятся и над изобретением новых методик, и над внедрением лучших достижений, которые появляются в медицинской практике.

7. С какими словами Вы бы хотели обратиться к семейным парам, которые не решаются на решение проблемы бесплодия с помощью ВРТ?

Когда мы отчаиваемся и думаем, что жизнь закрыла дверь перед желаемой мечтой, это означает, что пора двигаться. Это хорошо, потому что мы часто не начинаем движение и борьбу, пока обстоятельства не вынудят нас. То, что Вы боретесь, не означает, что Вы терпите неудачу.

Каждый большой успех требует достойной борьбы. Оставайтесь терпеливыми и уверенными. Всё получится, скорее всего, не через мгновение, но в конечном счете Вы сможете обрести то, о чем мечтали. Желаю всем удачи!





Данилова Екатерина Алексеевна

врач-репродуктолог, акушер-гинеколог, специалист УЗД медицинского центра репродуктивного здоровья «Лада», г. Одесса

Интервью с доктором клиники «ЛАДА»

1. Как Вы считаете, почему многие женщины, которые не могут забеременеть, годами ходят к гинекологам, тратят время и деньги в поиске причин бесплодия, а не обращаются к узким специалистам, репродуктологам? Что отвечают на этот вопрос Ваши пациенты?

Как правило, речь идёт о страхе перед репродуктивными

клиниками. Многие женщины длительные годы безуспешно пытаются познать радость долгожданной беременности и материнства. Последним шансом зачастую становится именно вмешательство врачей узких специальностей, репродуктологов, и использование современных технологий — ЭКО. Кто-то испытывает страх по этому поводу, считая подобное оплодотворение неправильным. Другие бросают попытки забеременеть при первых же сложностях.

Весомое значение при обследовании бесплодной се-

мейной пары принадлежит исследованию спермограммы. Поиск причины бесплодия должен начинаться именно с анализа семенной жидкости. И при отсутствии мужского фактора необходимо детально исследовать состояние репродуктивной сферы женщины. Нежелание мужа проходить такое обследование ведёт к потере драгоценного времени и репродуктивного потенциала женщины, а также к значительным эмоциональным стрессам.

2. За последние годы как-то поменялось отношение к восприятию зачатия с помощью ВРТ? Какой процент семей, страдающих бесплодием, относится к ЭКО, как к обычному методу лечения?

Безусловно... Большинство пациентов, страдающих бесплодием, стало относиться к вспомогательным репродуктивным технологиям, как к обычному методу лечения. Это объяснимо и абсолютно логично. Так как для определённой группы наших пациентов ЭКО — это единственная возможность получить своё генетическое потомство, не прибегая к программам донации ооцитов либо сперматозоидов. Если же необходимо прибегнуть к донорским программам ВРТ, то такое решение у пациентов всегда обдуманное и взвешенное. Ведь для любой семейной пары лечение бесплодия в клинике ЭКО — это важный, ответственный и осознанный шаг.

3. С какими пациентами Вам сложно работать?

Я считаю, что сложно работать с теми пациентами, которые психологически не готовы к беременности, боятся предстоящей процедуры ЭКО. Также крайне тяжело работать с пациентами, которые не доверяют своему врачу. Своему репродуктологу необходимо доверять, нужно выполнять все врачебные рекомендации и т. д. Очень важно выбрать «своего» врача! И, если отношения с доктором не складываются, то самое время подумать о смене доктора.

4. Говорят, что не последним фактором, повы-

шающим эффективностью лечения, является психическое состояние пациентки. Нужно ли готовиться к ЭКО протоколу психологически?

Невозможность рождения ребенка в семье — одна из самых тяжелых психотравмирующих ситуаций для супругов. Мероприятия, связанные с лечением бесплодия, ещё больше усиливают стресс. И это замкнутый круг, который надо разорвать! Биологическая взаимосвязь между стрессом и бесплодием обусловлена действием гормонов стресса на уровне коры головного мозга, гипоталамуса, гипофиза и гениталий. Имеется существенная положительная корреляция между мочевыми концентрациями адреналина в начале лечения и перед переносом эмбриона и количеством баллов на депрессию. При наступлении беременности женщины имели более низкие концентрации адреналина при заборе ооцитов и в момент переноса эмбриона. Была обнаружена положительная корреляция между концентрацией адреналина и депрессией во время беременности. На основании этого было высказано предположение о том, что адреналин является неотъемлемым звеном в сложных отношениях между психоэмоциональным состоянием женщины и результатом ЭКО/ИКСИ. Психологическое состояние женщин перед процедурой ЭКО характеризуется значительной частотой психических расстройств, тревоги и депрессии. Высокий уровень тревожности является фактором риска отрицательного результата ЭКО. Коррекция личностных особенностей и психического состояния женщин с бесплодием безусловно способствует повышению эффективности ЭКО. Очень важна специализированная психологическая помощь в репродуктивных клиниках.

5. Есть ли какой-нибудь наиболее революционный метод лечения в области репродуктивной медицины, предлагаемый в вашем медицинском центре?

Методы лечения в репродуктивных клиниках, при наличии хорошего оборудования и хорошей подготовки специалистов,

практически одинаковые. Мы делаем акцент на диагностике причин бесплодия, так как до 40% бесплодных пар страдают так называемым идиопатическим бесплодием (неясного генеза). Расширяя лабораторную диагностику и внедряя новые методы исследований, мы уменьшаем этот процент и таким образом нам легче выбрать методику лечения, что существенно увеличивает эффективность.



6. Какими преимуществами обладает Ваша клиника по сравнению с другими центрами репродуктивной медицины?

Мы проводим исследования по выявлению аутоиммунного и идиопатического бесплодия, в том числе MAR-test IgA, которые проверяются не всеми клиниками, но их значение для фертильности более важно, чем другие виды антител.

В нашем криобанке эмбрионы хранятся в парах азота, что исключает возможность их инфицирования морозоустойчивыми микроорганизмами, в отличие от традиционного способа хранения в жидком азоте.

Во время эмбриотрансфера (переноса эмбрионов) наши пациентки могут видеть свои эмбрионы на экране, что существенно улучшает их психологическое и эмоциональное состояние и конечно же повышает эффективность нашего лечения.

Можно перечислить еще много положительных особенно-

стей клиники Лада:

• Наличие сертифицированной системы управления качеством, которая соответствует требованиям стандарта «Система управления качеством. Требования» (ISO 2001:2009). Мы постоянно совершенствуем структуру и качество предоставляемых услуг в соответствии с потребностями наших пациентов;

- Гибкая система скидок на проведение программы ЭКО;
- Прегравидарная подготовка и ведение беременности после ЭКО;
- Консультирование смежных специалистов;
- Ежемесячное проведение дня открытых дверей для пациентов;
- Бесплатные первичные консультации по вопросам бесплодия.

В нашей работе мы делаем акцент на индивидуальный подход к пациенту, разрабатываем индивидуальный протокол стимуляции, метод и схему лечения.

7. С какими словами Вы бы хотели обратиться к семейным парам, которые не решаются на решение проблемы бесплодия с помощью ВРТ?

ЭКО — это не приговор, а метод решения Вашей проблемы. Нужно отнестись к нему, как к обычному методу лечения. Прежде всего, хотелось бы искренне пожелать таким парам не отчаиваться. Так важно поддерживать друг друга в этой непростой для Вас ситуации. Безусловно, лечение в репродуктивной клинике — это большая проверка Ваших чувств. Если в семье будет любовь и понимание, то долгожданный малыш не заставит себя ждать. Я считаю, что нужно запастись терпением, определиться с выбором клиники. Возможно, потребуется посетить многие, чтобы найти «свою». Очень важно, чтобы пациенты работали в одной команде с репродуктологом и эмбриологом, соблюдая все рекомендации. Нужно доверять своему врачу. Важен психологический настрой. Ваши мысли материализуются! Никогда не забывайте об этом. Поэтому необходимо думать только о хорошем. Надо думать, о том, что Вы скоро станете родителями, что скоро Ваш дом наполнится долгожданной радостью и детским смехом.



**Парацук
Валентин Юрьевич**

врач акушер-гинеколог-репродуктолог
клиники репродуктивной медицины
имени акад. В.И. Грищенко, кандидат
мед. наук

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ)

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — одна из наиболее частых причин эндокринного бесплодия. Частота его составляет около 11% среди женщин репродуктивного возраста, а среди женщин, страдающих эндокринным бесплодием доходит до 70%. Если открыть медицинский справочник на страницах, посвященных СПКЯ, то многообразие возможных вариантов этого синдрома и его проявлений вызывает недоумение. Именно поэтому в 2003 году были приняты единые критерии диагностики этого синдрома. Международными критериями диагностики данного заболевания, принятыми в 2003 году на конгрессе ESHRE/ASRM в городе Роттердам является сочетание как минимум двух из нижеуказанных признаков:

- гиперандрогения (повышение мужских гормонов);
- хроническая ановуляция (отсутствие овуляции, которое, собственно и является основной при-

чиной отсутствия беременности).

- ультразвуковые признаки поликистозных яичников (много мелких фолликулов в яичниках по данным УЗ-исследования).

Что это значит?

Это значит, что если у женщины только большое количество фолликулов по данным УЗИ, то этого еще не достаточно для постановки этого диагноза. И, соответственно, основными средствами диагностики данного состояния являются исследование уровня гормонов, УЗ-исследование репродуктивных органов и определение наличия либо отсутствия овуляции.

Что происходит при СПКЯ?

Нарушается обмен мужских половых гормонов (андрогенов). Они в норме присутствуют в организме женщины и именно из них образуются женские гормоны (эстрогены), но при СПКЯ андрогенов слишком много. Причин может быть несколько, и нередко встречаются их комбинации. Это может быть генетически обусловленное нарушение работы цитохрома P450c17 — ключевого фермента в синтезе андрогенов. Причиной может быть и повышение активности лютеинизирующего гормона (ЛГ), которое приводит к накоплению мелких фолликулов в яичниках и нарушению обмена андрогенов. Это и состояние инсулинорезистентности (нарушение чувствительности к инсулину), при котором для усвоения глюкозы необходимо большее количество инсулина, что способствует, во-первых, накоплению жировой ткани, во-вторых — повышает активность инсулиноподобных факторов роста, что приводит к гиперандрогении. Именно поэтому женщины с СПКЯ часто склонны к полноте. Избыток жировой ткани приводит к усугублению гормональных нарушений, так как жировая ткань обладает свойством накапливать андрогены. Получается замкнутый круг. Известно, что снижение массы тела приводит к снижению гиперандрогении, и иногда потеря даже 5% массы может привести к восстановлению овуляции и долгожданной беременности.

Итак, избыток андрогенов и нарушение их обмена приводит не только к косметическим проблемам (избыточное оволосе-

ние, угревая сыпь, т.н. «акне»), но и мешает овуляции. Нет овуляции — нет беременности. Кроме того, отсутствие овуляции приводит к расстройству цикла. Очень часто женщины с СПКЯ жалуются на нерегулярный менструальный цикл и нередко на отсутствие менструаций в течении длительных промежутков времени. Это может быть и самым первым симптомом СПКЯ.

Диагноз поставлен, что делать дальше?

При СПКЯ обязательно нужно исключить другие причины бесплодия у женщины и обследовать партнера. Например, к отсутствию овуляции и бесплодию может приводить повышение активности гормона гипофиза — пролактина. И эту причину нужно обязательно исключить, так как подходы к терапии при гиперпролактинемии совершенно иные. При условии нормальных показателей спермограммы и проходимых маточных труб, основной задачей лечения будет восстановление овуляции. Начинать нужно с простого — при наличии избыточной массы тела нужно постараться похудеть. Если это не помогло, мероприятием первой линии является индукция овуляции как препаратами непрямого действия (кломифена цитрат), так и малыми дозами тех же гормонов, что используются при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) — фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Если же добиться овуляторного цикла не удалось, то следующим этапом является оперативное лечение в объеме лапароскопии с резекцией/коагуляцией части ткани яичников, после чего нередко цикл нормализуется и паре удается забеременеть самостоятельно. Но следует быть очень осторожным. Неоправданное удаление большого объема ткани яичника может привести к необратимому снижению его функции. Подобные операции никогда не следует делать повторно и делать их следует только при уверенности, что они необходимы и нет других факторов бесплодия. Что имеется в виду? Если кроме СПКЯ, например, есть другие причины, которые затрудняют наступление беременности и являются показанием к ЭКО, то необходимости делать операцию нет. Она нужна только в случае планирования естественной беременности.

Если же долгожданная беременность все равно не наступает в течение 6-12 месяцев (при условии восстановления овуляции), то приходит очередь ЭКО.

Пациентки с СПКЯ представляют особую группу, т.к. благодаря очень хорошему яичниковому резерву у них даже при минимальной стимуляции может вырасти большое количество фолликулов. Это одновременно и дар, и кара, потому что с одной стороны — есть отличный шанс получить хорошее количество эмбрионов и даже иметь возможность криоконсервировать не перенесенные эмбрионы, с другой — есть очень высокий риск развития синдрома гиперстимуляции яичников, который связан со значительным дискомфортом и даже, иногда, необходимостью госпитализации и риском для здоровья и будущей беременности. Существует целый ряд мероприятий по про-

филактики последнего: использование меньших доз стимулирующих гормонов, применение протоколов стимуляции с антагонистами гонадотромин-релизинг-гормона, применение альтернативного триггера финального дозревания яйцеклеток и др. Однако стопроцентно решить эту проблему позволяет только методика витрификации — способа сверхбыстрой заморозки эмбрионов, которая позволяет отказаться от переноса эмбрионов непосредственно в стимулированном цикле, а отложить этот этап на 1-2 менструальных цикла и сделать это в естественном физиологическом цикле. Преимущества этой методики заключаются в том, что стресс для эмбрионов, связанный с процессом заморозки-разморозки минимален, после оттаивания в руках опытного эмбриолога выживаемость эмбрионов достигает 98%. Но главное — это совершенно безопасно. Стоит отметить, что сама перспектива переноса эмбрионов в естественном цикле значи-

тельно более физиологична, что положительно сказывается на ходе беременности, а эффективность таких процедур ЭКО порой даже выше, чем при эмбриопереносе в стимулированном цикле.

Нужно помнить, что невзирая на частоту СПКЯ и связанного с ним бесплодия, это состояние в большинстве случаев поддается лечению, однако проводить его должен репродуктолог-эндокринолог.

Именно такой подход позволит с одной стороны избежать необоснованного оперативного вмешательства там, где оно не показано, а с другой — грамотно провести хирургическое лечение в объеме, достаточном для восстановления овуляторного цикла, но сохранив больше овариального резерва. Наградой за это станет наступление долгожданной физиологической беременности.





Синдром преждевременного истощения яичников



**Лелюх
Наталья Николаевна**

Врач акушер-гинеколог Медицинского центра «Универсальная клиника «Оберіг»

Вот, представьте, что вы — гастрономический гурман, и не просто там трюфеля и омары в кисло-сладком бешамель, а такой, от сохи, от бабушкиной печки. И нравится вам, чтоб на столе картошечка толчёная, с маселком и огурчики, чтоб хрустящие из баночки или, чуть помягче и кислее — из бочечки. И, вот, наварили вы картошечки, в погреб спускаетесь (в кладовку заныряваете) а там... а там нету больше ни баночек, ни бочечек. Кончились. Истощились. Конечно, вы можете пойти в соседний супермаркет и выбрать себе баночку с огурчиками под яркой этикеткой. Но это уже будет не свое, не родное...

К чему это я? К тому, что есть ресурсы, есть их использование, и есть предел любому ресурсу

— алмазам, газу, терпению и яйцеклеткам.

Поговорим о закромах наших родных яичников.

Девочка рождается с миллионным резервом в яичнике. Это такие штабеля из ящиков, в которых плотненько друг к дружке лежат яйцеклетки, ожидая инициации.

К моменту полового созревания из миллионного запаса остается тысяч 400. Как? Куда делась? Были использованы для процессов полового созревания. Ну ладно, ведь осталось то 400 тысяч, этого на много лет вперед хватит. А оказывается, что не совсем так.

В каждом менструальном цикле происходит очень интересное и многошаговое действие под названием — созревание фолликула. Это такой домик, внутри которого сидит яйцеклетка, аки принцесса на троне и ждет момента освобождения и первого бала (это я так называю овуляцию). На картинке яйцеклетка под номером 1, а трон под номером 2, а весь этот шарик — это и есть фолликул.

Итак, у вас все хорошо с математикой, и вы понимаете, что даже при коротком 21 дневном цикле, в год не более 13 овуляций (при идеальных раскладах), а то и меньше. Ведь не каждый цикл овуляторный, даже у самой здоровой женщины. Значит, на репродуктивный возраст 400 тысяч яйцеклеток хватит с большущим запасом. И слава математике и виват! калькулятору...

Но гинекология так же далека

от математики, как философия от кибернетики.

Вот и оказывается, что может не хватить. Наши закрома могут внезапно закончиться задолго до стандартных 45-50 лет.

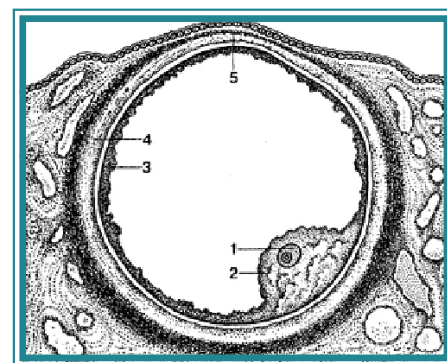
А если заканчиваются закрома, именуемые овариальным резервом — наступает менопауза и окончание мечты о беременности.

Этот неприятный диагноз называется: «синдром преждевременного истощения яичников» далее СПЯ.

То есть — в погреб за огурчиками, а там пустые полки, гулкий потолок, и деловитые мыши что-то шумно догрызают за стенкой.

Когда это может произойти?

В любое время. У меня лично есть пациентка, которой 26 лет. По статистике больших сообществ эндокринологов, до 30 лет подобная история встречается 1 раз на 1000 девушек. От 30 до 35 лет частота возникновения этого синдрома 1 раз на 250 молодых и красивых. А от 35 до 40 лет подобный диагноз устанавливается 1 из 100 умниц и волшебниц. Кста-



ти, после 40 лет точных данных нет, так как ученые исследователи абсолютно уверены, что женщин после 40 вопрос репродукции интересует мало. Ну-ну...

Самое сложное, это смотреть в глаза, полные слез надежды, и сухо сообщать, что, к сожалению, диагноз подтвердился, безуспешно пытаясь отговорить девочку от «поиска виноватого».

Потому что «кто виноват» — это уже не важно, а вот «что делать» — это основной животрепещущий вопрос момента.

«Кто виноват?»

В 65% случаев возникновения СПЯ причину установить не получается.

В 25% случаев — это генетический дефект, часто ассоциированный с X хромосомой.

В 10% случаев это необратимое аутоиммунное поражение яичниковой ткани. То есть, организм женщины начинает воспринимать яичники, как что-то сильно опасное и чужое и бороться с агрессором.

В 5% СПЯ развивается вследствие действий врачей: операции на яичниках, электротравма яичников при лапароскопии, частые стимуляции и гиперстимуляции яичников, прием тяжелой химиотерапии или лучевой терапии на область яичников.

«Что происходит?»

Вот тот, казалось бы, неисчерпаемый лимит яйцеклеток, данный нам природой при рождении может закончиться, если:

- Дефекты в X хромосоме ведут к тому, что не все яйцеклетки способны вступать в цикл роста фолликула. По аналогии с огурчиками: из 100 банок к моменту сваренной картошечки крышку сорвало у 90 банок, и содержимое банок уже никогда не попадет на ваш стол.

- В нормальном менструальном цикле в рост пускается не один, а несколько фолликулов, достигают определенного размера десятки, в лидеры выбиваются 3-4 фолликула, а достигает размеров доминантного и овулирует один, редко два. То есть, даже в нормальном менструальном цикле используется ресурс не одной яйцеклетки, а десятков яйцеклеток. Как на картинке.

А в циклах стимуляции мы искусственно запускаем в рост не десятки, а сотни фолликулов, поэтому, конечно, если женщина имела несколько попыток

ЭКО или стимуляций яичников, то закрома быстро исчерпаются. По традиционной аналогии с погребком и баночками: вы за зиму не раз в неделю спускались в погреб, чтобы взять новую баночку хрустящих маринованных, а в течение декабря, ежедневно шмыгали за огурцами, потому что то гости, то гостинцы передать, то у сестры токсикоз и она эти огурцы молотит без остановки... а потом — бац! и в январе уже ни одной баночки впогребочке не осталось. А мыши по-прежнему что-то догрызают за стенкой...

- Кисты яичников, особенно эндометриомы и дермоидные кисты, они ведь растут, они медленно, но уверенно сжирают близлежащую ткань яичников. А потом приходит хирург с шашкой наголо, чтобы спасти вас от кисты. Конечно, спасает. Но, или рука бойца дрогнет, или меч окажется волшебным с повышенной поражающей способностью, и удаляется больше ткани яичника, чем предполагалось. На примере погребка: вместо того, чтобы консервировать огурчики, хозяйка варила клубничное варенье, а место в закромах ограничено. Вот огурчики и заранее кончились. Варенья, хоть залейся, а огурчиков нету... и мыши суется и точат жадные зубы.

«Что делать?»

1. При нарушениях цикла идти к врачу. И говорить об этих нарушениях. Чаще девочки жалуются на длительные задержки (больше 2-3 недель), пропуски цикла, отсутствие менструации по 3-4 месяца. Те же ученые доказали, что в среднем только пятый врач на пути девочки задумывается о диагнозе СПЯ. Предыдущие четыре лечат, что кому понравится, но не СПЯ. А время идет...

2. Не откладывать репродуктив-

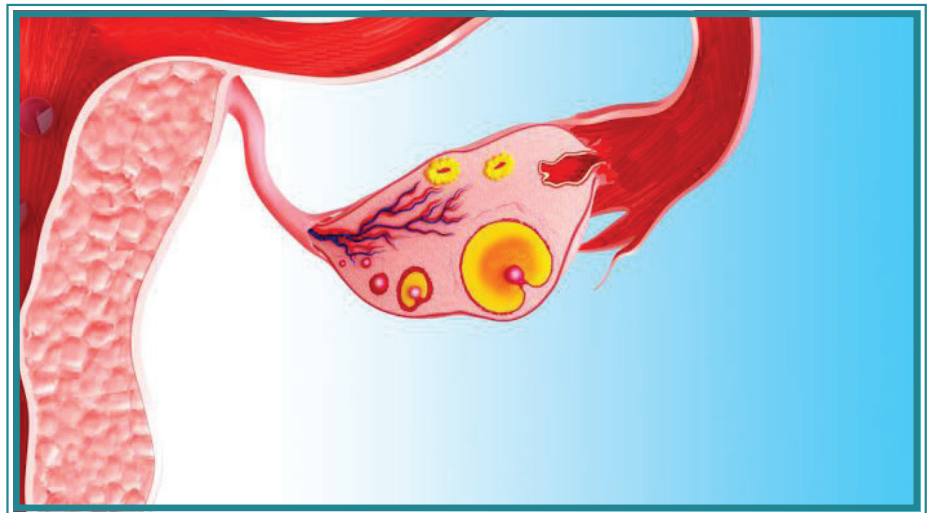
ные планы на после 30. Я, конечно, понимаю, что на всех принцев не хватает, и что карьера, и что «не готова» и так далее, но... но, повторю свою любимую фразу: природе пофиг наш карьерный рост и социализацию, природа миллионы лет назад придумала для нас миссию и все в нашем организме этой миссии подчинено.

3. Если установлен диагноз «киста яичника» и она не функциональная, то нужно решать вопрос с грамотной и своевременной операцией, а не упорно лечиться у травников, гомеопатов и путем наложения фотографий целителей на область пупка. Злое примечание автора: в дермоидной кисте внутри могут быть волосы, зубы, кости, попробуйте травками рассосать зуб? Если у вас получится — я первая пожму руку вашему травнику и куплю его целительный портрет.

4. Если диагноз СПЯ поставлен на самом начальном этапе своего развития, то у женщины есть шанс на консервацию яйцеклеток или даже ткани яичника. Это единственный шанс на попытку беременности без донорской яйцеклетки. То есть, баночка с драгоценными огурчиками переносится из погреба в хорошо охраняемое хранилище и распечатывается тогда, когда в дом пожалует тот самый, тот желанный гость.

5. Прием оральных контрацептивов может отсрочить наступление менопаузы, так как блокирует овуляцию и дает шанс на сохранение хоть какого-то овариального запаса.

А я та самая мышь за стенкой, которая грызет ваш мозг с повторами: если природа дает нам менструации в 12-15 лет, то она точно настроена на беременность в 25... а дальше, как кому повезет.





Народити дитину

В силу своєї професії я близько зіштовхуюся із різними людськими переживаннями, як жінок, так і чоловіків.

В силу своєї професії я близько зіштовхуюся із різними людськими переживаннями, як жінок, так і чоловіків. Вони довіряють психотерапевту найсокровенніші свідомі і несвідомі відчуття. Про приємне говорити легко. Часто невисловленими залишаються дитячі переживання такі як страх, що розлюблять і кинуть, страх самотності, дуже сильне відчуття непотрібності. Ніхто не знає наших страждань, іноді ми в них перебуваємо одні. Часто ми не маємо можливості, а іноді і мужності з кимось поділитися, бо не хочемо відчувати сором, іноді й вину. Серед важливих життєвих подій є такі, які відбуваються, або відчуються лише жінками — це вагітність. У багатьох жінок, які бажають мати дитину виникає запитання, чому я не можу завагітніти, виносити і народити здорову дитину? Що не дозволяє мені стати мамою?

Безпліддя — це невдача, яку

Безпліддя — це невдача, яку партнерам важко прийняти, сором і почуття вини супроводжують їх.

партнерам важко прийняти, сором і почуття вини супроводжують їх. Сором, що вони не можуть зачати дитину так, як це змогли їхні друзі та знайомі, та вина за те, що не можуть подарувати внуків своїм батькам, продовжити рід.

Кожен з нас пам'ятає, коли були дітьми, ми бавилися в так звані рольові ігри: мама — тато, донька — мама. Ці рольові моделі мають великий вплив на розвиток індивідуальності дитини та встановлення у нього або у неї образу свого тіла та ідентичності (Власного Я). З віком приходять усвідомлення того, що «я виріс, змінилося моє тіло, я фізично став зрілою людиною, здатною для продовження роду». Усвідомлення своєї репродуктивної функції стає частиною Власного — Я. Перед жінкою стоїть ще й додаткове завдання. Будучи біологічно подібною до своєї

матері, їй необхідно емоційно відділитися від неї, та сформулювати власне психологічне «Я». Вагітність — це заключний етап ідентифікації з жіночим об'єктом. Для маленької дівчинки, віра в можливість народити дитину, так як народила її мама, є підтвердженням своєї жіночності, цінності та сексуальної ідентичності. Фантазії дівчинки про вагітність та материнство є нічим іншим, як нормальною частиною цього процесу.

Якщо ж, ранні потреби дитини (зокрема дівчинки) не були адекватно забезпечені мамою (або іншими первинними об'єктами) на ранніх стадіях розвитку Власного — Я, то дитина відчуває злість, гнів, розчарування в матері, недовіру до себе, що ускладнює завершення цих процесів. У більшості бездітних пар, яких я мала можливість спостерігати, зокрема у жінок, були складні, конфліктні стосунки з матерями, а їх самих жінки описували дбаючими, але емоційно холодними, люблячими, але формальними в своїй любові, вольовими та сильними. Іноді мама виконувала роль батька, так як останній в свою чергу був слабким, та не мав достатньо волі протистояти конкурентній матері. Хлопчик, зростаючи в такій сім'ї, ідентифікуючись зі слабким батьком, який не здатний взяти відповідальність за свою сім'ю, в дорослому віці може мати прояви сексуальної дисфункції.

Причин, через які жінка не може завагітніти багато, їх ви-

Причин, через які жінка не може завагітніти багато.

діляють у різні групи. Мені б хотілося зупинитися власне на тих, які в собі мають психоемоційну складову та часто бувають позасвідомими.

Інфантильність — в цьому випадку жінка у своєму психосексуальному розвитку зупи-

нилася на рівні дівчинки, яка не спроможна народжувати. Часто такі жінки перебувають у тісному симбіотичному стосунку зі своєю мамою.

Егоцентризм — такі жінки хочуть жити для себе, отримувати всю любов та турботу, стати успішними у своїй професії. Завагітніти таким жінкам є важко, оскільки для того, щоб стати мамою, треба бути готовою пожертвувати багато чим заради дитини.

Страх вагітності та пологів — це більше стосується чутливих, емоційно вразливих жінок, які, можливо, в дитинстві чули історії від мами, бабці про важку вагітність, ускладнення в пологах, іноді смерть. Такі жінки намагаються вберегти себе, іноді, навіть, відмовляючи собі в інтимних стосунках.

Всіх цих причин неможливо позбутися хірургічним або медикаментозним шляхом, вони потребують іншого вирішення. Якщо ж жінці або чоловікові вдається побудувати довірливий стосунок з психотерапевтом, усвідомити та прийняти причини, які провокують безпліддя, то мрія народити дитинку стає реальністю.

Автор:

Уляна Криницька-Березюк,
лікар-психотерапевт, Медичний центр
«Intersono Medicover Group».





Зачем нужна психотерапия при бесплодии и ЭКО?

Чаще всего постоянными спутниками женщин, которые не могут забеременеть, являются негативные эмоции, страх, разочарование, вследствие чего у большинства из них формируется состояние стабильного стресса.

Сеансы психотерапии, помогающие справиться со стрессом, значительно увеличивают шансы на зачатие.

Сеансы психотерапии, помогающие справиться со стрессом, значительно увеличивают шансы на зачатие у женщин, страдающих бесплодием. К таким выводам пришли американские ученые, представившие отчет о своем исследовании на ежегодной конференции Европейского общества эмбриологии и репродукции человека.

Психологическое (психогенное, психосоматическое) бесплодие без изменений в репродуктивной системе женщины, встречается редко. Это тот случай, когда врачи не выявляют видимых причин бесплодия, ставят диагноз «бесплодие неясного генеза» (первый вариант обращения). В данной ситуации полезно сделать паузу в постоянной гонке обследо-

ваний, прислушаться к себе и обратиться за профессиональной помощью к психотерапевту, чтобы разобраться в причинах такого состояния. А их может быть огромное количество: недовольство собой, своей работой, внутренние конфликты и т.д. Все эти причины можно найти и проработать, устранить с помощью квалифицированного психотерапевта.

При функциональных и иммунологических причинах бесплодия показана психотерапия, которая поможет справиться с хроническим стрессом. Эта терапия требует времени, но гораздо меньше, чем годы, проведенные в попытках забеременеть самостоятельно.

Для многих женщин выходом из сложившейся ситуации становится ЭКО.

Психотерапия должна проводиться с момента вступления в программу ЭКО с помощью комплекса психотерапевтических методик и состоять из нескольких этапов.

Первый этап — снижение тревожности, снятие внутреннего напряжения от ожидания результата;

Второй — нейтрализация негативных переживаний, касающихся бесплодия и прошлого опыта лечения;

Третий — коррекция мотива-

ции беременности;

Четвертый — достижение психоэмоционального равновесия в период со дня переноса эмбрионов до дня диагностики беременности.

Большое внимание в ходе психотерапии должно придаваться созданию образа себя беременной. Так же значимым является создание действительно позитивного настроения на лечение, без элементов страха и повышенной тревожности.

Результаты исследований позволяют сделать вывод о том, что женщины страдающие бесплодием и обращающиеся по этому поводу в клиники репродуктивной медицины, не должны оставаться без психотерапевтической поддержки. Разнонаправленная и постоянная на протяжении всего лечебного цикла психокоррекция стрессового состояния позволяет улучшить результативность программы ЭКО.

Психокоррекция стрессового состояния позволяет улучшить результативность программы ЭКО.

Автор:

Сиваш Алёна Васильевна — кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт высшей категории, Клиника профессора Феськова А. М.



Клиника «Родинне Джерело»

За время существования медицинского центра более 3000 пар доверили ее специалистам свое репродуктивное здоровье, ведь главными принципами медицинского центра являются:

БЕЗОПАСНОСТЬ, ЗАБОТА И КОМФОРТ

Медицинский центр «Родинне Джерело» был создан для пациентов, чтобы привносить для них прогресс во вспомогательной репродукции, знания и более эффективные методы для достижения самого большого чуда — зачатия и рождения новой жизни.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

• **Диагностика и лечение всех нарушений репродуктивной**

функции;

• **Ведения физиологической беременности и беременности с повышенным риском осложнений;**

• **Лечение невынашивания беременности;**

• **Экспертное УЗИ плода (в том числе 4D), доплерография;**

• **Диагностика наследственных заболеваний и пренатальная диагностика;**

• **УЗИ — диагностика гинекологических заболеваний;**

• **Возможности наблюдения и лечения в условиях дневного стационара.**

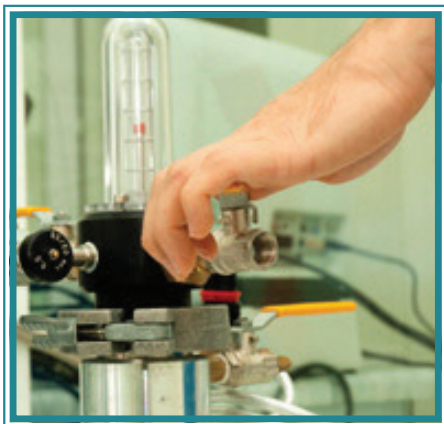
Для того, чтобы ваша мечта о ребенке стала реальностью в медицинском центре «Родинне Джерело» используется только инновационное оборудование, а врачи подходят к каждому случаю исключительно индивидуально.

Уникальные программы совместного лечения бесплодия — в медицинском центре «Родинне Джерело».

Для получения медицинской помощи по месту жительства пациента, медицинский центр реализует программы совместного лечения бесплодия с практикующими акушерами-гинекологами и врачами семейной медицины.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «РОДИННЕ ДЖЕРЕЛО»

Цель благотворительного фонда с которым сотрудничает медицинский центр — подарить возможность стать родителями тем семьям, которые из-за финансового положения не могут позволить себе воспользоваться вспомогательными репродуктивными технологиями!



Медицинский центр репродуктивного здоровья «Лада»

В 2009 году в городе Одесса была создана клиника репродуктивного здоровья с символическим названием Лада — в честь славянской богини любви, семьи, плодородия и урожая. Самой природой определено, что продолжение рода — это основной смысл жизни человека. Мы создаем для того чтобы передать своим.

И, к сожалению, одной из проблем современного общества — является невозможность родить ребенка. Всего в мире около 20% бесплодных пар, то есть каждая пятая семья обречена переживать трудности с зачатием. Но, хорошая новость в том, что около 13-15% супружеских пар могут стать родителями с примени-

ем Вспомогательных Репродуктивных Технологий. Поэтому главная цель нашей клиники — дать шанс любящим друг друга людям родить своего ребенка.

В клинике «ЛАДА» есть все необходимое для диагностики и лечения мужского и женского бесплодия, в частности, новейшее оборудование, многократно протестированное производителями, а также прошедшее аттестацию в Украинском Государственном Комитете Метрологии и Стандартизации.

В клинике работают профессионалы высокого уровня: опытные репродуктологи и эмбриологи, любящие свою работу; врачи, всегда действующие только в интересах пациентов; приветливые и умелые медсестры; вежливые, внимательные и кропотливые администраторы. Всё это позволяет нам утверждать, что мы способны добиться самых желаемых результатов и сделать каждую мечту былью.

В клинике ЛАДА проводятся следующие современные способы диагностики и лечения семейного бесплодия:

1. **Оплодотворение «в пробирке» (IVF)** — яйцеклетки будущей мамы и сперматозоиды буду-

щего папы совместно культивируют в питательной среде инкубатора. При этом проводится наблюдение за получившимися эмбрионами за их развитием (дроблением), и выбираются самые жизнеспособные для имплантации — переноса в полость матки.

2. **ИКСИ** (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида) ICSI — программа, используемая в дополнении к IVF при низком качестве спермы или единичных сперматозоидах в эякуляте. Это способ введения сперматозоида в яйцеклетку при помощи специальной иглы.

3. **Внутриматочная инсеминация** — единичных сперматозоидах в эякуляте, предполагающая оплодотворение в теле женщины. После обработки семенной жидкости в лаборатории её вводят в полость матки с помощью мягкого тонкого катетера.

4. **Донорские программы** (донация ооцитов, донация семенной жидкости, донация эмбрионов) — применяется в случаях определенных генетических отклонений (во избежание их передачи), а также в случаях полного отсутствия способных к оплодотворению половых клеток у одного из партнеров.

5. **Криопрограммы** (криоконсервация семенной жидкости, криоконсервация эмбрионов).

6. **Контролируемое зачатие.**

7. **Диагностическая гистероскопия** — безболезненный осмотр полости матки при помощи

специального оборудования — позволяет выявить патологию эндометрия, полипы и гиперплазию эндометрия и т.д.

8. **Эхосальпингоскопия** — определение проходимости маточных труб при помощи ультразвукового исследования с введением контрастирующего раствора.

9. **Биопсия яичка.**

10. **Трансвагинальное и трансабдоминальное УЗИ** с цветовым доплеровским картированием.

11. **Спермограмма.**

12. **Тесты на совместимость.**

13. Другие исследования эякулята (MAR-test, ГСТ).

14. **Генетические исследования.**

15. **Все виды лабораторных исследований.**

16. **Консультация психолога** — наш специалист поможет справиться с психологическим дискомфортом, который появляется у пар в связи с безуспешными попытками зачать ребенка. Задача психолога — психологически подготовить будущих родителей к прохождению цикла ЭКО (IVF), создать позитивный настрой и сплотить отношения в паре.

В медицинском центре репродуктивного здоровья «Лада» действует сертифицированная система управления качеством, которая соответствует требованиям стандарта «Система управления качеством. Требования» (ISO 2001:2008). Важнейший принцип и одновременно требование

стандарта ISO 2001:2008 — постоянное улучшение деятельности. Мы постоянно совершенствуем структуру и качество предоставляемых услуг в соответствии с потребностями наших пациентов.

Наша Миссия

Продолжение Рода — основной смысл жизни. Все что мы создаем сегодня, мы стремимся передать своим детям. Дать возможность любящим друг друга людям родить ребенка — главная цель всех, кто работает в нашем центре.

Каждый месяц в медицинском центре «Лада» проводится День открытых дверей, в этот день вы сможете познакомиться с клиникой, узнать много интересного и нового об ЭКО, задать вопросы ведущим специалистам центра.

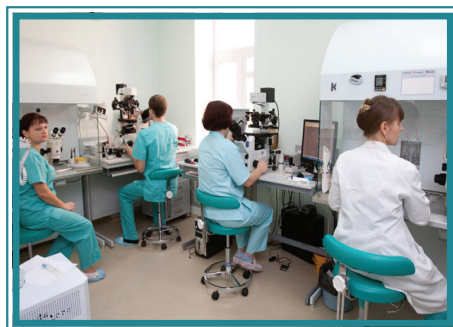
Первичная консультация репродуктолога — бесплатно!

Клиника «Лада» удобно расположена в центральной части города, в новом здании на ул. Среднефонтанской, 19 В.

Если Вы едите к нам издалека, мы рады предложить Вам воспользоваться такими услугами, как:

- Встреча в аэропорту, на железнодорожном вокзале, автовокзале;
- Бронирование гостиницы или апартаментов;
- Заказ такси;
- Услуги переводчика.





Клиника «Надия»

*Клиника «Надия» — место, где сбываются мечты.
 «Наша миссия — дарить семьям возможность стать
 родителями, ведь это неотъемлемая часть жизни»*

Репродуктивные технологии — постоянно развивающаяся отрасль, лучшие ученые мира работают над тем, чтобы усовершенствовать методы искусственного оплодотворения, поэтому клиникам, которые хотят предоставлять пациентам современные услуги, приходится идти в ногу со временем, следить за всеми новинками, обучать персонал, закупать аппаратуру. В этом смысле клиника «Надия» одна из немногих, которая не только была у истоков репродуктивной медицины в Украине, но на протяжении всей истории существования постоянно внедряла новые технологии и повышала результаты успешности ЭКО и других вспомогательных репродуктивных технологий.

«Наша миссия — дарить семьям возможность стать родителями, ведь это неотъемлемая часть

жизни. Каждая беременность для нас — это успех, который дарит радость всем работникам клиники», — рассказал директор клиники Валерий Зукин. — «И для того чтобы таких поводов для радости было все больше и больше мы разработали огромное количество программ лечения бесплодия, которые подходят парам с различным доходом. Кредит позволяет не откладывать лечение бесплодия в долгий ящик, пока вы скопите деньги, а обратиться к врачу прямо сейчас, ведь время в этом вопросе — всегда играет против нас!».

В клинике «Надия» действуют несколько отделений — женская консультация, собственно, отделение лечения бесплодия, оперативная гинекология, отделение медицины плода — в котором занимаются всеми последующими

после достижения беременности анализами, также есть возможность наблюдать беременность.

Для достижения беременности используются такие передовые вспомогательные репродуктивные технологии как ЭКО, ИКСИ, ИМСИ, для избежания многоплодной беременности — селективный перенос одного эмбриона.

Но любая программа корректируется под потребности каждого пациента, ведь в деле фертильности нет однозначных да и нет — но есть индивидуальная история болезни пациента, уникальная и неповторимая, как набор генов в каждом из нас — соответственно, и лечение бесплодия должно быть индивидуальным. Только врачи, которые отказываются от действий по шаблону могут достигать успехов — и помогать парам становиться родителями.

Именно такие врачи много лет работают в клинике «Надия» — репродуктологи со званиями, которые дорожат своим именем, которых рекомендуют знакомым и доверяют им самое ценное — репродуктивное здоровье.



Секреты женской переменчивости или как гормоны делают из нас женщин

Мужчины всегда удивлялись и будут удивляться женской природе — для них мы слишком эмоциональны, ветрены, и как любой ветер — переменчивы. Им никогда не понять, что нам, возможно, самим не нравится быть не властной над своими эмоциями и как следствие — словами и действиями. Ведь именно эта особенность виновата в львиной доле наших ошибок, наших грубых слов, расставаний или сообщений в никуда.

.....
Всем известно загадочное слово «гормоны», но, что они делают в организме, знают далеко не все
.....

Насамомжеделе — мы неистерички, не стервы и все что происходит с нами — вполне логичный и закономерный физиологиче-

ский процесс. Всем известно загадочное слово «гормоны», но, что они делают в организме, знают далеко не все.

Запусти мои процессы!

Гормоны — это такие своеобразные запускатели процессов, они приходят и наводят порядок во всем организме. Одни отвечают за пищеварение, другие за репродукцию, третьи еще за что-то, четвертые за все вместе, пятые за то, чтобы работали первые и третьи, в общем — на первый взгляд, словно кто-то специально создал нас так, чтобы абсолютно запутать.

Мужчины и женщины такие разные потому, что они и правда созданы по-разному. Так, мужские гормоны (андрогены) направлены на то, чтобы развивать мускулатуру, сексуальное жела-

ние и собственно потенцию, они стабильны, они помогают мужчине быть плодовитым до самой старости (если, конечно, он не испортит себе здоровье вредными привычками).

Женские гормоны (эстрогены) частично синтезируются из мужских (помните про Еву из ребра Адама?) — это они делают женщину женщиной. Они помогают нашим формам быть округлыми (не путать с ожирением, округлыми, это значит, что нормальная с точки зрения природы женщина, должна иметь небольшой слой жира, а не быть кожа-да-кости, это придумали не люди — так лучше для репродукции!). Эстрогены обеспечивают женщине то, что называют сексуальностью — блестящие волосы и блеск в глазах, спокойствие и энергетическую наполненность. Такая

женщина притягивает мужчин — они не понимают почему, но на уровне инстинктов — просто потому, что она плодотворна.

Что со мной не так?

Но одна и та же женщина меняется в течение месяца, так как уровень гормонов меняется с течением менструального цикла. С начала цикла уровень эстрогенов повышается и вы чувствуете себя на высоте, вы не знаете, но пока вы просто выпиваете коктейль, заигрывая с понравившимся мужчиной, ваше тело на самом деле готовится к зачатию. И если оно произойдет то, уровень женских гормонов будет расти, к ним еще подключатся гормоны материнства, которые обеспечат течение беременности. А вот если нет, что и происходит чаще всего с современными женщинами — во второй половине цикла, после овуляции, уровень эстрогенов начинает снижаться.

.....
Женские и мужские гормоны дают животным для откорма — (женские — увеличивают количество жира, мужские — мышечной массы).
.....

Тут то на арену выходит та гримза, которая вряд ли привлечет мужчин (если вы не умеете справляться с эмоциями и просто идете у них на поводу). Если понимать нашу природу, то все становится яснее ясного — абсолютно логично, что тело, в котором не произошло зачатие, грустит, мы это можем чувствовать повышенной раздражительностью, сонливостью, беспричинной грустью и жалостью к себе. «Меня никто не любит» — вот основной посыл, который справедливо посылает наша матка (безусловно, через сложную связку гормонов) в наш мозг.

Женские гормоны оказывают успокаивающее воздействие, его дают агрессивным мужчинам в тюрьмах, чтобы они могли справиться со вспышками гнева.

Отклонения от нормы

Все вышеописанное — норма, которая, к сожалению, встречается не так часто. Ведь наш организм система сложная — на нас влияет пища и образ жизни, поэтому гормональный фон в течение жизни может отклоняться от нормы. Недостаточная выработка женских гормонов приводит к оволосению по мужскому типу,

сниженному сексуальному желанию, склонности к депрессии, нерегулярному менструальному циклу или отсутствию менструаций (у тех, у кого от природы мужских гормонов больше, чем женских — маленькая грудь, мышечное тело).

.....
И не забудьте дать почитать эту статью своему мужчине, тогда ему будет легче понять вас в те дни, когда вы рыдаете и обвиняете его во всех смертных грехах
.....

Как видите, гормоны обеспечивают нашу возможность стать матерью и физически, и, так сказать, фактически. Если вы сомневаетесь в том, что ваш гормональный фон в рамках нормы — обязательно обратитесь в врачу (эндокринологу и гинекологу-репродуктологу)! И не забудьте дать почитать эту статью своему мужчине, тогда ему будет легче понять вас в те дни, когда вы рыдаете и обвиняете его во всех смертных грехах.



Наши спонсоры проекта:





**Общественная организация
«Ассоциация доверия «Дети Будут!»**

г. Киев, 01015, ул. Лаврская, 16, оф. 311

тел.:

+38 (044) 221-40-34

+38 (044) 280-55-24

+38 (094) 821-40-34

факс:

+38 (044) 280-55-24

e-mail: info@detibudut.com.ua

сайт: www.detibudut.com.ua