

БРОЙ 9

Октомври 2008

АРТИ



Електронно списание за репродуктивно здраве на клиника САГБАЛ „Д-р Щерев“

Разпространява се безплатно

Повтарящи се имплантационни неуспехи

ОЩЕ В БРОЯ :

- В борбата за дете най-важни са надеждата и мотивацията
- Повтарящи се имплантационни неуспехи. Европейски експерти и български специалисти дискутираха проблема във Варна
- Матката – най-доброто място за ембриона
- Синдром на „изчезващия близък“
- Клиника „Д-р Щерев“ на Пловдивския панаир
- Постите – времето, през което можем да оздравеем

Az-jenata.com

Електронно списание за модерната жена

<http://www.az-jenata.com>

СПИСАНИЕТО СЕ РАЗПРОСТРАНЯВА ПО
ЕЛЕКТРОННА ПОЩА. ЗА ДА СЕ АБОНИРАТЕ,
ИЗПРАТЕТЕ СЪОБЩЕНИЕ С ТЕКСТ
„АБОНАМЕНТ“ НА АДРЕС: press@ivf-bg.com

Повтарящите се имплантационни неуспехи



Когато въпреки всичко, все не се получава...

Когато отново и отново се поражда надежда, че следващият път ще бъде успешен...

Какво е това, което ни крепи? В какво вярваме и се уповаваме?

Понякога това е човекът до нас, Човекът с когото споделяме болката си и преминаваме през ада на отчаянието...

Понякога това е лекарят, неслучайно наричан още „доверен лекар“, към който таим безпрекословно доверие и почитание...

Понякога се уповаваме на природата или Бог и с надежда търсим помощ отвън...

Един триъгълник, едно уравнение, чието решение непрестанно се опитваме да намерим.

Това бе и една от причините да съберем на едно място високо ценени специалисти по репродуктивна медицина и заедно да обсъдим проблема, известен в медицината като „повтарящи се имплантационни неуспехи“ – един от най-трудните за преодоляване проблеми при прилагането на Асистиран репродуктивни технологии.

В този брой ще ви запознаем с най-интересното по темата от гледна точка на специалистите по репродуктивна медицина, ще ви представим и психологическата страна на въпроса през погледа на нашия психолог, ще ви поднесем и историята на наша пациентка, преминала през дългия път на очакването, отчаянието и надеждата.

И все пак нека никога не забравяме – изход винаги има!

А решението на проблема най-често е в самите нас!

Июана Тодорова
гл. редактор

В БОРБАТА ЗА ДЕТЕ НАЙ-ВАЖНИ СА НАДЕЖДАТА И МОТИВАЦИЯТА



Ани Коцева, психолог
САГБАЛ „Д-р Щерев“

Невъзможността за забременяване поставя на изпитание всяка жена, независимо от това дали се чувства готова да бъде майка и да отгледа дете. Но ако наистина иска и е решена, създадени са всички условия за появата, двойката се лекува, а не се получава? А когато наистина е готова, желае дете, но то не се появява?

Понякога битката може да продължи с години – една, две... Никой не знае колко и не може да даде гаранция, че болката, мъката и усилието си заслужава да бъдат изтърпени, защото ще има ли накрая положителен резултат? Единственото, което повлиява, е надеждата и мотивацията да се продължи.

Мотивацията включва целева насоченост на поведението на човека и изисква получаването на пряка и своевременна връзка между

целенасочените действия и постигнатите резултати. Крайният резултат винаги има субективно значение и психологическа ценност. Мотивацията може да бъде вътрешна и външна.

В какво се изразява вътрешната мотивация за жена, преминала през няколко неуспешни опита с Асистиранни репродуктивни технологии (АРТ)? Забързани в ежедневието си, често забравяме, че сме биологични същества. Изгубени сред опитите да организираме „високо“ живота си, често не обръщаме внимание на сигналите на тялото или душевните вълнения. Но обективният поглед показва, че биологичното не може да бъде постоянно пренебрегвано. Тази наша част изисква да ѝ се обърне внимание.

Човешките потребности и ни мотивират към стремежи и цели, които задоволяват тези потребности. На определен етап от развитието на човека се активира инстинктът за продължение на живота и в частност – майчиният инстинкт. Жената трябва да стане майка, защото в противен случай животът ѝ изглежда празен, безсмислен, ненужен – не може да бъде живян.

Бъдещето изглежда изгубено. И като се обобщят споделянията на многото жени, които минават нееднократно през процедурите, може да се направи извод, че фазите в повечето случаи следват както при описаните от доктор Елизабет Кюблер-Рос фази на скърбене:

Отричане: „Това не може да ми се случва“

Гняв: „Защо ми се случва?“ „Кой е виновен?“

Пазарене: „Ако това отmine, аз ще...“

Депресия: „Нямам сили за нищо“

Приемане: „Приела съм това, което се случва/се случи“

Самата доктор Елизабет Кюблер-Рос споделя, че тези фази са относителни и преживяването е индивидуално, така както е и всяка отделна личност.

Да поговорим за външната мотивация. Тя може да бъде предизвикана от обстоятелства около човека, „навън“ от него. Тези обстоятелства могат да бъдат от различно естество и с широк диапазон. Като външен мотиватор може да се разгледа амбициозността на родителите, че ето: с всичко до момента са се справили и само детето остава да се появи, за да бъде животът перфектен, а също и обвиненията – скрити или явни – от страна на близки и роднини. За това значение имат и културалните особености. В традиционната християнска култура например Богородица е много почитана, майчинството е свещено. Ценността на жената като че ли се измерва само с майчинството. Затова е показателен и изразът, който една пациентка използваше за разделението на жените с деца и тези без деца – РЕАЛИЗИРАНА МАЙКА, която според нея беше достойна за уважение жена и така наречените, от нея – нереализирани майки, към които и тя самата се причисляваше – достойни за презрение в хорските очи.

Когато въпросът касае появата на дете в семейството, външната мотивация обикновено е по-слабо застъпена. По-силна е вътрешната мотивация – за продължение на живота. И става дума предимно за жената, защото в нейното тяло се извършва тайнството на зачеването, а в случая с прилагане на АРТ отново нейното тяло и физиология са изложени на пряка манипулация.

Това не означава, че с мъжа не се случват процеси, но те са най-вече в психичен план. Сътрудничеството между партньорите по време на лечението е един от най-важните фактори, които помагат да премине

по-бързо процесът на скърбене и двойката да се ориентира към нова процедура.

Лекарят, извършващ процедурите, става важна фигура в живота на двойката и затова от изключителна важност е лекарската подкрепа и обсъждането на алтернативите за лечение. Друго, което помага да се съкрати процесът на скърбене, е приемането и позволеното да се изживеят чувствата (да не останат подтиснати). И тогава, след фазата на приемане, отново може да се роди надежда, че следващият опит ще бъде успешен.

И всеки участник в процеса търси

решение в зависимост от своята компетентност.

Лекарите проверяват всички възможни причини за неуспех и препоръчват преминаване от по-леките към по-агресивни процедури постепенно. Понякога, след поредица от опити, незавършили по желаниния начин, те препоръчват почивка и предлагат на двойката да обсъди и други алтернативи, за да станат родители. Понякога двойките продължават до края. А той настъпва тогава, когато решат да променят стратегията или тогава, когато след множеството неуспехи, настъпва желаната бременност.

„Повтарящи се имплантационни неуспехи“ Европейски експерти и български специалисти дискутираха проблема във Варна



Проф. Станимир Кюркчиев
имунолог, консултант към
САГБАЛ „Д-р Щерев“

При прилагане на Асистиранни репродуктивни технологии (АРТ) за лечение на безплодието един от най-честите и трудни за преодоляване проблеми е състоянието на повтарящите се имплантационни неуспехи: въпреки добри нива на хормони, добро състояние на лигавицата на матката и отлично качество на ембриона, не се развива бременност.

В изпълнение на политиката на Европейското дружество по човешка репродукция и ембриология (ESHRE) за разширяване на дейността на организацията, Специалната група по интереси „Ранна бременност“ в сътрудничество с Института по репродукция и САГБАЛ „Д-р Щерев“ организира и проведе Лятна школа за млади акушер-гинеколози и ембриолози, посветена на проблемите на повтарящите се

неуспехи при имплантацията след прилагане на АРТ. Организираната среща беше проведена между 26 и 28 септември 2008 г. в курорта Златни пясъци край Варна.

За участие в школата бяха поканени млади акушер-гинеколози от нашата страна, като изискванията към тях бяха формулирани според изискванията на ESHRE, а именно: да бъдат по-млади от 40 г., да имат добър английски език и да имат интереси в областта на лечение на безплодието.

При подготовката на школата бяха отправени писмени покани за участие към всички центрове и клиники за лечение на стерилитета чрез АРТ. Тези изисквания на ESHRE се основават на идеята, че новите достижения в методите за лечение на стерилитета, както и новите форми на организация на здравната

помощ в тази насока, трябва да бъдат добре познати именно на младите специалисти, работещи в тази област.

Програмата на школата беше подготвена, така че да дава максимална възможност за непосредствено общуване между лекторите и участниците. За постигане на тази цел, освен лекциите на поканените специалисти, беше включена и рубрика „Докладване на клинични случаи“. С тази рубрика се създаде възможност за младите специалисти да представят на вниманието на всички участници свои конкретни пациенти и да обсъдят случаите.

Изборът на лектори и покана към тях за представяне лекции по определена тема бяха направени от Roy Farquharson (UK), който е координатор на Специалната група по интереси „Ранна бременност“ при ESHRE. Избраните лектори са акушер-гинеколози с международно признание и активно работят като ръководители на клинични екипи, прилагащи основно АРТ за лечение на стерилитета.

По своята тематика представените лекции биха могли да бъдат разделени в две основни групи:

а) лекции, разглеждащи различни теоретични аспекти на повтарящите се неуспехи на имплантация;

б) лекции, третиращи отделни клинични състояния, свързани с нарушения на имплантацията.

Професор Хуан Гарсия Веласко (Мадрид, Испания) представи много обширни данни по въпросите на патофизиологичните механизми, които са в основата на повтарящите се имплантационни неуспехи. Според проф. Веласко факторите, които имат значение за неуспеха, се разделят на:

а) причини от страна на майката – напреднала възраст, промени на

маточната кухина като полипи, субмукозни миомни възли, вътрематочна преграда, нарушения на кръвосъсирването, имунен отговор и т.н.;

б) генетичните нарушения в ембриона.

За оценка на значението на различните фактори се прилагат разнообразни доклинични и лабораторни подходи и методи, които бяха представени много критично от лектора. Особено внимание беше обърнато на уменията да се извършва пренасяне на ембриона в матката след ин витро оплождане под ултразвуков контрол, като беше подчертано значението на т. нар. „човешки фактор“ на клиничното умение на лекаря, извършващ манипулацията.

Доц. Атанас Щерев (София, България) представи задълбочено и убедително особеностите на ендометриума, които определят най-подходящата среда за развитието на ембриона и факторите, които нарушават тези оптимални условия и водят до неуспехи на имплантацията. Клетъчните и молекулни механизми, които са в основата на диалога между майката и развиващия се плод, бяха представени и обсъдени в подробности. Доц. Щерев очерта и направленията, в които трябва да се разработват начини за преодоляване на възможните нарушения, причиняващи имплантационни неуспехи.

Проф. Ник Екзалто (Ротердам, Холандия) представи нови данни за начина, по който се осъществява образуването на кръвоносни съдове след имплантацията и какви са възможните нарушения на този процес. Нарушаването на естественото и оптималното протичане на образуването на нови кръвоносни съдове е пряко

свързано с прекъсването на бременността в най-ранните стадии. Тези патологични състояния трудно могат да бъдат разграничени от неуспешната имплантация и трудно могат да бъдат диагностицирани, предотвратени или лекувани със средствата, които са на разположение на лекарите в настоящия момент.

Проф. Станимир Кюркчиев (България) представи оригинални данни, чрез които се доказва наличието на мезенхимални стволови клетки в човешки ендометриум и човешка децидуа (специализирана тъкан в матката). Тези клетки проявяват свойства да се диференцират под действието на стероидни репродуктивни хормони (естрадиол, прогестерон) в клетки, секретирани пролактин, т.е. хормон с особена роля в бременността. А под действието на други фактори клетките се диференцират като остеогенни, адипогенни и хондрогенни клетъчни линии. Изказва се мнението, че след разработване на методи за направляване активността на подобни клетки, ще се разкрият нови подходи за направляване развитието на ендометриума, което е необходимо условие за успешна бременност.

Проф. Оле Кристиансен (Копенхаген, Дания), на базата на собствени клинични изследвания, представи своите виждания за бъдещите насоки на теоретичните и клинични изследвания върху проблема на повтарящите се имплантационни неуспехи. В това отношение се разчита на въвеждането на нови диагностични методи, основани на достиженията на молекулярната биология и химията.

Д-р Аня Пинборг (Копенхаген, Дания) разгледа подробно клиничните състояния, при които

има начално развитие на два ембриона, като в последствие единият от тях загива вътреутробно (т.нар. „изчезващия близък“), както и последствията от това състояние. Представени бяха данни, които показват, че 15% от ражданията на едно дете след ин витро оплождане са резултат от бременност, започнала с повече от един плод. Статистически данни убедително доказват, че в случаите с „изчезващ близък“ по-често се установява ниско тегло при раждане и неврологични увреждания. Проф. Яна Скжипчак (Познан, Полша) представи съвременното състояние на един твърде оспорван проблем, а именно значението на анти-фосфолипидния синдром за развитието на бременността. Специално внимание беше обърнато на участието на анти-фосфолипидните антитела при повтарящи се имплантационни неуспехи, като беше още веднъж подчертано, че еднозначно не може да се потвърди или отхвърли тяхното значение като патогенетични фактори.

Прилагането на интравенозни имуноглобулини (Immunovenin, Sandoglobin) като метод за имуномодулация при пациентки с повтарящи се имплантационни неуспехи беше разгледано твърде подробно и критично с цел да се очертаят точно клинични и лабораторни индикации. Д-р Ема Кърк (Лондон, Великобритания) разгледа възможностите за диагностика на ектопична бременност чрез трансвагинална сонография, като подчерта, че тубарната бременност, макар и най-честата, не е единствената форма на ектопична бременност. В подробности бяха описани белезите, откривани при прегледа, които биха подсказали наличието на ектопична бременност и които налагат повторни подробни прегледи. Проф. Рой Фаркхарсон (Ливърпул, Великобритания) в своята лекция представи общото мнение на Специалната група по интереси за необходимостта да бъдат организирани т. нар. Клиники (Центрове) за ранна бременност. Основната идея на авторите е, че всички проблеми на ранната бременност трябва да бъдат оценени и третирани от екип от различни специалисти,

подкрепени от звена, осигуряващ лесен и бърз достъп на пациентките и подкрепа от мощна лаборатория. Във Великобритания е създадена мрежа от клиники за ранна бременност и на основата на опита от тяхната дейност са разработени „Правила за изследване и лечение на повтарящи се аборти“ (Human Reproduction, 2006, 21, 2216).

В работата на Лятната школа за млади акушер-гинеколози, организирана от ESHRE, участваха 42 млади акушер-гинеколози и ембриолози от България, Македония, Испания. Следва да се подчертае, че всички заседания протичаха с подчертана активност от страна на младите участници, при което пролича тяхната висока професионална и езикова подготовка.

Всички лектори от ESHRE подчертаха своята висока оценка за квалификацията на участниците и факта, че в България работят специалисти, които са на нивото на европейските си колеги.

Бих си позволил да изкажа своето убедено мнение, че организираната Лятна школа беше твърде полезно научно събитие. Организирането на подобни срещи трябва да бъде подкрепено от нашата общественост, заинтересуваните фирми и пациентски организации.



Матката – най-доброто място за ембриона

Презентация на доц. Атанас Щерев



Доц. Атанас Щерев
основател и консултант на
САГБАЛ „Д-р Щерев“

Да, наистина матката е най-доброто място за ембриона, но има много фактори, които могат да повлияят негативно на естественото протичане на зачеването и бременността. Ние се опитваме и можем да преодолеем много от тях, но предпоставката за това е да ги познаваме в дълбочина.

Фактори, влияещи върху процеса на имплантация

Механични – вродени или придобити маточни малоформации, полипи, сраствания, миомни възли
Възпаления

Имунологични фактори

Структура на маточната лигавица (ендометриум) и комуникация майка-ембрион

Ендометриоза

Синдром на поликистозните яйчници

Под влиянието на хормони маточната лигавица претърпява някои типични промени по време на менструалния цикъл. Редица клинични опити показват, че дебелината и структурата на ендометриума са от голямо значение за резултата от Асистирани репродуктивни технологии (АРТ). Въпреки това информацията за влиянието на тези фактори върху резултата от АРТ е ограничена.

Изследване, чиито резултати са публикувани през 2007 г., показва, че дебелината на маточната лигавица е значително по-голяма при жени с успешна вътрематочна инсеминация в сравнение с тези с процедура, завършила без оплождане. Изследвани са 249 двойки, подложени се на 562 инсеминации, като на анализ са подложени различни фактори: възраст, продължителност на стерилитета, последователност на опитите, анализ на отклоненията на сперматозоидите, дебелина на ендометриума.

Сбор от фактори влияят върху процента успешни забременявания. По отношение на маточната лигавица възможните критерии са: кръвоснабдяване на ендометриума, вида и дебелината му. Въпреки това различните изследвания показват различна степен на значимост на дебелината на маточната лигавица за крайния резултат от АРТ.

През 2007 г. са оповестени данни от проучване, направено сред 132

двойки. Проследена е дебелината на ендометриума преди стимулацията за АРТ, на шестия ден от стимулацията и в деня на изследване на hCG (ЧХГ – човешки хорион-гонадотропин, който се произвежда по време на бременност). Резултатите сочат, че при забременелите жени дебелината на ендометриума е по-голяма на 6 ден от стимулацията и в деня на изследване на hCG в сравнение с жените, при които не е настъпила бременност. Отделно, в групата на успешно заченалите жени се отбелязва увеличение на дебелината на маточната лигавица от началото до шестия ден от стимулацията. Заключение от това проучване е, че реакцията на ендометриума и дебелината му в ранна фаза на процедурата са подобър критерий за прогнозиране на изхода от АРТ в сравнение с отчитането на дебелината на маточната лигавица съответно в началото и в самия край на стимулацията.

Подготвянето на ендометриума за имплантация започва по време на месечния цикъл и продължава след зачеването под влиянието на различни хормони като естроген, прогестерон, ЧХГ. Доброто кръвоснабдяване на маточната лигавица е от голямо значение за нейната възприемчивост по отношение на имплантацията и добрата комуникация между майката и ембриона. Смущения в кръвоснабдяването ѝ се отразяват върху честотата на усложненията при бременност като ранен аборт, прееклампсия или забавяне в

Имплантационната възприемчивост е резултат от устойчивото взаимодействие между факторите на развитието на кръвоносните съдове, плацентата и нейните рецептори.

По време на движението на оплодената яйцеклетка през фалопиевата тръба и преди самата имплантация, ембрионът директно комуникира с маточната лигавица посредством различни вещества, които отделя. Чрез тези своеобразни сигнали той подготвя възприемчивостта на ендометриума за предстоящата имплантация. Такава комуникация обаче няма при ембриотрансфера, който е част от

ин витро процедурата например. Чрез различни изследвания обаче е доказано, че процента на успешни имплантации и бременности, както и стойностите на ЧХГ, са значително по-високи при тези пациентки, чиято маточна лигавица е стимулирана преди ембриотрансфера.

Локална имуномодулация на ниво маточна лигавица – така се нарича изолирането на клетки на имунната система, обработването и поставянето им в маточната кухина ден преди самия ембриотрансфер. По този начин се подобрява имунологичната възприемчивост на маточната лигавица към поставените ембриони.

Тази процедура се прилага при пациентки с получени ембриони с много добро качество, но при предишни неуспешни опити с АРТ.

Друга съвременна технология, която се прилага успешно, е стимулирането на нарастването на маточната лигавица посредством нанасяне на микро-лезии. Процедурата представлява нанасяне на минимални лезии чрез щрих-абразиво върху маточната лигавица с предшестваш ин витро процедурата цикъл. Така се провокира нарастването на ендометриума в следващия цикъл, когато е планиран ембриотрансфер.

Синдром на „изчезващия близък” Презентация на д-р Аня Пинборг



Д-р Аня Пинборг
специалист по
репродуктивно здраве
Дания

Синдромът на „изчезващия близък” определя тези случаи, при които след документиране на многоплодна бременност се стига до изчезване на един от двата плодни сака или ембриона. Такъв тип спонтанни редукции са възможна причина за повишаване

на заболяемостта при децата, родени след ин витро процедура.

Малко статистика:

5% от децата се раждат в следствие на ин витро.

През 2004 г. 22.7% от реализираните в Европа Асистиранни репродуктивни технологии (АРТ) са довели до двуплодна бременност.

10% от ин витро бременностите, завършили с раждане на едно дете, всъщност започват като многоплодна бременност.

Последният факт до голяма степен може да обясни увеличаване на риска от преждевременно раждане.

Синдромът на „изчезващия близък” е обект на все повече изследвания. Тяхната цел е да определят доколко разпространена е спонтанната редукция при дву- и триплодни бременности, получени в резултат от ин витро/ИКСИ процедури. И още: да се сравнят краткосрочната и дългосрочната заболяемост при

оцелелия след редукция и роден близък. А ето и някои от изводите и резултатите от тези изследвания.

Гестационната възраст и теглото при раждане са обратно пропорционални на броя на плодните сакове. Това сочи изследване, проведено сред 5962 деца, родени след АРТ.

На база проучване, направено сред 6377 деца, родени след ин витро, може да се направи изводът, че ниското тегло при раждане е по-характерно при бременности, при които в начален етап е локализиран повече от един ембрион.

Рискът от церебрална парализа е по-висок при бременности, завършили с раждане на по-малко деца от броя на първоначално трансферираните ембриони.

Основните изводи, които могат да се направят от изложеното дотук, и посланията, които трябва да достигнат до по-широка аудитория,

Синдромът на „изчезващия близък“ се наблюдава при 10% от бременностите, настъпили в следствие на ин витро.

Съществува връзка между следните фактори: по-ниско от нормалното за гестационните седмици развитие на плода – преждевременно раждане – ниско тегло при раждане – смъртност.

Риск от церебрална парализа.

По-висок риск при „изчезване“ на близка в по-напреднала фаза от бременността.

Това са все аргументи в защита на позицията, че е необходимо намаляване на броя на трансферираните ембриони максимално – до достигането на етап, при който в организма на майката се връща само един.



Историята на Соня

Здравейте!

Казвам се Соня, на 40 години съм и живея в малък град. Искам да ви разкажа как след 4 ин витро опита не се отказах да забременея.

Преди 8 години се запознах с един мъж и заживяхме заедно. Съвсем естествено се появи желанието да имаме дете, но с месеци нищо не се получаваше. Тогава за първи път отидох на лекар. За моя изненада, той ми предписа някакви билки, които пих известно време и не ми помогнаха. Наложих се да потърся друг лекар. Тогава ми откриха миома на матката и това ме съкруши. Започна едно безкрайно ходене по мъките, от лекар на лекар, докато една приятелка не ми каза за доц. Щерев, който тогава оперираше в „Майчин дом“. Доц. Щерев ми направи успешна операция и с приятеля ми повярвахме силно, че ще имаме свое дете.

Възстановявах се една година и пак започнахме да опитваме. Но всеки месец тестът беше отрицателен.

Тогава отидохме в клиниката на доц. Щерев и си направихме пълни изследвания. Оказа се, че проблемът е в партньора ми, въпреки че има дете от предишния си брак. Спасението за нас се оказа методът ИКСИ - взеха негови сперматозоиди и ги инжектираха в моя яйцеклетка.

Когато дойде моментът да поставят ембрионите в мен, и двамата много се вълнувахме. Толкова дълго чакахме този момент. Първият тест за бременност бе слабо положителен, чертичките бяха много бледи. Ембрионът така и не успя да се закрепим.

Решихме да не се отказваме и да продължим напред. Направихме още два опита за ин витро, и двата – неуспешни. През това време в отношенията ни настъпи хлад,

започнахме да се караме. На последния ин витро опит приятелят ми изобщо не дойде и след това се разделихме. Не мога да ви опиша самотата от това да изгубиш любимия и да не можеш да имаш дете. Тогава си обещах, че няма да се откажа дори след десетия опит и ще направя всичко по силите си, за да имам дете. Моралната подкрепа на лекарите в клиниката ме зареди с оптимизъм. За петия ми опит за забременяване решихме да използваме донорска сперма. Въпреки че нямаше резултат, продължих да упорствам и да вярвам, че ще успея.

Преди петия опит се оказа, че фоликулът ми не е спукан и нещата няма да се получат. Бях изморена от пътуването до София, нямаше никой до себе си, не знаех какво да правя. Тогава един от лекарите намери спортен екип и ме накара да отида във фитнес зала и да се натоваля

силно, за да се спуска фоликулът. Цял час тренирах усилено в първата зала, която намерих. Когато се върнах в клиниката, веднага ми направиха инсеминация и... забременях. След четири години, след четири неуспешни опита и раздялата, сега нося в себе си една малка рожба. Решила съм да отгледам детето си сама и да му дам най-доброто. Мили жени, не се отказвайте, не обръщайте гръб на мечтата си, когато се сблъскате с трудности. Винаги има надежда!

Историята на Соня беше сред първите в класацията на специален конкурс за история, провел се сред пациенти на САГБАЛ „Д-р Щерев“ преди 2 години.

Клиника „Д-р Щерев“ на Пловдивския панаир



От 22.10.2008 г. до 25.10.2008 г. за първи път в Пловдив се проведе специализираното изложение „Профилактика на репродуктивното здраве“ в рамките на международната изложба „Медикус, Денто, Галения“.

Първият ден на събитието включваше Кръгла маса, на която освен представители на институции, браншови сдружения, специалисти по репродуктивна медицина, активно участие взеха доц. Атанас Щерев и проф. Станимир Кюркчиев – консултанти на САГБАЛ „Д-р Щерев“ и утвърдени специалисти в областта на репродуктивното здраве.

През втория ден се проведе курс за общопрактикуващите лекари по проблемите на стерилитета.

В лекционния курс взе участие д-р



Татяна Арабаджи – акушер-гинеколог от САГБАЛ „Д-р Щерев“. Тя запозна аудиторията с необходимите изследвания и най-важните стъпки, които трябва да се

предприемат при пациенти със стерилитет.

През следващия ден от инициативата в Пловдив акушер-гинеколозите д-р Даниела Савова и д-р Мария Юнакова консултираха пациенти с проблемно забременяване. След проведените от специалистите от Клиника „Д-р Щерев“ разговори с пациенти, съветът на лекарите е:

Младите жени да се обръщат достатъчно рано и навреме към специалисти по репродуктивна медицина!

Голям интерес и весело настроение на щанда на Клиника „Д-р Щерев“ предизвикаха яйцеклетката и сперматозоида, които раздаваха брошури на клиниката на всички посетители.



Постите – времето, в което можем да оздравеем

Според православния календар подготовката за най-големия християнски празник – Рождество Христово – се предхожда от Коледния пост, който продължава 40 дни (от 15 ноември до 24 декември включително).

Какво означава това?

В доминиращата ни национална традиция българското население, като една масова практика, се е подготвяло за най-големия църковен празник – Рождество Христово (Коледа) с подобаващо дълъг период на духовно и физическо усърдие. Всъщност, „на пост“ означава да си „на стража“, т.е. да бъдеш духовно и телесно като войник на своя пост. „Positus“ на латински означава „поставен“, в случая поставен на стража войн.

Приема се, че всеки християнин следва да бди в този период по един по-особен начин за своето духовно и телесно пречистване и израстване. С други думи, постът е период на обновление, вътрешно обръщане (metanoia), на завръщане към себе си и Бога, който е там.

В ортодоксалната християнска традиция човешкото тяло винаги се е интерпретирано като органична и неизменна част от личността на човека. Неслучайно в една от основните вероизповедни формули на християните – Апостолският символ на вярата („Верую“, „Credo“), се използва изразът „Възкресение на телата“, т.е. „на плътта“ („carnis resurrectionem“).

Тялото е част от човека и без него той е непълноценен, включително в духовен смисъл. И наистина, ако помислим, когато сме здрави и бодри, здрав и бодър е и нашият дух. И обратно – болният човек обикновено е унил, песимистичен, раздразнителен и дори озлобен. Нашето здраво или болно тяло влияе на нас самите много повече, отколкото предполагаме. Тази наивна и подсъзнателна връзка е известна от древност. Неслучайно още Ювенал казва „Здрав дух в здраво тяло“. Трудно е да бъдем много добри, когато сме болни! Тъкмо тази естествена и органична зависимост е предмет на религиозния пост. Затова той е не просто морален и духовен пост, а също така и задължително телесен, физиологичен пост. И там, където тази двойна традиция е забравена, там болестите растат.

Какво е правил българинът по време на Коледния пост?

От историческите източници, останали от онова време, се вижда, че нашите прабаби и дядовци всъщност повече от двеста дни в годината са били в пости! При това е установено, че постите са спазвани поголовно и стриктно, включително и от децата. Никой не е готвел на децата отделно, те са консумирали също постна храна двеста дни в годината!

А постна храна означава: растителна храна без никакви животински продукти.

Нека повторим: Нашите прадеди, за да бъдат здрави, повече от двеста дни в годината не са консумирали месо, млечни продукти, яйца. Нещо повече – в миналото българинът не е разполагал и с растително олио и следователно не го е използвал в този период! В църковния календар е разрешено само в празнични дни по време на поста риба и елей (когато го е имало). И нека добавим, че в православния календар и до ден днешен няма корекция: канонът и сега, както и преди, предлага същия църковен пост!

Защо това е така?

Защо е толкова важно да се налага така масово на населението въздържание от всякаква животинска храна около двеста дни в годината?

В близкото минало на поста се гледеше като на отживелица. Нещо повече – като на недомислие, като оправдание за недоимъка, като мазохизъм и социална психопатология дори.

Известно е обаче, че масовите народни традиции крият обикновено някакъв много важен и задължителен за оцеляването „архетип“ (модел). Днес ученици-специалисти по хранителна антропология с учудване установяват, че постите така, както са практикувани, осигуряват една перфектна профилактична и лечебна програма на населението. Удивителна е мъдростта, с която по време на пост се забраняват тъкмо

животинските продукти. Защо? Защо не са забранени примерно морковите, бобът или житото да кажем? Учените днес знаят, че човешкият вид *Homo sapiens* има точно определена хранителна формула. Ако тя се нарушава системно, човек се разболява. Това е така, защото тъкмо животинските храни, като нерегулярна храна за човека, облагат организма с отпадни вещества, които запушват органите и системите му. Така той развива на вид различни заболявания (високо кръвно налягане, исхемична болест на сърцето, диабет, артрит, язва, колит и т.н.), които всъщност имат един общ корен. Когато ние чрез поста прочистим организма си, тези заболявания, независимо от тяхното име, постепенно си отиват. За съвременната медицина това все още е странно, но за природата е основният път за екологично равновесие и здраве.

Как можем да постигнем здравословно?

Известно е, че един неумело проведен пост може и да разболява. Човек може да развие анемия и други дефицитни състояния, може да качи и излишни килограми дори. Затова е изключително важно да знаем, че постната храна, която използваме, трябва да бъде добре балансирана.

Тайната на здравето е тайна на баланса, на равновесието

Здравото тяло не трябва да има нито излишъци, нито недоимък. Много често при болния човек има и двете едновременно.

Ние се нуждаем от 5 основни групи нутриенти (хранителни вещества): белтъчини, въглехидрати, мазнини, витамини и минерали. Първите три се наричат макронутриенти и са необходими в по-големи



количества. Вторите две се наричат микронутриенти и се нуждаем от тях в малки, но задължителни количества.

При трайна недоимъчност или излишък на който и да е нутриент, ние се разболяваме постепенно. Но как можем да изчислим необходимата ни пропорция? За щастие това не е необходимо! Природата има друг подход. Тъкмо затова здравето е достъпно дори (и най-вече!) и за животните! Ние просто трябва да си припомним коя е нашата човешка, видова храна и да я използваме в нейната пълнота и разнообразие.

От една страна, постите са период, в който ние се връщаме към нашата естествена видова храна, която ни е отредена от природата и която гарантира нашето здраве. От друга страна, постната храна, лишена от животински продукти, следва да е умело балансирана, за да не ни уврежда. А това става по следния начин:

На практика всекидневно в нашия хранителен порцион по време на пости трябва да присъства следната

формула:

зърнени култури + бобени варива + сурови ядки

Зърнени култури са: ориз, царевица, елда (гречка), жито, лющено просо и овес, булгур, киноа и др.

Бобени варива са: нахут, леща, грах, соя, боб, бакла.

Сурови ядки са: бадем, орех, лешник, тиквено семе, лющен слънчоглед, смлян сусам, шамфъстък, кайсиева ядка и др. (без фъстък!).

Желателно е комбинирането поне в рамките на деня на възможно повече от изброените култури. Само по този начин широкият спектър от семена може да осигури хранителния баланс и в частност приема на необходимите ни пълноценни белтъчини. Основният пропуск на вегетарианците и най-честата грешка по време на пости е тъкмо недоимъкът на пълноценни растителни белтъчини. Смесването на зърнени култури + бобени варива + сурови ядки осигурява всички необходими аминокиселини – „строителните тухлички“ на белтъчините. Осем (девет) от тях, наречени „незаменими“

(„есенциални“) трябва редовно да приемаме с храната си, в противен случай няма пълноценен биосинтез на белтъчини в нашия организъм. В резултат на това настъпват дисбаланси и в пропорцията на другите основни нутриенти, както и в цялата организмова обмяна.

Другото важно правило е да осигуряваме на всяко хранене порция сурова растителна храна: плодове и зеленчуци. Плодовете като сладка храна се консумират винаги на гладно и никога не за десерт върху друга храна или смесени с нея. В противен случай захарите в тях ферментират и ни интоксикират. Суровите сезонни зеленчуци (моркови, ряпа, гулия, пащърнак, целина, хрян и т.н.) можем и трябва да консумираме като салата преди или по време на всяко основно хранене, което включва гореспоменатата формула. Вместо с олио, можем да омазним храната си със смлени ядки (орехи и др.), както и с предварително обезсолени чрез изкисване зелени



маслини без костилка, които след това можем да пасираме на пюре. Смесени, смлените сурови ядки и безсолното маслинено пюре дават една чудесна и вкусна „майонеза“, която можем да подправим с чесън и лимон и да добавим към всички ястия.



Всъщност, с добро умение една постна кухня може да се превърне и в един кулинарен деликатес! А със своя пълноценен състав на човешка, видова храна, тя ни профилактира и лекува.

Всеки здрав човек може и следва да пости така, както нашите прадеди са го правели, за да бъдат едни здрави българи, годни дори за тежък физически труд. Болният човек има не по-малка нужда да пости, напротив – дори по-голяма!

Тъкмо това е пътят за неговото здраве, защото е път към собствената му човешка природа. За болния обаче постът следва да се провежда задължително под лекарско наблюдение по индивидуално съставена програма. И никога самодейно не бива да се спират изписаните до този момент лекарства.

Какво по-прекрасно от това да знаем вече, че постът не е период на измъчване и лишение, а обратно - период на възстановяване и радост! Защото най-щастлив всъщност е здравият човек !

ИНФОРМАЦИЯ ЗА КЛИНИКА „Д-Р ЩЕРЕВ“



<http://www.ivf-bg.com>



Нашето "репродуктивно" семейство е създадено от доц. д-р Атанас Щерев преди повече от 19 години, когато на бял свят дойдоха първите ин витро бебета в България. През всичките тези години то винаги се е стремяло да привлича нови квалифицирани членове, специалисти в акушерството и гинекологията, ембриологията, имунологията, лабораторните изследвания и прецизна диагностика. **Защото опитът е най-голямо значение за успеха.**

Добрата душевност и сплотеност на нашата "репродуктивна" фамилия е помогнала на бял свят да се родят над 1000 здрави деца от процедури като in-vitro оплождането или ICSI и над 2000 бебета, заченати при други процедури дали шанс за създаване на потомство. Такива процедури наричаме АРТ (асистирани репродуктивни технологии), което не случайно в превод от английски означава "изкуство".

ПРИ НАС ЩЕ НАМЕРИТЕ:

- Екип от доказани, опитни професионалисти, които практикуват най-модерните асистирани репродуктивни технологии
- Прецизна диагностика
- Всички изследвания под един покрив в реномираната лаборатория на клиниката
- Собствено родилно отделение с безупречни санитарни стандарти
- Стационар с комфортно и уютно обзавеждане
- Клиниката разполага с отделение за криопрезервация
- Клиниката има присъдени максималните 5 звезди от Министерство на здравеопазването



- В сърцето на София, на 5 минути от църквата Св. Неделя
- Спокойно и тихо място
- Собствен, обширен охраняем паркинг
- Дискретно кафене в клиниката

Адрес: гр. София, ул. "Христо Благоев" № 25-31
Тел: +359 2 9200901