

Ольга Панкова тренер цигун, кандидат медицинских наук,
врач-гинеколог

Материнство от зачатия до родов

Лучшие достижения
древнекитайской
и традиционной
медицины
для каждой
женщины



- **Обследование перед беременностью**
- **Древнекитайские секреты подготовки к зачатию**
- **Эффективные рецепты сохранения беременности**
- **Медитации для будущих мамочек**
- **Современные методики лечения бесплодия**

Ольга Панкова

Материнство. От зачатия до родов

«ЭКСМО»

2012

Панкова О. Ю.

Материнство. От зачатия до родов / О. Ю. Панкова — «Эксмо»,
2012

Книга, которую вы держите в руках, уникальна по своему содержанию. Ольга Панкова расскажет о последних достижениях современной медицины и лучших рецептах восточных практик в области репродуктивного здоровья и психологии, которые помогут каждой женщине стать мамой. Ее методика основана на глубоком знании в области гинекологии и древнекитайской медицины. Эта книга будет вашим путеводителем и поможет предотвратить те опасности, которые могут подстеречь на пути материнства.

© Панкова О. Ю., 2012

© Эксмо, 2012

Содержание

От автора	5
Часть 1. Исцеляем тело	6
Обследование перед беременностью: 8 важных этапов	6
Этап 1. Посещение гинеколога: три кита обследования	6
Этап 2. Обследование у стоматолога	7
Этап 3. Консультация терапевта	7
Этап 4. Выявление TORCH-инфекций	8
Токсоплазмоз	8
Краснуха	9
Цитомегаловирусная инфекция	10
Герпес	11
Выявление антител к TORCH-инфекции: как поможет?	12
Этап 5. Обследование на половые инфекции	13
Этап 6. Выявление опасных инфекций	15
Этап 7. Определение резус-фактора	16
Этап 8. Посещение генетика	17
Эндометриоз и беременность	20
Выявляем причины бесплодия в 5 этапов	20
Загадочная болезнь	21
Как проявляется?	21
Как возникает эндометриоз?	22
Кто в группе риска?	24
4 схемы обследования	24
Лечение бесплодия, обусловленного эндометриозом	27
Где может «поселиться» эндометриоз?	29
Как жить с эндометриозом?	30
Гипотиреоз у будущей мамочки: чем грозит?	31
Щитовидная железа: для чего нужна?	31
Гипотиреоз: кто в группе риска?	31
Почему возникает гипотиреоз?	32
Как проявляется?	33
Гипотиреоз и бесплодие: как связаны?	34
5 этапов обследования щитовидной железы	34
Лечение гипотиреоза	36
Неудачное ЭКО: почему?	37
Гипотиреоз во время беременности	38
Как зачать малыша? Вспомогательные репродуктивные технологии	40
Конец ознакомительного фрагмента.	41

Ольга Панкова

Материнство. От зачатия до родов

От автора

Вы держите в руках книгу, которая поможет каждой женщине, мечтающей реализовать свое материнское начало, зачать и выносить ребенка.

Если вы планируете беременность или уже находитесь в положении, то я вам рекомендую начать с первой части книги, которая посвящена медицинским аспектам проблемы бесплодия и невынашивания. Из этого раздела книги вы узнаете о самых современных методах лечения, позволяющих женщине выполнить свое основное предназначение на Земле – стать матерью.

В этой части книги я отвечу на самые популярные вопросы женщин о том, как подготовиться к предстоящей беременности и что может угрожать вашей долгожданной беременности. Здесь же я расскажу о самых современных репродуктивных технологиях в гинекологии, которые позволяют почти **любой** женщине стать матерью!

Вторую часть книги я рекомендую прочесть каждой представительнице прекрасной половины человечества. В этом разделе мы с вами погрузимся в удивительный мир медитативных техник, позволяющих милым дамам поддерживать свое репродуктивное здоровье.

Будущих мамочек здесь ожидают сюрпризы: они смогут научиться расслабляться, прописывать в подсознании свой индивидуальный Путь материнства, а также, наслаждаясь общением с малышом, обогащать его живительной энергией Вселенной.

Быть мамочкой – означает принять на себя ответственность за новую жизнь. Эта ответственность нередко ложится тяжелым грузом на хрупкие женские плечи и становится одной из причин бесплодия. Я помогу вам разобраться в психологических аспектах проблем с зачатием. Вместе мы преодолеем любую преграду!

Я в своей книге буду сопровождать вас по нелегкому и в то же время удивительному Пути материнства: от планирования зачатия до родов. Надеюсь, что здесь вы найдете ответ на любой волнующий вас вопрос. Если этого не произойдет, напишите мне, и я с удовольствием помогу вам лично.

Всегда с вами, ПАНКОВА ОЛЬГА

Часть 1. Исцеляем тело

Обследование перед беременностью: 8 важных этапов

Многие женщины не планируют беременность заранее и обращаются к врачу после того, как она наступила. Как показывает практика, после постановки на учет и прохождения первичного обследования у многих будущих мамочек выявляется патология, которая была у них до беременности и еще тогда требовала лечения. Однако не все женщины осознанно подходят к планированию материнства и плохо представляют себе те риски для плода и исхода беременности, которые таит в себе такая беспечность.

В этой главе я бы хотела напомнить еще раз, почему имеет смысл посетить врача до предполагаемого зачатия.

ВОПРОС: *Здравствуйте, хочу в следующем месяце снять спираль. Скажите, пожалуйста, беременеть можно сразу или нет?*

Этап 1. Посещение гинеколога: три кита обследования

Перед зачатием я бы рекомендовала посетить гинеколога и пройти плановое обследование:

1. Обычный гинекологический осмотр
2. УЗИ органов малого таза
3. Кольпоскопия

Это стандартное обследование позволит выявить патологию, которую во время беременности лечить нежелательно: заболевания шейки матки (эрозия, эктопия, лейкоплакия, дисплазия); образования в яичниках (киста, опухоль); патология матки (аденомиоз, миома матки, гиперплазия эндометрия).

ВОПРОС: *Ольга, здравствуйте. Я беременна. На УЗИ на сроке 3–4 недели обнаружили миому: по задней стенке матки субсерозный узел на ножке, размером 5×4, 19 мм. Второе УЗИ сделала на сроке 12 недель, миома выросла до 72×57 мм. Врач УЗИ сказала, что плаценты миома не касается, растет наружу, развитию ребенка не мешает. Скажите, пожалуйста, если меня будут кесарить, возможно ли сразу удалить миому, и насколько вообще опасен этот узел для развития ребенка? Спасибо заранее за ответ.*

ВОПРОС: *Добрый день! Была сегодня на УЗИ. Теперь не могу успокоиться: обнаружены узлы диаметром 24 мм и 11 мм! Диагноз – лейомиома матки, беременность 8–9 недель. Беременность желанная! Скажите, пожалуйста, миома – это очень опасно при беременности? Есть возможность родить здоровенького малыша? Спасибо заранее!*

Некоторые из заболеваний матки (аденомиоз, миома матки) могут препятствовать зачатию малыша, а в случае наступления беременности – провоцировать ее прерывание. Выносить беременность при наличии миомы можно. Но если беременность все же желанная, следует заранее пройти обследование, выявить и пролечить гинекологическую патологию.

ВОПРОС: *Здравствуйте, Ольга! Я сегодня сделала УЗИ. Срок беременности 3 недели. На правой стороне рядом с яичниками обнаружили кисту большого размера. Что мне*

делать? Как сохранить ребенка? Я так боюсь, сегодня с утра хожу плачу. Не знаю, что мне делать. Мне так плохо.

Новообразования яичников могут спровоцировать возникновение экстренной ситуации (разрыв или перекрут), что потребует проведения операции. Чтобы этого не произошло, необходимо обследование до зачатия.

Слезами горю не поможешь! Плакать беременным категорически запрещаю! Только радость и позитив! Берегите себя, носите себя как «хрустальную вазу», думайте о предстоящей встрече с будущим малышом, и никакая киста вам не навредит!

Этап 2. Обследование у стоматолога

Санация ротовой полости – важный этап обследования перед беременностью. Для роста костей плода необходим кальций, который очень «удачно» расположен в зубах мамочки. Почему бы его оттуда не «забрать»?

Не стоит также забывать о плановых визитах к стоматологу во время беременности.

История из жизни

У меня никогда не было кариеса и других проблем с зубами, и зубы я никогда не лечила. Мой стоматолог, у которого я наблюдаюсь очень давно, даже денег с меня не берет за консультацию. Как вы понимаете, к стоматологу я хожу с удовольствием!

Будучи беременной, решила пройти плановое обследование. Посещение стоматолога меня не пугало. Я была уверена, что будет все как всегда: быстро и бесплатно. Но не в этот раз!

Как выяснилось, беременность «просверлила» дырку в одном из моих зубов. Это было полной неожиданностью. Я была удивлена: как такое возможно, ведь я пью витамины, содержащие все вещества, необходимые для роста плода?

Мой стоматолог быстро справилась с поставленной задачей: дырка была ликвидирована! Вмешательство я перенесла хорошо. Уехав от стоматолога, я продолжала думать: зачем же Маруся «украдала» кальций из моего зуба?

Сейчас с зубами у меня все по-прежнему: с большой радостью посещаю стоматолога, так как она каждый раз говорит одно и то же: «Все отлично! Кариеса нет!»

Но на память о Маруськиных внутриутробных шалостях у меня осталась отметка в виде пломбы на верхней «пятерке».

Этап 3. Консультация терапевта

ВОПРОС: *Здравствуйте, мне 31 год, и у меня вторая беременность – 7 недель (первая была 13 лет назад). У меня было подозрение на астму, но окончательный диагноз поставили астматический бронхит. Никаких ежедневных препаратов я не принимаю, но иногда чувствую небольшие затруднения в дыхании. Может, таким, как я, нельзя вообще и думать про детей? Есть у меня шансы родить здорового ребенка?*

Если у вас есть хронические заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, нарушения эндокринной системы, варикозное расширение вен и т. п.), обязательно проконсультируйтесь со специалистом, чтобы знать, как на фоне этих заболеваний будет протекать ваша беременность и какие препараты вам необходимо принимать.

Даже если вы чувствуете себя вполне здоровой, планируя беременность, желательно пройти обычное терапевтическое обследование (осмотр, анализы мочи и крови, измерение артериального давления, флюорография).

Этап 4. Выявление TORCH-инфекций

В понятие «TORCH» включены наиболее опасные для плода инфекции:

- Т – токсоплазмоз (toxoplasmosis)
- О – другие инфекции (others)
- R – краснуха (rubella)
- С – цитомегаловирусная инфекция (cytomegalovirus)
- Н – герпес (herpes simplex virus)

Все эти инфекции могут встречаться у людей любого пола и возраста, однако они особенно опасны для женщин, планирующих зачатие, беременным, а также плоду и новорожденному. В связи с этим инфекции выделили в особую группу – TORCH-инфекции.

При первичном возникновении во время беременности они могут оказывать негативное воздействие на все системы и органы плода, особенно на его центральную нервную систему, повышая риск развития выкидыша, врожденных пороков развития, в том числе несовместимых с жизнью.

Токсоплазмоз

ВОПРОС: *Может ли токсоплазмоз быть причиной бесплодия или раннего выкидыша?*

Токсоплазмоз – это заболевание, которое передается человеку через испражнения зараженных животных. Для человека со здоровым иммунитетом токсоплазмоз не представляет опасности. Но заражение токсоплазмозом во время беременности представляет собой угрозу здоровью будущего ребенка. К счастью, это происходит редко – во время беременности токсоплазмозом заражается не более 1 % женщин, из них 20 % передают токсоплазмоз плоду.

ВОПРОС: *Что делать, если мать до зачатия уже болела токсоплазмозом, и когда нужно начинать лечение, чтобы не затронуть здоровье ребенка?*

Если женщина уже переболела токсоплазмозом до беременности (не менее чем за полгода до нее), ее будущему ребенку токсоплазмоз не угрожает. Если вы попали в 1 % «счастливых» и заражение токсоплазмозом произошло во время беременности, то степень негативного влияния на плод зависит от срока беременности в этот момент.

Наиболее опасным считается заражение токсоплазмозом в течение первых 12 недель беременности. В этих случаях заболевание часто приводит к гибели плода или к развитию тяжелых поражений глаз, печени, селезенки, а также нервной системы (особенно головного мозга) ребенка. Поэтому при заражении токсоплазмозом на начальной стадии беременности женщине часто предлагают выполнить ее искусственное прерывание. На более поздних сроках беременности риск передачи токсоплазмоза плоду очень высок (около 70 %), но вероятность тяжелых поражений плода снижается.

Комментарий с форума

Токсоплазмоз – это страшно. Я очень хочу ребенка, но пока не могу его родить, так как анализ показал наличие вируса. Многие мои подруги об этом вирусе даже не знают, и их гинекологи им ничего не говорят о нем! Моя сестра заболела токсоплазмозом во

***время беременности:** родила девочку на сроке 6 месяцев. Слава богу, сейчас ей уже 4 годика, но зрение у нее очень плохое. Я думаю, все будет хорошо!*

ВОПРОС: *У меня проблема: я очень **хочу ребенка, но у меня есть кот. Посоветуйте, как лучше поступить: рискнуть и оставить кота или все-таки отдать в добрые руки?***

Если вы планируете зачатие или уже беременны, исключите контакт с кошками либо соблюдайте меры предосторожности при уходе за кошачьим туалетом. Откажитесь от работ с землей в саду или используйте перчатки. Тщательно мойте овощи, фрукты и зелень. И токсоплазмоз вам не грозит!

Комментарий с форума

*Если бы вероятность заразиться вышеперечисленными способами была действительно высокой, 100 % населения были бы носителями токсоплазмоза. **Я всю жизнь жила с кошками, постоянно ходила с их царапинами, овощи со своего огорода не мыла никогда, не любила пользоваться перчатками при работе в огороде, ела сырые яйца, пила сырое молоко и в детстве даже из лужи пила, но у меня нет признаков наличия токсоплазмоза!***

*Подразумевается, что перечисленные ситуации создают повышенный риск заболевания. **Я, например, вообще не контактирую с животными и вроде еду с пола не подбираю, но у меня обнаружена токсоплазма в восьмикратном превышении от нормы, поэтому у меня серьезные проблемы с наступлением беременности.***

Краснуха

Это инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Краснуха относится к безобидным «детским» инфекциям. Будучи перенесенной в раннем возрасте, ни к каким тяжелым последствиям она, как правило, не приводит. После этого организм человека не всегда вырабатывает устойчивый иммунитет, поэтому в редких случаях возможно вторичное заражение краснухой.

ВОПРОС: *У нас беда: сдала анализы крови, и там обнаружили краснуху. **Срок беременности 10 недель, повторный результат анализов во вторник. Из Интернета узнала, что в таких случаях назначают аборт по показаниям. Не представляете, как это тяжело: сначала был высокий риск выкидыша, наконец, на сроке 10 недель УЗИ показало, что все здорово, и вдруг... краснуха!** Не представляю даже, где я могла заразиться: постоянно нахожусь дома с маленьким ребенком. Краснуха – это действительно опасно?*

При заражении краснухой беременной женщины эта безобидная на первый взгляд инфекция становится смертельно опасной для плода. На ранних сроках беременности вирус краснухи чаще всего поражает нервную ткань плода, ткани глаза, сердце.

Комментарий с форума

*Очень жаль, что у вас так получилось. Если при повторном анализе это подтвердится, не утешайте себя и не убеждайте себя, что все будет хорошо. **У моей сестры была похожая ситуация. Только ей никто не сказал, что НУЖНО делать аборт...** Ребенок прожил всего 30 дней. Его мать долго не могла прийти в себя после этого. **Чтобы избавиться себя от страшного мучения – слушайте врача. Я сама пережила потерю ребенка и никому не пожелаю этого!***

В первом триместре краснуха беременной является показанием к прерыванию беременности. Если же заражение краснухой произошло во втором или третьем триместре беременности, то таких непоправимых последствий для плода, как правило, не возникает. Тем не менее возможно отставание ребенка в развитии и другие нарушения. В таких случаях проводится общеукрепляющая терапия, профилактика плацентарной недостаточности.

ВОПРОС: *Информация о прививках и их последствиях очень противоречивая. Мне сейчас 32 года, и мы решили зачать ребенка. Врачи настаивают на том, чтобы я сделала прививку от краснухи. Я категорически против, поскольку показаний к прививке нет. Зачем я должна «травиться»? Нет эпидемии краснухи, нет заболевших в окружении. Почему бы просто не укрепить иммунитет, чтобы организм мог справляться с инфекцией на ранних стадиях? Заранее спасибо!*

ВОПРОС: *Мы с мужем планируем зачать ребенка и начали с обхода врачей. Сегодня я получила результат анализа, что у меня нет антител к краснухе. Никогда ею не болела, и, видимо, меня не прививали. Врач рекомендует сделать прививку. Я совсем не против, но мне не нравится, что в течение 3 месяцев после этого не рекомендуется беременеть. А мы уже так надеялись, что в декабре начнем пытаться. Я читала про тяжелые последствия в том случае, если заболеть во время беременности. Но я ведь уже сколько лет живу и не заболела, почему именно сейчас должна? Вот не могу я степень риска оценить! Читала, что это особенно важно для тех, кто с детьми контактирует. Но у меня нет детей в ближайшем окружении; по работе ни я, ни муж, да и никто, с кем я постоянно общаюсь, с детьми не сталкивается. В общем, умом понимаю, что надо бы, а душой смириться не могу... Обрушились надежды... Что вы думаете?*

Никто не даст гарантий, что за 9 месяцев вы не столкнетесь с вирусом краснухи. Ваш организм справится с заболеванием – не сомневаюсь! Но для вашего ребенка, беззащитного перед вирусом, эта встреча может быть смертельно опасна. Чтобы этого не произошло, надо сделать прививку. Благодаря ей в течение первого месяца у вас появятся антитела к вирусу краснухи, которые будут надежной защитой для вашего будущего малыша. Беременеть следует через 2–3 месяца после того, как сделана прививка.

Ваш будущий ребенок беззащитен. Только **вы** можете о нем позаботиться! Используйте самые современные достижения медицины, и ваш кроха родится здоровым на радость всем близким!

Цитомегаловирусная инфекция

Это вирусное инфекционное заболевание, возбудителем которого является цитомегаловирус (ЦМВ). Он может передаваться половым путем, через кровь, при грудном вскармливании. Влияние ЦМВ зависит прежде всего от состояния иммунной системы: при здоровом иммунитете ЦМВ практически не представляет опасности. Большинство инфицированных ЦМВ людей переносят инфекцию, даже не замечая ее. Антитела к ЦМВ устойчивы и сохраняются на протяжении всей жизни, повторных случаев заболеваний почти не бывает.

Если первичное заражение цитомегаловирусом происходит во время беременности, последствия могут быть катастрофическими. Проблема усугубляется тем, что существует риск внутриутробной передачи ЦМВ от больной матери через плаценту, во время родов, кормления грудью.

Цитомегаловирусная инфекция может привести к внутриутробной гибели плода или рождению ребенка с врожденной цитомегаловирусной инфекцией.

Врожденная цитомегаловирусная инфекция может проявиться сразу после рождения ребенка такими пороками, как недоразвитость головного мозга, водянка головного мозга, гепатит, желтуха, увеличение печени и селезенки, пневмония, пороки сердца, врожденные уродства.

При заражении цитомегаловирусной инфекцией на ранних сроках гестации необходимо рассматривать вопрос об искусственном прерывании беременности.

Если женщина была заражена цитомегаловирусной инфекцией ранее, а во время беременности произошло ее обострение, то таких страшных последствий не возникает: женщине назначают лечение противовирусными препаратами и иммуномодуляторами после 22-й недели гестации. Если беременная является пассивным носителем цитомегаловируса, никакой дополнительной терапии не требуется.

Герпес

Герпес передается воздушно-капельным и половым путем, от беременной матери к плоду – через плаценту и во время родов.

При заражении герпесом вырабатываются антитела, которые предотвращают дальнейшее развитие вируса, в связи с чем герпес чаще всего дает о себе знать только при снижении иммунитета, например, как герпес на губах при простуде. Если женщина заразилась герпесом до беременности, то антитела переходят к плоду вместе с вирусом, и чаще всего опасности для плода инфекция не представляет.

При первичном заражении герпесом во время беременности, особенно в первом триместре, повышается риск пороков развития и выкидышей, возможно возникновение уродств у плода. Если заражение генитальным герпесом происходит во второй половине беременности, увеличивается вероятность появления врожденных аномалий плода: таких, как микроцефалия, патология сетчатки, пороки сердца, врожденная вирусная пневмония. Могут произойти преждевременные роды.

Врожденная герпетическая инфекция может проявиться сразу после рождения ребенка такими пороками, как слепота, глухота, детский церебральный паралич, эпилепсия.

Если вирус герпеса обнаружен до зачатия, врач назначит лечение, после которого инфекция не будет беспокоить ни будущую маму, ни ее малыша. При выявлении его во время беременности терапия назначается после 22-й недели гестации. При этом используются противовирусные средства, подавляющие активность вируса герпеса, а также препараты, укрепляющие иммунитет беременной женщины, стимулирующие выработку организмом интерферона.

ВОПРОС: *Ольга, подскажите, пожалуйста, опасен ли герпес на губах при беременности на раннем сроке, в первом триместре? И чем можно лечить? Что может быть на фоне приема ацикловира?*

Комментарий с форума

Я являюсь носителем герпеса. На сроке примерно 4–6 недель, когда я еще я не знала о своем положении, у меня появился страшный герпес на губах. Занялась самолечением, пропила ацикловир. Когда узнала, что беременна, очень по этому поводу переживала, но малышка, слава богу, родилась здоровой! У нас все хорошо, растем и развиваемся по возрасту. Не переживайте!

Как мы уже сказали, если герпес на губах возникал и раньше, до беременности, то вирус не страшен для будущего малыша, который надежно защищен плацентой и вашими антите-

лами. В первом триместре лучше не использовать противовирусные препараты, так как они могут быть опасны для малыша.

Выявление антител к TORCH-инфекции: как поможет?

ВОПРОС: *Как я могу узнать, инфицирована ли я ЦМВ, во время беременности?*

ВОПРОС: *У меня в крови обнаружены антитела к токсоплазмозу, а у меня 22-я неделя беременности. Врач сказал, что эта инфекция появилась до беременности и беспокоиться не стоит. Как узнать, когда именно (до или после беременности) это случилось?*

ВОПРОС: *Сдавала анализы перед беременностью, нашли повышенные антитела к токсоплазмозу. Один врач говорит, что надо их лечить антибиотиками, а другой, что ни в коем случае. Это – иммунитет. Кому верить?*

Для выявления TORCH-инфекции определяют уровень антител в крови.

Этот анализ может дать ценную информацию и ответить на следующие вопросы:

1. Присутствует ли эта инфекция в организме?
2. Когда произошло инфицирование?

Антитела (иммуноглобулины) – это наши белковые защитники. Они вырабатываются иммунной системой в ответ на внедрение инфекционных агентов. Международное обозначение иммуноглобулинов – Ig. Заглавная латинская буква после Ig обозначает класс иммуноглобулинов. Выделяются 5 классов антител. Для диагностики TORCH-инфекций значимыми являются Ig M и Ig G.

О давности заболевания можно судить по виду иммуноглобулинов, которые определяются в крови: M или G (табл. 1):

Таблица 1. Интерпретация анализа крови на антитела к различным возбудителям TORCH-инфекции

Ig G	Ig M	Расшифровка результата
–	–	Организм не имел контакта с возбудителем
+	–	Носительство вне обострения
–	+	Первичное заражение
+	+	Обострение хронической инфекции

Ig M – это самые расторопные защитники. Их уровень повышается сразу после встречи с инфекцией. Он достигает пика к 1–4-й неделе и затем в течение нескольких месяцев снижается. Выявление антител класса Ig M позволяет диагностировать острую форму заболевания. Однако для уточнения диагноза и оценки динамики титра антител следует выполнить повторный анализ в той же лаборатории.

Если в анализе крови выявлены Ig M к какой-либо из TORCH-инфекций, значит, сейчас у вас эта инфекция есть. Беременность следует отложить, затем пройти курс лечения и после окончания терапии сдать контрольные анализы.

Ig G – это наша длительная защита. Она появляется позже, не ранее чем через 2 недели после начала заболевания. Уровень Ig G повышается медленно, но и остается дольше: для некоторых инфекций – в течение всей жизни.

Комментарий с форума

У меня в прошлом году случились преждевременные роды на 29-й неделе (воды отошли). Девочка родилась просто красавица, но прожила она недолго, 22 дня. И у меня, и у ребенка обнаружили токсоплазмоз. Ходила на прием ко многим врачам, много анализов сдавала... Инфекционист сказал, что мой организм вырабатывает антитела, и в последующем будет все нормально. Через полгода после родов я забеременела, сдала анализы, и мне опять поставили тот же диагноз. Я пошла к инфекционисту, сдала анализы, и он мне сказал, что, так как заражение было давно, более чем полгода назад, угрозы для плода нет. Я так переживаю! Сейчас у меня беременность 16 недель. Я так хочу, чтобы все было хорошо!

Повышение уровня Ig G говорит о том, что организм уже встречался с этой инфекцией и готов отразить повторные ее атаки. Изолированное выявление Ig G (без присутствия Ig M) свидетельствует о том, что вам и вашему будущему ребенку ничего не угрожает. Беременеть можно!

Комментарий с форума

У меня определили Ig G к токсоплазме. Но я всю жизнь живу с кошками! Сейчас у меня очаровательный и любимый кот, а я планирую беременность. Как быть?

Мне повезло: анализы показали наличие антител к краснухе. А вот если бы не было, пришлось бы всю беременность прятаться от детей. Так что лучше перестраховаться и подготовиться.

Я носитель ЦМВ, врач меня на всякий случай отправила к иммунологу. Та посмотрела и сказала, что ничего делать не нужно: просто расслабиться и получать удовольствие от беременности, а в дальнейшем от воспитания ребенка. Родила я нормального здорового ребенка, чего и вам желаю.

Я тоже сдавала анализ на ТОРЧ-инфекции, и тоже обнаружили эти вирусы. Сходила к иммунологу, и она меня успокоила, прописала свечи после 28-й недели для профилактики. Так как у меня герпес никак не проявляется, то, как выразилась сама иммунолог, мой иммунитет спокойно борется с этой инфекцией. Вы успокойтесь, все хорошо!

Кровь на ТОРСН-инфекции необходимо сдать не менее чем за 2–3 месяца до планируемой беременности.

Этап 5. Обследование на половые инфекции

ВОПРОС: *Мне 30 лет, сыну 7. Последняя беременность прервалась на малом сроке. Мы с мужем не предохраняемся уже 6 месяцев, но беременность не наступает. Гинеколог говорит, что со мной все нормально. Но тщательного обследования у меня не было: только УЗИ и обычный мазок. Может, нужно как-то еще обследоваться, более тщательно? На что в первую очередь обратить внимание?*

Самой частой причиной прерывания беременности является половая инфекция. Поэтому прежде, чем планировать беременность, необходимо пройти обследование на самые «популярные» виды инфекций, передающихся половым путем: уреаплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, гонорею.

ВОПРОС: *У меня такая ситуация: меня очень сильно беспокоили боли внизу живота, я пошла к врачу, сдала анализы. Сказали, что у меня гонорея и что я не смогу забеременеть. Это правда?*

При своевременном выявлении и лечении половой инфекции шанс забеременеть существует! Перед зачатием необходимо сдать контрольные анализы, чтобы удостовериться в эффективности проведенного лечения.

Не всю инфекцию можно «увидеть» в обычном мазке на флору. Многие возбудители половой инфекции (вирусы, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы) имеют очень маленькие размеры, из-за чего они не выявляются под микроскопом. Для диагностики этих инфекций следует использовать более информативные исследования:

Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), при котором в исследуемом материале выявляется уникальный фрагмент ДНК или РНК, характерный только для данного возбудителя (вирусов, хламидий, микоплазм, уреаплазм). Наличие таких фрагментов свидетельствует о присутствии инфекции в организме. Для исследования методом ПЦР производят соскоб эпителия уретры и канала шейки матки.

Иммуноферментный анализ (ИФА) – метод, при помощи которого в крови пациента определяется наличие или отсутствие антител к различным возбудителям половой инфекции (хламидий, микоплазм, уреаплазм, вирусов папилломы человека, цитомегаловируса, герпеса), на основании чего и устанавливается диагноз. Как мы говорили ранее, по результатам данного анализа можно судить о давности возникновения процесса, а также о его выраженности.

Посев на наличие уреаплазмоза и микоплазмоза с определением чувствительности к антибиотикам является лабораторным бактериологическим исследованием, направленным на выявление этих микроорганизмов в мазках и подбор антибактериальных препаратов, необходимых для лечения данной патологии. Диагностическое значение посева заключается не только в выявлении уреаплазм и микоплазм, но и в количественном подсчете возбудителей.

Если женщина заразилась еще до беременности, то плацента будет предохранять ребенка от инфекции. Однако при этом сохраняется вероятность заражения ребенка во время родов при прохождении по инфицированным родовым путям матери.

Уреаплазмоз, впервые возникший во время беременности, когда плацента еще не сформирована, может привести к выкидышу в первом триместре вследствие формирования серьезных пороков развития нервной, сердечно-сосудистой и других систем плода.

ВОПРОС: У меня на 35-й неделе умер ребенок. В качестве причины смерти указано «ЗППП во время беременности (уреаплазмоз)». У меня его в первый раз обнаружили в 2003 году, я пролечилась, но вылечить заболевание не удалось. После этого в 2004 году я родила сына, потом лечилась еще 3 раза, все равно анализ был положительный. Симптомов никаких нет, во время второй беременности лечилась 2 раза, но тоже не было никаких результатов. Неужели правда, что эта болячка убила моего ребенка?!

Заболевание, впервые возникшее во втором и третьем триместре беременности, а также имевшееся еще до беременности, может стать причиной прерывания беременности, а также фетоплацентарной недостаточности – состояния, при котором малышу не хватает кислорода и питательных веществ.

В любом случае обнаружение уреаплазмоза во время беременности не является поводом для ее прерывания. Правильное и своевременное лечение поможет женщине выносить и родить здорового малыша.

ВОПРОС: Год назад я решила родить ребенка. Пошла к гинекологу: обнаружили хламидиоз, уреаплазмоз, молочницу, гарднереллез и эрозию. С энтузиазмом взялась за лечение, после первого курса остался «только» уреаплазмоз! Потом второй курс лечения, третий... Я за год перепробовала все новейшие антибиотики, иммуностимулирующие средства,

от уколов уже все болит, а результат все равно положительный (показывает уреоплазму в форме носительства). Пока не вылечу уреоплазмоз, не могу забеременеть, потому что при этой инфекции невынашивание и т. д. Что делать?

Если по данным лабораторного обследования выявлено носительство уреоплазмоза, то лечения не требуется и планировать беременность уже можно. После зачатия следует повторить посев на уреоплазмы, при их высоком титре рекомендуется пролечиться после 22-й недели беременности.

ВОПРОС: Скажите, пожалуйста, у меня на сроке 9–10 недель беременности обнаружили уреоплазму. Насколько это страшно и нужно ли лечить?

ВОПРОС: А можно ли узнать: когда лучше лечить хламидии при беременности – до 12-й недели или уже после?

Если половая инфекция выявлена на фоне беременности, то в первом триместре ее лечить не следует, так как это опасно для плода.

ВОПРОС: Сдавала анализы во время первой беременности, нашли уреоплазму. В третьем триместре лечили антибиотиками. Все обошлось, мальчик родился здоровый, ребенка сейчас 9 лет. Недавно узнала, что сейчас уреоплазму не лечат. Ее наличие является лишь следствием снижения иммунитета, и уреоплазма есть в принципе у всех. Это правда?

Для того чтобы избежать инфицирования ребенка в родах и снизить риск преждевременных родов, беременной женщине с половой инфекцией после 22-й недели беременности назначают лечение: антибактериальные, противовоспалительные, иммуностимулирующие препараты. При своевременном обращении к врачу и грамотно подобранном лечении вероятность нормального течения беременности и родов довольно высокая.

Этап 6. Выявление опасных инфекций

Планируя беременность, необходимо пройти обследование на заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП). Эти заболевания не провоцируют прерывания беременности, но тем не менее опасны для жизни матери и будущего ребенка. Это в первую очередь **вирусные гепатиты В и С**.

ВОПРОС: Насколько опасен гепатит В во время беременности для малыша? Мне скоро рожать, а обнаружили заболевание на днях. И можно ли с этим думать о последующей беременности и о здоровом малыше? Спасибо.

ВОПРОС: У мужа обнаружили хронический гепатит В. Можно ли с этим заболеванием зачать ребенка, как это повлияет на него? Нужна ли мне прививка?

Заражение вирусным гепатитом в основном происходит через контакт с кровью больного. Риск передачи вируса при незащищенном сексе составляет 10–30 %. Заражение ребенка возможно только в том случае, если гепатитом больна мать. Вероятность внутриутробного инфицирования плода от больной вирусным гепатитом матери крайне мала и составляет 3,3 %. Заражение происходит при родах или нарушении целостности плаценты в ходе беременности (например, при амниоцентезе). Вирусный гепатит у отца не опасен для будущего ребенка.

В грудное молоко вирус гепатита также не попадает. Тем не менее, учитывая возможность заражения новорожденного через трещины сосков матери, страдающей вирусным гепатитом, следует отказаться от грудного вскармливания.

Вероятность передачи вируса гепатита В половым путем невелика, но тем не менее составляет около 30 %. С другой стороны, от гепатита В можно сделать прививку. В настоящее время в России существует несколько разновидностей вакцины от гепатита В зарубежных и отечественных производителей. Прежде чем ее сделать, вам следует самой обследоваться на предмет наличия гепатита В. Параллельно необходимо тщательно обследовать мужа и подобрать ему грамотное лечение.

Также не меньшую опасность для плода представляет другое заболевание – **сифилис**. Женщине, планирующей беременность, необходимо своевременное обследование с целью исключения сифилиса и в случае выявления заболевания – заблаговременное его лечение, так как возможно заражение ребенка через плаценту. Врожденный сифилис может приводить к тяжелым органным поражениям или смерти ребенка. Лабораторная диагностика сифилиса возможна не раньше, чем через 2–3 месяца после заражения. Важно: в «немой» период больной сифилисом заразен!

Самым грозным последствием незащищенного секса является внедрение в организм **вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)** и развитие синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД). ВИЧ передается через биологические жидкости зараженного: кровь, сперму, секрет влагалища при анальном, вагинальном или оральном сексе, а также от матери к ребенку во время беременности, родов или при грудном вскармливании.

При ВИЧ длительность серонегативного («немого») периода, когда человек болен и заразен, а результаты анализов остаются отрицательными, составляет 2–6 месяцев. Лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа лишь замедляет размножение вируса.

ВОПРОС: Скажите, это дорогостоящие обследования? А зачем сдавать анализ на ЗППП? Мы с мужем 10 лет вместе и друг в друге уверены. Или они могут еще откуда-то взяться, помимо полового акта?

Даже в том случае, когда вы абсолютно уверены и в себе, и в муже, планируя беременность, пройдите обследование на опасные инфекции, так как они передаются «через кровь» и, помимо полового акта, могут попасть к вам другими способами, например, во время медицинских манипуляций.

Подобные исследования можно сделать по месту жительства, многие из них – бесплатно. После зачатия и постановки на учет эти анализы в числе первых выполняются в женской консультации. Однако лечение любой выявленной инфекции на фоне беременности затруднительно, так как очень токсично для плода.

Планируйте свою беременность заранее. Проходите обследования своевременно. Береженого Бог бережет! Цените себя и свое здоровье! Заботьтесь о будущем малыше! Ведь вы скоро будете мамой!

Этап 7. Определение резус-фактора

ВОПРОС: У меня отрицательная группа крови, а у дочки положительная. И всю беременность у меня сохранялся риск угрожающего аборта. Может, это как раз из-за этого?

Комментарий с форума

Я тоже в первую беременность не знала, какой у меня резус-фактор, думала, что положительный, а после второго выкидыша оказалось, что отрицательный.

Определение группы крови и резус-фактора является необходимым этапом обследования при планировании материнства, так как у женщины с резус-отрицательной кровью суще-

ствует вероятность возникновения резус-конфликта с плодом. Об этом мы подробно поговорим в соответствующей главе.

Этап 8. Посещение генетика

Нередко будущие мамочки очень настороженно относятся к медико-генетической консультации. И напрасно! Генетические исследования позволяют заранее определить степень риска рождения детей с генетическими аномалиями.

Нарушения у плода могут быть связаны с плохой наследственностью или неблагоприятными внешними воздействиями: курением будущей мамочки, употреблением алкоголя и наркотиков, приемом некоторых препаратов, перенесенными инфекциями, воздействием радиации в период зачатия и до него.

Консультация специалиста необходима, если:

у будущих родителей или их родственников есть какие-либо наследственные заболевания;

- в семье есть ребенок с генетической патологией;
- будущие родители являются родственниками;
- возраст будущей мамы старше 35 лет, отца – более 40 лет;
- предыдущие беременности были замершими или заканчивались самопроизвольными выкидышами;

● будущие родители подвергались воздействию радиации или долгое время работали с вредными химическими веществами;

● будущая мама принимала сильнодействующие лекарственные препараты в период зачатия и/или на ранних сроках беременности.

Парам, находящимся в группе риска, следует пройти медико-генетическое обследование в обязательном порядке. При желании любая пара, планирующая ребенка, может проконсультироваться у генетика.

ВОПРОС: Скажите, что мне делать? Я не могла забеременеть 4 года, потом это у меня получилось. Но на 6-й неделе на УЗИ сказали, что есть угроза выкидыша. Затем было все хорошо, а на 12-й неделе начались кровяные выделения. Сделали повторное УЗИ, сказали, что плод замер в развитии на 9-й неделе. Скажите, пожалуйста, какое лечение получить и смогу ли я еще забеременеть? Спасибо.

*ВОПРОС: У меня один раз было выскабливание, второй раз медикаментозный аборт, так как обе беременности были замершие. Сдала анализы на скрытые инфекции, результат отрицательный. Родов не было, очень хочется ребеночка. Скажите, пожалуйста, **какие еще мне нужно сдать анализы?***

Именно хромосомная патология плода приводит к его внутриутробной гибели на ранних сроках развития (так называемая «замершая беременность») и самопроизвольному выкидышу. Поэтому, если у вас в прошлом были выкидыши или замершая беременность, то следует пройти генетическое обследование.

*ВОПРОС: По УЗИ в 1-м триместре плодное яйцо в верхней трети полости, контуры четкие ровные, эмбрион не визуализируется. Сроки по диаметру плодного яйца (4 мм) – 3–4 недели, по дате последней менструации – 5 недель. **Меня беспокоит, что эмбрион не визуализируется и не соответствует срокам.** Опасны ли эти явления? Спасибо.*

ВОПРОС: *Как такое может быть, что во время беременности плод исчезает и остается пустое яйцо?*

Это так называемая анэмбриония. Причинами ее возникновения чаще всего являются инфекционно-воспалительные заболевания у матери и хромосомные нарушения плода. При выявлении анэмбрионии необходимо обследоваться у генетика, чтобы исключить повторение аналогичной проблемы в последующих беременностях.

После наступления беременности за женщинами из группы риска устанавливается особый контроль. На 10–13-й неделе беременности необходимо провести первую дородовую диагностику состояния здоровья малыша. В нее в первую очередь входит УЗИ для выявления пороков развития у плода, например, утолщение воротникового пространства (эту патологию обнаруживает УЗИ) характерно для синдрома Дауна.

Во втором триместре выполняется ранний лабораторный пренатальный скрининг.

ВОПРОС: *В 18 недель сдала анализ на тройной тест. Результатов долго не было. На 21-й неделе поехала на УЗИ. Врач сказала дословно: «По результатам УЗИ девочка здорова, аномалий нет. Но меня беспокоит эта цифра ХГЧ, которая у вас очень завышена. 1 из 100 детей рождается дауном». На этом она остановилась и отписала направление к генетикам. Они сказали то же самое и написали направление на прокол пуповины, объяснив, что риск потерять ребенка очень большой. Я записалась на эту процедуру, но не была до конца уверена, нужна она мне или нет. Знакомый врач сказал, что только при низком уровне АФП нужно беспокоиться, а один только показатель ХГЧ ни о чем не говорит. Я безумно переживаю, не могу работать, плачу постоянно. Это долгожданная малышка, доченька моя!*

ВОПРОС: *Срок беременности – 20 недель. Анализы на АФП в норме, уровень ХГЧ – повышен. Акушер настаивает на проведении амниоцентеза, я – против. Есть ли смысл тревожиться, если по УЗИ все нормально?*

В последние годы для оценки состояния плода широко используется так называемый тройной тест. Этот метод предполагает оценку маркеров пороков развития плода: альфа-фетопротеина (АФП), хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) и эстриола (Е3).

Тройной тест проводится на 15–20-й неделе беременности. В обязательном порядке его необходимо выполнять женщинам, имеющим следующие факторы риска:

- возраст старше 35 лет;
- случаи семейного носительства хромосомных болезней;
- рождение предыдущих детей с пороками развития;
- радиационное облучение одного из супругов;
- прием цитостатиков или антиэпилептических препаратов;
- привычное невынашивание;
- определение признаков патологии плода при УЗИ.

Информативность тройного теста при выявлении синдрома Дауна составляет 60 %, дефектов нервной трубки – 80–90 %. Особую настороженность вызывает снижение АФП при стойком повышении уровня ХГЧ. Такое сочетание позволяет заподозрить наличие у ребенка синдрома Дауна.

При обнаружении отклонений анализ целесообразно повторить. Следует помнить о том, что этот тест является скрининговым, а не диагностическим. Это значит, что он помогает выявить группу беременных, которым необходимо более углубленное обследование. Самым достоверным способом постановки диагноза является исследование хромосомного набора клеток плода. С этой целью изучают амниотическую жидкость (выполняют амниоцентез) или пуповинную кровь плода (кордоцентез).

Дополнительные методы обследования позволяют подтвердить или опровергнуть результаты теста. При выполнении инвазивных диагностических вмешательств риск потери плода повышен. Кроме того, как и при любых оперативных вмешательствах, существует риск инфицирования плода и его оболочек, что следует учитывать при назначении таких манипуляций. Будущая мама вправе отказаться от проведения инвазивных вмешательств.

На основании результатов обследования будущей мамы и плода врач-генетик может сказать, насколько высок риск рождения ребенка с серьезными врожденными аномалиями. В случаях выявления высокого риска родителям рекомендуется отказаться от пролонгации беременности. Тем не менее окончательное решение о рождении малыша остается за родителями.

Задумываясь о зачатии ребенка, помните, что зачатие необходимо планировать заранее, чтобы избежать тех нежелательных последствий, которые могут возникнуть, омрачить и нарушить течение беременности, причинить вред вам и вашему малышу.

Когда речь идет о зачатии малыша, не стоит рассчитывать на то, что «авось все обойдется». Игра в «русскую рулетку» не приемлема для будущей мамочки: ведь ставкой в такой игре может стать не только ваше собственное здоровье, но и жизнь малыша.

Эндометриоз и беременность

Проблема бесплодия является актуальной во всем мире. Невозможность зачатия отмечается у 15–20 % супружеских пар. По определению ВОЗ, брак считается бесплодным, если беременность не наступает при регулярной половой жизни (не реже 4 раз в месяц) в течение года без использования контрацепции.

ВОПРОС: *Я не могу забеременеть уже 2 года. Есть ребенок от первого брака. Анализы на все инфекции у нас отрицательные. Врачи говорят, что не видят причин моего бесплодия. Что делать?*

ВОПРОС: *У меня нерегулярный менструальный цикл, и я не могу забеременеть. Врач сказала, что анализы хорошие. Помогите!*

ВОПРОС: *Мне 23 года, у меня эндометриоз. Я не могу забеременеть. Лечилась дюфастоном: эффекта не вижу. А еще у мужа проблемы со спермой. Подскажите, что делать?*

Что делать, если у супругов не получается зачать ребенка? Прежде чем начинать какое-либо лечение, необходимо полностью обследоваться.

Выявляем причины бесплодия в 5 этапов

1-й этап. Обследование всегда следует начинать со **спермограммы**. В ней определяют: объем спермы (в норме более 1 мл); общее количество сперматозоидов (в 1 мл – более 20 млн); количество активно-подвижных и нормальных по строению сперматозоидов (не менее 50 %); количество лейкоцитов (0–1 в поле зрения).

2-й этап. Исключаем эндокринную патологию у женщины, которая является второй по частоте причиной бесплодия в браке (у 30 %). Выполняем следующие мероприятия:

● **ультразвуковое исследование органов малого таза** (позволяет оценить функцию яичников: наличие доминантного фолликула, желтого тела, признаки произошедшей овуляции);

● **измерение ректальной температуры** в течение 3–6 месяцев (дает косвенную информацию об эндокринных нарушениях регуляции);

● **гормональное обследование** – определение концентрации в плазме крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), пролактина, эстрадиола, тестостерона, прогестерона, кортизола, 17-оксипрогестерона, дегидроэпиандростерона, тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), антител к микросомальной фракции тиреоцитов и тиреоглобулину.

3-й этап. Далее исключаем трубно-перитонеальное бесплодие, обусловленное нарушением проходимости маточных труб на фоне спаечного процесса в малом тазу:

● **инфекционный скрининг:** влагалищный мазок на флору, который позволяет оценить наличие воспаления, а также выявлять ряд возбудителей; обследование на наличие хламидий, уреаплазм, микоплазм, вирусов простого герпеса (ВПГ), цитомегаловируса (ЦМВ) с методом ПЦР-диагностики (полимеразной цепной реакции) или иммуноферментного анализа (ИФА);

● **УЗИ и его современные модификации:** эхогистеросальпингоскопия, фертилоскопия.

4-й этап. Проведение тестов на совместимость партнеров – анализ на определение титра антиспермальных антител в слизи шейки матки (непрямой MAR-тест).

5-й этап. Лапароскопия позволяет не только окончательно установить диагноз, но и выполнить лечебные манипуляции.

Пройдя 5 этапов обследования, любая пара может понять, в чем причина бесплодия, и определиться с методами лечения. Подробно о заболеваниях, приводящих к развитию бесплодия, и методах их лечения вы можете узнать из книги «Путь здоровья». Здесь я остановлюсь лишь на некоторых из них.

Загадочная болезнь

По данным большинства статистических исследований, одним из наиболее частых заболеваний, приводящих к бесплодию, является эндометриоз. Его выявляют у половины пациенток с бесплодием.

Эндометриоз является гормонально зависимым заболеванием, при котором слизистая оболочка матки (эндометрий) разрастается в нетипичных местах.

Эндометриоз занимает третье по распространенности место среди гинекологических заболеваний после миомы матки и воспалительных процессов в половых органах. Этой патологией страдает каждая десятая представительница прекрасной половины человечества, находящаяся в репродуктивном возрасте. Заболевание выявляется у 60 % женщин, в том числе юных, страдающих хроническими тазовыми болями.

Эндометриоз является одной из самых загадочных болезней и характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. Характер его протекания иногда сложно предсказать. Очаги слизистой оболочки матки могут встречаться в различных местах. Наиболее распространенным является **эндометриоз половых органов:**

- матки (внутренний эндометриоз – аденомиоз);
- влагалища, шейки матки, яичников, маточных труб, брюшины (наружный эндометриоз);
- клетчатки позади матки (ретроцервикальный эндометриоз).

Очаги эндометрия также могут распространяться **за пределы половой сферы** женщины (экстрагенитальный эндометриоз) и определяться в мочевом пузыре, почках, кишечнике, легких, в послеоперационных рубцах и пр.

Как проявляется?

Наиболее яркими клиническими проявлениями генитального эндометриоза, **помимо бесплодия**, являются **хронические тазовые боли**. Они чаще отмечаются у пациенток с эндометриозом тазовой брюшины, яичников, маточных труб, ректовагинальной клетчатки. Боли усиливаются при половом акте (диспареуния), что заставляет даму избегать интимной жизни, а также во время менструации: в это время женщина фактически становится нетрудоспособной.

Для эндометриоза матки (аденомиоза) характерными являются **нарушения менструального цикла:** обильные и длительные менструации, а также межменструальные кровотечения за счет поражения мышечного слоя матки и снижения его сократительной способности. Подобные нарушения приводят к снижению гемоглобина и появлению симптомов анемии: ломкости ногтей, сухости волос, слабости, головокружениям, сердцебиению, стенокардии.

ВОПРОС: У меня после месячных около недели идет коричневая мазня. **Месячные в умеренном количестве, но со сгустками, длятся 4 дня. Что это?**

Характерным симптомом аденомиоза являются мажущие кровяные выделения из половых путей за несколько дней до начала менструации или после нее. Их появление связано с тем, что в отдельных очагах патологически измененный эндометрий более чувствителен к сни-

жению уровня гормонов. Из-за этого он начинает «менструировать» немного раньше, а заканчивает позднее, чем нормальный, неизменный эндометрий.

Для некоторых форм эндометриоза может быть характерно вздутие живота, нарушение стула, дизурические проявления, обусловленные локализацией процесса.

Как возникает эндометриоз?

ВОПРОС: *Мне 22 года, у меня эндометриоз. Не могу забеременеть в течение уже 1 года. Мне прописали оральный контрацептив. Врач сказала, что это самое эффективное средство на сегодняшний день. Я его пила 3 месяца (4 месяца с перерывом). Сейчас я его допиваю, и будем пытаться зачать ребенка. Мне очень трудно поверить, что во мне все еще сидит болячка. Спасает то, что меня понимают и поддерживают муж и родные! Мы так мечтаем о ребенке! Откуда берется такая болезнь?*

Механизмы, приводящие к формированию эндометриоза, до конца не изучены. Определенную роль в возникновении эндометриоза матки (аденомиоза) играет ежемесячная травма, наносимая ей во время менструации. После отторжения нарастающий эндометрий может прорасти глубоко – в мышечный слой матки (рис. 1, а).

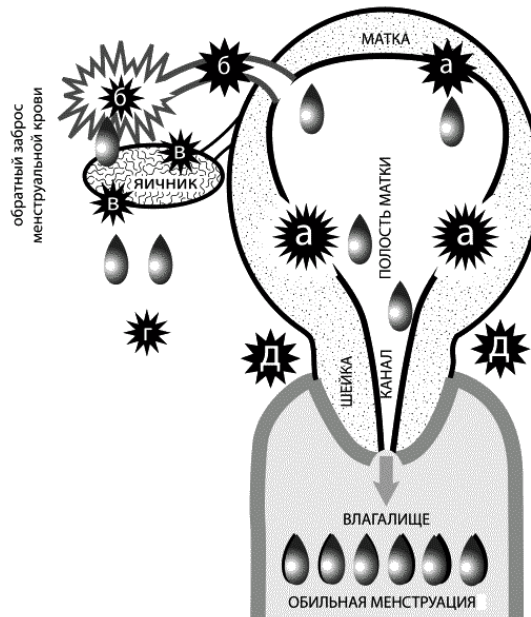


Рис. 1. Механизм формирования внутреннего и наружного эндометриоза

В последнее время в литературе появились данные об участии в развитии аденомиоза стволовых клеток, которые, как предполагают ученые, находятся в эндометрии и участвуют в его восстановлении после менструации.

Увеличивают риск развития аденомиоза внутриматочные вмешательства, в том числе аборт, особенно неоднократные, которые также являются травмой для матки. Процесс заживления раны после выскабливания может закончиться формированием аденомиоза.

Распространению эндометриоза способствует обратный заброс менструальной крови, содержащей частички слизистой оболочки матки (эндометрия), через маточные трубы в малый таз и брюшную полость (рис. 1, б—д).

Попадая в маточные трубы, ткани «заблудшего» эндометрия вызывают там рост очагов (рис. 1, б), что нарушает структуру и сократительную активность маточных труб.

Пройдя через маточные трубы и имплантируясь на брюшине (рис. 1, з), клетки эндометрия ежемесячно «менструируют», являясь источником внутреннего кровотечения.

А, как известно, кровь – хорошая среда для размножения микроорганизмов. В результате этого в брюшной полости и малом тазу возникает воспалительный процесс и формируются спайки, как следствие, возникают боли и бесплодие.

Клетки «блуждающего» эндометрия быстро «завоевывают» новые территории, закрепляясь на стенках малого таза, маточных связках, яичниках (рис. 1, в), в околоматочной клетчатке (рис. 1, д). Их ежемесячная менструалоподобная реакция вызывает присоединение воспалительного процесса. Так формируется наружный эндометриоз.

Распространение болезни в отдаленно расположенные органы происходит лимфогенным или гематогенным путем.

Особый интерес представляют исследования японских авторов (Taniguchi F. et al., 2011), которые доказали, что в развитии эндометриоза определенную роль играет нарушение процессов апоптоза (запрограммированной гибели клеток), что приводит к избыточному размножению ткани эндометрия на «чужой» территории.

Развитие эндометриоза связано с повышенным риском развития аутоиммунных заболеваний, в том числе щитовидной железы. «Атаки» собственных антител на яичники приводят к их дисфункции и истощению, возникновению бесплодия неясного генеза, а также эндометриоза.

Эндометриоз затрагивает всю репродуктивную систему женщины:

- изменяется функция яичников и качество ооцитов – неовулировавших яйцеклеток;
- уменьшается подвижность сперматозоидов в матке;
- нарушается взаимодействие яйцеклетки и сперматозоида;
- снижается перистальтика маточных труб;
- нарушается имплантация эмбриона в матке и его развитие.

Эти процессы способствуют развитию бесплодия или спонтанной потере беременности.

ВОПРОС: *Мне поставили диагноз «генитальный эндометриоз» (он же аденомиоз). Возможно ли то, что беременность и грудное вскармливание устранят это заболевание?*

ВОПРОС: *Как обстоят дела с эндометриозом после рождения ребенка? Мой врач утверждает, что роды помогут и у меня его больше не будет. Аргументирует тем, что во время беременности не идут месячные.*

Комментарий с форума

По моему горькому опыту могу сказать, что беременность абсолютно не является способом лечения эндометриоза. Мне удалили эндометриоидную кисту, через год я забеременела, через два года после родов мне опять ставят такой диагноз – эндометриоз.

Действительно, беременность и грудное вскармливание, подобно медикаментозному лечению, тормозят рост очагов эндометриоза, но не излечивают от него. Поэтому нередко после рождения ребенка или окончания лактации симптомы эндометриоза возвращаются. Как мы уже говорили, на фоне эндометриоза могут быть проблемы с зачатием ребенка, хотя это отмечается не у всех.

Комментарий с форума

У меня тоже диагноз «эндометриоз и эндометриоидные кисты обоих яичников». Вот и мне несколько врачей сказали, что не получится забеременеть, если не пройти гор-

мональное лечение в течение 6–9 месяцев, затем операцию и восстановление после нее, и уж только потом думать о беременности. А я забеременела до лечения!

В 28 лет мне поставили диагноз «эндометриоз». Специально я от него не лечилась. В 31 год мне предлагали делать лапароскопию. Я испугалась, а через 6 месяцев забеременела. Беременность была тяжелая (угроза прерывания), сейчас дочке 2 годика!

Кто в группе риска?

Отмечен повышенный риск возникновения эндометриоза при наличии следующих факторов:

- раннее наступление менструаций;
- ожирение;
- короткий менструальный цикл;
- низкий вес при рождении;
- генетическая предрасположенность;
- внутриматочные вмешательства в анамнезе;
- аутоиммунные заболевания, в том числе – гипотиреоз (об этом рассказывается в следующем разделе).

Эндометриоз может возникнуть вскоре после первой менструации (менархе) у девочек с врожденными аномалиями матки и влагалища, препятствующими оттоку менструальной крови. В этом случае девочку будут беспокоить хронические боли в нижних отделах живота.

ВОПРОС: *Мне 38 лет. Первые 2 беременности закончились абортми по медицинским показаниям. Затем роды – в 23 и в 25 лет. Месячные с детства переносила очень тяжело. С 13 лет лили по 10 дней. Очень сильные боли – вплоть до потери сознания. После родов с менструальным циклом стало чуть получше. Сейчас месячные идут 3–5 дней и безболезненно. Обильно дня 2. Тампонов использую штук 10. Цикл 24–26 дней. Уровень гемоглобина по жизни сравнительно низкий. Скажите, а эндометриоз мог быть врожденным, если все характерные симптомы проявлялись уже с 13 лет?*

Патогенез эндометриоза до конца не изучен. Существует несколько теорий его возникновения. Согласно одной из них, предрасположенность к эндометриозу может быть заложена на генетическом уровне. У таких женщин заболевание проявляется достаточно рано.

ВАЖНО! Эндометриоз редко встречается у женщин, которые рожали часто или долго кормили грудью.

Женщины, использующие гормональные контрацептивы, эндометриозом практически никогда не болеют.

4 схемы обследования

План обследования пациенток с эндометриозом зависит от конкретных жалоб. Помимо бесплодия, существуют и другие клинические проявления эндометриоза. В зависимости от их набора выбирают ту или иную схему обследования.

ВОПРОС: *Мне 35 лет. Жалоб у меня нет, но месячные идут 7–8 дней, на 2-й и 3-й дни – очень обильно. Прокладок использую 5–7 штук в день. Один раз дошла только до работы и вся протекла, так что даже джинсы испачкала. Нормально ли это?*

ВОПРОС: *У меня перед месячными в течение нескольких дней бывают выделения как черноватая грязь, а потом 2–3 дня обильно льет, и иногда выходят небольшие сгустки. Как это лечить?*

1-я схема: выявляем причину обильной менструации

При обильных менструациях, а также мажущих кровяных выделениях до и (или) после нее необходимо исключать наличие аденомиоза. С этой целью пациентке назначают УЗИ.

ВОПРОС: *Можно ли по данным УЗИ поставить диагноз «аденомиоз»? Или оно показывает только толщину эндометрия?*

УЗИ – это высокоинформативный метод для выявления патологии всей матки: не только эндометрия, но и миометрия, в котором могут «прятаться» очаги эндометриоза. При подозрении на аденомиоз (эндометриоз матки) УЗИ следует выполнять **накануне** менструации, так как именно в этот период хорошо видны в миометрии увеличенные очаги нетипично расположенного эндометрия.

ВОПРОС: *Прокомментируйте, пожалуйста, данные моего УЗИ: структура матки неоднородная, мелкие множественные анэхогенные включения. Отражение от эндометрия снижено. Ткани, окружающие матку и придатки, повышенной эхогенности. Заключение: аденомиоз. Скажите, может ли результат УЗИ быть показанием для выскабливания?*

Если по данным УЗИ выявлены признаки аденомиоза, то для уточнения диагноза, а также с целью выбора метода лечения заболевания проводится гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание.

Гистероскопия – это эндоскопический метод диагностики, который позволяет осуществить осмотр полости матки и увидеть эндометриоз через специальную трубочку, присоединенную к видеомонитору.

По данным гистероскопии можно выявить степень распространения аденомиоза, определить его форму: диффузный или узловый. Это важно для выбора метода лечения: на начальных стадиях проводится гормональная терапия продолжительностью не менее 3–6 месяцев.

ВОПРОС: *Мне 37 лет. На днях обратилась к терапевту по поводу пониженного гемоглобина – 105 г/л. Он у меня понижен около года. Врач дала направление на анализы и к гинекологу. Мне поставили диагноз: аденомиоз. Что это за болезнь? Какое должно быть лечение, и связано ли это с моей анемией?*

Очень часто аденомиоз и обильные кровотечения являются причиной анемии, которая иногда может быть значительной (уровень гемоглобина менее 70 г/л). При выявлении анемии дополнительно к терапии основного заболевания необходимо лечить и ее. Делать это можно начиная сразу с момента выявления анемии.

Комментарий с форума

У меня аденомиоз. Я на себе испробовала эффективность гормональной терапии: у меня теперь нет кровотечений!

Неэффективность консервативной терапии аденомиоза и продолжающиеся кровотечения, приводящие к анемии, являются показанием к оперативному лечению.

Комментарий с форума

9 лет лечила аденомиоз уколами гормональных препаратов. Ничего не помогало. Сделала 2 операции по удалению очагов, но эффекта они не дали. В результате в 29 лет мне удалили матку. Детей у меня нет. Я с этим смирилась.

Я абсолютно уверена: у каждой женщины в этой жизни свой Путь: не все должны беременеть и рожать детей! Если вам закрыта эта дорога, значит, Вселенная ставит перед вами другие задачи. Научитесь быть счастливой при любых обстоятельствах! Найдите свое предназначение! Обрести счастье материнства можно и без матки. Надо искать возможности и свой Путь.

2-я схема: диагностируем эндометриому

Эндометриома – это эндометриоидная опухоль яичника. Если при проведении гинекологического осмотра у вас обнаружили болезненное образование в области придатков, то следует исключить эндометриому. Ее иногда называют эндометриоидной кистой, но к кистам (ретенционным образованиям яичника) эндометриома никакого отношения не имеет. На первом этапе следует провести УЗИ и оценить внутреннюю структуру образования в яичниках. Эндометриома чаще имеет небольшие размеры (до 1,5 см в диаметре) и содержит кровь. Для уточнения диагноза во время УЗИ выполняют доплерометрическую оценку кровотока яичника.

Нередко по данным УЗИ эндометриому сложно отличить от кисты желтого тела с кровоизлиянием. С целью уточнения диагноза проводят контрольное УЗИ через 3 месяца. Сохранение образования будет свидетельствовать о том, что, вероятнее всего, это эндометриома. Киста желтого тела за 3 месяца обычно исчезает.

Помогает в диагностике эндометриоидных кист анализ крови на специфический маркер СА-125. При эндометриозе он повышается.

В затруднительных ситуациях для диагностики эндометриомы яичника можно проводить магнитно-резонансную томографию (МРТ). Лечение эндометриомы яичника комбинированное: сначала – оперативное удаление опухоли, затем – гормональная или «антигормональная» терапия. Во втором случае используются аналоги и агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ).

3-я схема: ищем причину хронических тазовых болей

Наличие длительно существующих болей в нижних отделах живота в сочетании с бесплодием является подозрительным в плане возможного наличия эндометриоза брюшины и маточных труб (наружного эндометриоза).

Диагностика этой патологии затруднительна. По данным УЗИ ее не выявить. При подозрении на наружный эндометриоз с диагностической и лечебной целью проводится лапароскопия, во время которой можно увидеть очаги эндометрия на брюшине и прижечь их.

ВОПРОС: *У меня очень часто возникают боли внизу живота при половом акте, и после как будто горит огнем внутри живота. Из-за чего возникают такие ощущения?*

ВОПРОС: *Мне 31 год, и уже три года, как мне поставили диагноз «позадидшеечный эндометриоз». Забеременеть не могу уже 5 лет, рекомендуют операцию по удалению всех женских органов. Что делать?*

4-я схема: выявляем ретроцервикальный эндометриоз

При наличии болей во время полового акта, а также при возникновении накануне и во время менструаций болезненных ощущений в глубине таза пульсирующего характера с иррадиацией в прямую кишку и влагалище, можно заподозрить эндометриоз клетчатки, расположен-

ной позади матки. Выделяют следующие стадии ретроцервикального эндометриоза: I стадия – расположение эндометриозидных очагов в пределах ректовагинальной клетчатки; II стадия – эндометриозидная ткань прорастает в шейку матки и стенку влагалища; III – патологический процесс распространяется на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки; IV – вовлекается слизистая оболочка прямой кишки, эндометриоз переходит на брюшину прямокишечно-маточного углубления с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

Диагноз «ретроцервикальный эндометриоз» ставится на основании данных УЗИ и МРТ. Лечение оперативное – лапароскопическое удаление очагов эндометриоза из клетчатки с последующим проведением гормональной и «антигормональной» терапии.

Лечение бесплодия, обусловленного эндометриозом

ВОПРОС: *Мне 26 лет. Я 3 года замужем, а детей нет. Обратилась к врачу, поставили диагноз «эндометриоз» и назначили курс дюфастона на 3 месяца. Неужели можно таблетками вылечить это заболевание?*

ВОПРОС: *Мне 27 лет, и у меня эндометриоз. Для лечения принимала 6 месяцев гормоны. Какова вероятность забеременеть?*

При бесплодии одного лишь гормонального лечения недостаточно, так как необходимо устранять причины, препятствующие наступлению беременности: эндометриозидные очаги, спайки.

Основным методом лечения эндометриоза при бесплодии является лапароскопия, во время проведения которой можно не только выявить патологические очаги эндометриоза, расположенные по брюшине малого таза, или эндометриозидную опухоль яичника, но и коагулировать их, а также резецировать эндометриому и разъединить спайки, имеющиеся при наружном эндометриозе.

Необходимость выполнения лапароскопии при наличии тазовых болей и бесплодии неясного генеза доказана последними исследованиями, выявившими, что у 60 % оперированных по поводу подозрения на наружный эндометриоз возникали препятствующие зачатию спайки в малом тазу и непроходимость маточных труб.

ВОПРОС: *Как долго нужно лежать в больнице после лапароскопии, болезненно ли это, есть ли осложнения?*

Лапароскопия – это малоинвазивное вмешательство. Сами пациенты ее иногда называют «три прокола», так как все вмешательство производится через небольшие отверстия в брюшной стенке. Осложнения при лапароскопии отмечаются крайне редко. Сразу после операции пациентке рекомендуется ходить. Выписка из стационара возможна через 2–3 дня после вмешательства.

ВОПРОС: *Мне 22 года. Год назад была лапароскопия, удаляли эндометриозидные кисты. Врач поставил диагноз «эндометриоз брюшины малого таза, спаечный процесс 2-й степени». Назначили гормональное лечение на 7 месяцев. На днях закончила курс. На УЗИ ходила, говорили: все чисто и нужно забеременеть в ближайшее время. Надеюсь на лучшее.*

ВОПРОС: *Здравствуйте! Мне 27 лет. Недавно я обратилась к врачу с проблемой бесплодия. Мне сделали лапароскопию. Диагноз – «эндометриоз яичников». Врач мне назначил принимать гормоны в течение 4 месяцев. Поможет ли это забеременеть?*

После операции обязательно назначается гормональная или «антигормональная» терапия для профилактики рецидива заболевания: на фоне снижения функции яичников подавляется развитие эндометриoidных очагов.

После отмены гормональной терапии рекомендуется пробовать зачать малыша. Сочетание лапароскопии и последующей гормональной или «антигормональной» терапии повышает шанс забеременеть до 80 %.

ВОПРОС: *Мне 39 лет, после лапароскопии мне назначили гормональную терапию на 7 месяцев. Пью таблетки, при этом поправляюсь как на дрожжах: за 7 месяцев прибавила 7 кг. Также беспокоят головные боли, снижение общего тонуса. Недомогания и слабость стали моими спутниками. Понимаю, что это нежелательные эффекты. Хочу прекратить прием этого препарата, поскольку все эти побочные явления мешают, выбивая меня из привычного ритма жизни! Можно ли заменить этот препарат на другой?*

ВОПРОС: *Мне 23 года, я еще не рожала. Поставили диагноз «эндометриоз». Год назад я перенесла операцию по удалению эндометриoidного образования яичника. Врач для лечения эндометриоза назначил гормональные препараты. На фоне этой терапии стали очень сильно отекать ноги, настроение и самочувствие ужасные. Врач отменять или изменять препарат пока не стала. Что делать дальше, не знаю. Нормально ли это, и правильное ли вообще назначено лечение?*

Для лечения эндометриоза применяются различные гормональные и «антигормональные» препараты, имеющие свои побочные эффекты и противопоказания. Если во время лечения возникают жалобы, следует обратиться к врачу и пройти обследование. При появлении отеков ног на фоне приема эстроген-гестагенных препаратов необходимо исключить венозный тромбоз: сделать УЗИ вен нижних конечностей и коагулограмму.

Комментарий с форума

Мне в августе назначили гормоны после лапароскопической операции по удалению эндометриoidной кисты. Сделали три укола, месячных пока не было, но изменения чувствуются практически сразу. УЗИ впервые за 10 лет не показало отклонений. Врач в восторге!

Мне поставили диагноз «эндометриoidная киста, эндометриоз 4-й стадии». Сказали, что лечить препаратами бесполезно, надо оперировать. Операция шла 3,5 часа, кисту удалили с частью левого яичника, очаги эндометриоза прижгли. Врач настаивал на длительной гормональной терапии. Забеременела после отмены препарата. Сейчас у меня здоровенький сыночек.

При эндометриозе можно забеременеть! Считаю, главное – это хороший врач и лечение. Мне в 21 год поставили диагноз «эндометриоз» и делали чревосечение. В 23 года оказалось, что кисты появились опять. Я попала к хорошему врачу, делала у него лапароскопию. Затем полгода лечилась гормонами. После по рекомендации того же врача пыталась забеременеть на фоне гормональной терапии. Прошла ее курсы 2 раза за полгода, после чего забеременела. Сейчас я на 4-м месяце. Желаю удачи!

Я лечу эндометриоз с 14 лет. Мне удалили правую трубу и правый яичник. Сейчас мне 22 года. В январе 2004 года начала принимать инъекции гормонального препарата. Последняя инъекция была в конце июня, в августе восстановились месячные, а уже в сентябре я забеременела. Сейчас срок 8 недель, на 5-й неделе легла в стационар на сохранение, была угроза выкидыша. Теперь пью другой препарат. И пить мне еще его до 24-й недели. Но это не столь важно. Главное – что я забеременела! Девушки, не отчаивайтесь!

Эндометриоз – это заболевание, которое является испытанием на прочность для женщины, идущей по нелегкому Пути материнства. Главное – не отчаиваться, верить в себя и в современную медицину. Если хочешь малыша, родишь его обязательно, главное – желание!

ВОПРОС: *Мне 35 лет. Пыталась забеременеть, но не получалось. Три года назад обратилась к врачу за помощью. Сделали УЗИ и обнаружили кисты обоих яичников. Затем их удалили, вместе с яичником и трубой с правой стороны, так как все было в спаечном процессе. Сейчас принимаю гормоны (3 месяца). У меня вопрос: **стоит ли в моей ситуации пытаться беременеть самой или не рисковать и идти на ЭКО?***

При неэффективности лечения бесплодия, вызванного эндометриозом, проводится экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Учеными доказано, что предварительно проведенная гормональная или «антигормональная» терапия повышает шанс забеременеть.

ВОПРОС: *Мне 20 лет, у меня эндометриоз. Боли начались в 13 лет. На протяжении 7 лет я принимала всевозможные гормональные препараты. Пока принимала те, которые по сильнее, чувствовала себя нормально. У меня сейчас менопауза, но боли все равно есть, и они сильные. Не могу ни работать, ни учиться. Неполноценно живу. Я вижу один выход: удалить матку, так как последнее УЗИ показало, что она вся усыпана этими включениями! Врач написала: «Матка в виде сот». Про детей уже думала. Но надоело жить и мучиться. Меня беспокоит только то, что, если удалить матку, организм начинает стареть. **Это правда или нет?***

При эндометриозе удаление матки не всегда помогает избавиться от болевого синдрома. Тем более удаление матки, даже при сохраненных яичниках, может приводить к угасанию их функции. В последнее время появились сведения о лечении аденомиоза, особенно в сочетании его с миомой матки, методом эмболизации маточных артерий (ЭМА). Это современная эндovasкулярная технология, которая помогает женщинам с миомой матки и аденомиозом избавиться от этих заболеваний, сохранив при этом матку и получив возможность впоследствии родить ребенка. Подробно об использовании ЭМА при миоме матки я рассказывала в книге «Путь здоровья».

У женщин с аденомиозом сразу после ЭМА исчезает выраженный болевой синдром, по данным МРТ можно обнаружить отмирание очагов аденомиоза.

Где может «поселиться» эндометриоз?

Как уже говорилось выше, эндометрий может себя великолепно «чувствовать» вне матки, причиняя массу неприятностей хозяйке. Эндометриоз иногда проникает в соседние с маткой органы и поражает мочеточники. В этом случае требуется оперативное лечение.

Эндометриозидные «очаги-путешественники» могут приживаться не только около матки, но и оказаться далеко от нее: на диафрагме, плевре и перикарде.

У каждой десятой пациентки, страдающей эндометриозом, в патологический процесс вовлечен кишечник. Наиболее часто поражаются участки прямой и сигмовидной кишки. При такой локализации также отмечаются выраженные боли и бесплодие. Диагноз эндометриоза кишечника можно поставить на основании данных УЗИ, ректороманоскопии и МРТ. Лечение заключается в оперативном удалении очагов эндометриоза с назначением в последующем гормональной и «антигормональной» терапии. У 60 % пациенток после проведенного лечения наступает беременность.

Как жить с эндометриозом?

Проблема эндометриоза очень актуальна в современной гинекологии. В США расходы на лечение и реабилитацию женщин, страдающих эндометриозом, оценены в 22 миллиарда долларов в год (Pelch K. E. et al., 2012). В последнее время на помощь женщинам, страдающим этой коварной болезнью, приходит нетрадиционная медицина. Китайскими врачами (Xiang D.F., 2011) доказано, что боль, сопутствующую эндометриозу, можно преодолеть с помощью акупунктуры. Однако они указали, что на размер эндометриом и выраженность аденомиоза метод не влияет.

Женщины, страдающие эндометриозом, учитывая имеющиеся проблемы с зачатием ребенка и выраженный болевой синдром, нередко нуждаются в психологической реабилитации.

Комментарий с форума

*Я по поводу эндометриоза 6 месяцев принимала гормоны. Состояние немного улучшилось, но затем был рецидив. Дали направление на лапароскопию. Плюнула я на все и **от операции отказалась!** Реально помогает только старый добрый способ: завести хорошего мужчину и наслаждаться жизнью. И беременность может наступить легко. Сейчас мне 39 лет. **Не могу сказать, что избавилась от эндометриоза, отнюдь нет. Но он меня больше не беспокоит!***

ВОПРОС: У меня **аденомиоз и обильные месячные**. Мужа у меня нет, да и мужчины рядом сейчас тоже нет. Чувствую себя уродом со своими болячками. Я как бы поставила крест на личной жизни. **Что делать, не знаю.**

Не существует болезней, которые бы «уродовали» женщину. Научитесь любить себя, свою половую сферу! Вживайтесь в образ красивой и здоровой женщины, и болезнь отступит!

Гипотиреоз у будущей мамочки: чем грозит?

Работа женской репродуктивной системы находится в зоне ответственности желез внутренней секреции и регулирующих центров. Одним из основных звеньев этой цепи является щитовидная железа.

Щитовидная железа: для чего нужна?

Щитовидная железа расположена на передней поверхности шеи, спереди от трахеи. Она имеет форму бабочки. Щитовидная железа является единственным органом, синтезирующим органические вещества, содержащие йод. Это железа внутренней секреции, вырабатывающая гормоны тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3). Они участвуют в обмене веществ и энергии, процессах роста, созревания тканей и органов. Синтез этих гормонов происходит в специальных клетках щитовидной железы, называемых тиреоцитами. Также в щитовидной железе производится гормон кальцитонин. Он участвует в образовании новой костной ткани.

Деятельность щитовидной железы по выработке гормонов регулируется высшими центрами: гипофизом, гипоталамусом и центральной нервной системой (ЦНС). Понимание этих связей необходимо для объяснения механизма нарушений, происходящих в половой системе женщины, при заболеваниях щитовидной железы (рис. 2).

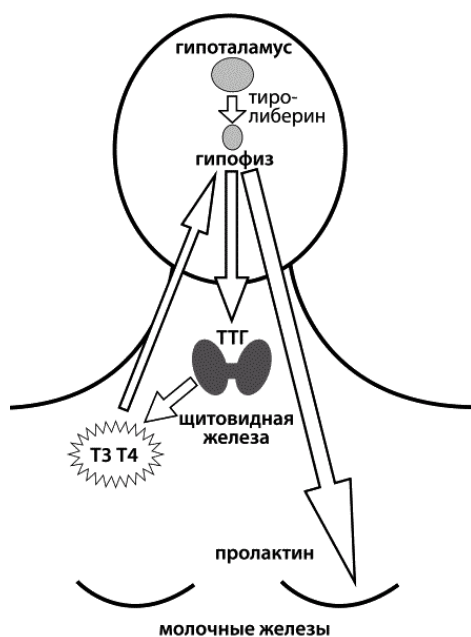


Рис. 2. Регуляция деятельности щитовидной железы

Гипотиреоз: кто в группе риска?

Гипотиреоз – это заболевание, проявляющееся снижением функции щитовидной железы и уменьшением содержания в сыворотке крови гормонов, которые она вырабатывает. Гипотиреоз является одной из самых распространенных эндокринных патологий. Чаще он встречается у женщин, чем у мужчин. Каждая десятая представительница прекрасного пола страдает этим заболеванием.

ВОПРОС: *Здравствуйте! Какова причина гипотериоза? Поможет ли предотвратить его развитие укрепление иммунитета? Говорят, полезен горный воздух, так ли это?*

У наибольшего числа больных развитие гипотиреоза вызвано поражением самой щитовидной железы. Это может быть вызвано повреждающими факторами различного характера (**первичный гипотиреоз**): аутоиммунными атаками; врожденными дефектами; воспалительными процессами; терапией радиоактивным йодом; оперативными вмешательствами на щитовидной железе.

Важным фактором, влияющим на распространенность и нозологическую структуру патологии этого органа, является уровень потребления йода. Дефицит йода приводит к снижению продукции тиреоидных гормонов и развитию йоддефицитных заболеваний. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, минимальная физиологическая потребность взрослого человека в йоде составляет 150 мкг/сут, а для беременных и кормящих женщин – 200 мкг/сут.

Реальное же потребление йода жителями РФ существенно ниже, что создает угрозу для здоровья населения и особенно – для женщин репродуктивного возраста, что требует проведения мероприятий по массовой и групповой профилактике патологии щитовидной железы. Помимо дефицита йода, развитию заболеваний щитовидной железы способствуют постоянно меняющаяся экологическая и радиологическая обстановка, хронические стрессовые ситуации.

Наиболее часто встречается аутоиммунный тиреоидит Хашимото (АИТ). Это заболевание, причиной которого являются аутоиммунные атаки собственных антител, необходимых для защиты от внедрившихся чужеродных агентов: вирусов, бактерий и пр. При аутоиммунных состояниях по неизвестным причинам антитела начинают безудержно вырабатываться и убивать свои «родные» клетки. В результате таких атак клетки могут погибать, из-за чего страдает функция того органа, на который направлена иммунная атака. При АИТ это щитовидная железа.

Почему возникает гипотиреоз?

ВОПРОС: *У меня повышен уровень ТТГ. Как же может быть снижена функция щитовидной железы, если ТТГ повышен? Из-за чего он может повыситься?*

Какова бы ни была причина снижения функции щитовидной железы, в любом случае при гипотиреозе отмечается снижение синтеза гормонов Т3, Т4 и кальцитонина. Так как все эти гормоны очень важны для жизнедеятельности организма, сигнал об их недостатке поступает в регулирующие центры: гипофиз и гипоталамус.

В ответ на «запрос снизу» «руководство сверху» (гипофиз и гипоталамус) дает «команду» активировать щитовидную железу. Для реализации этой команды выделяются специальные вещества, которые через кровь поступают в щитовидную железу. За счет этого повышается производство ее гормонов: гипофиз выделяет тиротропный гормон (ТТГ), гипоталамус – тиролиберин (рис. 2), в крови резко повышается концентрация этих веществ.

Но проблема состоит в том, что «фабрика» по производству гормонов, то есть щитовидная железа, «сломалась»: команды не могут быть выполнены! «Командиры» (гипофиз и гипоталамус) продолжают отдавать «распоряжения» о том, что нужно восстановить производство важных для жизни гормонов, то есть выделяют ТТГ и тиролиберин. А «фабрика» не отвечает на команды: Т3 и Т4 остаются на низком уровне.

Реже причиной гипотиреоза бывают «проблемы у руководства сверху» – **вторичный и третичный гипотиреоз**, развивающийся вследствие дефицита ТТГ и тиролиберина соответственно. Также встречается так называемый **периферический гипотиреоз**, при котором гормоны щитовидной железой вырабатываются в достаточном количестве, а органы и ткани их не получают по каким-то причинам.

Как проявляется?

В основе развития гипотиреоза лежит дефицит специфического воздействия гормонов щитовидной железы на организм. На начальных стадиях заболевание может фактически не проявляться, при этом будет незначительно повышен ТТГ на фоне неизменного содержания Т3 и Т4. Это так называемая **субклиническая форма гипотиреоза**.

В дальнейшем при более длительном дефиците гормонов щитовидной железы отмечается **развернутая клиника манифестного гипотиреоза**.

ВОПРОС: *Может ли быть лишний вес из-за проблем с щитовидной железой?*

ВОПРОС: *Мне поставили диагноз АИТ, анализ гормонов показал: Т4р—1,31; ТЗр—3,37; ТТН—7,29; антитела к ТПО – 1000. Я очень **сильно поправилась** – на 25 кг за короткий период времени, постоянно голова болит, нервничаю по любому поводу. Может ли это быть вызвано гипотиреозом?*

Наиболее частыми проявлениями гипотиреоза являются:

● **нарушения обменных процессов:** ожирение, понижение температуры тела, зябкость, непереносимость холода, желтушность кожных покровов;

● **отеки:** одутловатость лица, отпечатки зубов на языке, отеки ног и рук, затруднение носового дыхания (связано с набуханием слизистой оболочки носа), нарушение слуха (отек слуховой трубы и органов среднего уха), охрипший голос (отек и утолщение голосовых связок).

ВОПРОС: *Нужно ли принимать таблетки, прописанные врачом после родов в связи с ухудшением анализов щитовидной железы? Я **чувствую себя плохо, постоянно хочется спать и плакать**. Может ли это быть из-за заболевания щитовидки?*

Нередко при гипотиреозе имеют место **поражения нервной системы:** сонливость, заторможенность, снижение памяти, боли в мышцах, парестезии, снижение сухожильных рефлексов.

● **Поражения пищеварительной системы:** увеличение печени, дискинезия желчевыводящих протоков, дискинезия толстой кишки, склонность к запорам, снижение аппетита, атрофия слизистой оболочки желудка, тошнота, иногда рвота.

Проявления анемии: ломкость ногтей и волос, сухость кожи.

Сердечно-сосудистые нарушения: нарушения ритма сердца, брадикардия, стенокардия, недостаточность кровообращения, гипотония.

ВОПРОС: *Мне 26 лет, лишний вес уже более 10 лет. В последнее время у меня очень низкое давление, **нарушен менструальный цикл, и я не могу забеременеть**. Может, это гипотиреоз?*

Следствием дефицита гормонов щитовидной железы могут стать **нарушения половой сферы:** кровотечения (меноррагия) или, наоборот, редкие скудные менструации (олигоменорея) либо их отсутствие (аменорея); бесплодие.

ВОПРОС: *У меня **повышен уровень пролактина** уже долгое время (анализы сдавала несколько раз) до 1200 и **нарушен менструальный цикл**. Что может быть причиной?*

При гипотиреозе очень часто определяется **повышение уровня пролактина** (рис. 2), синтез которого стимулируется тиролиберином гипоталамуса, что способствует выделению **из сосков молока или молозива (галакторея)**.

Если гипотиреоз долго не диагностировать и не лечить, то в тяжелых случаях может наступить крайне опасное состояние – **гипотиреоидная (микседематозная) кома**. Она характеризуется прогрессирующим нарастанием всех вышеописанных симптомов гипотиреоза. Провоцирующими факторами обычно являются переохлаждение и гиподинамия, сердечно-сосудистая недостаточность, острые инфекционные заболевания, психоэмоциональные и физические перегрузки, прием снотворных и седативных средств, алкоголя.

Гипотиреоз и бесплодие: как связаны?

ВОПРОС: *Ольга, здравствуйте! Подскажите, пожалуйста, у меня завышен гормон ТТГ 4,260 (норма от 0,4 до 4). Это может препятствовать наступлению беременности? И влияет ли это на вынашивание?*

ВОПРОС: *Я планирую беременность, прошла обследование. У меня свободный Т4 – 10.54 (норма – 11.5–24.0), ТТГ у меня повышен до 4.13 (норма – 0.174.05), ТПО – 5.21. Могу ли я забеременеть?*

Проблема нарушений функции щитовидной железы у женщин, страдающих бесплодием, в последние годы вызывает большой интерес гинекологов-эндокринологов. Гипотиреоз является довольно распространенной патологией у женщин, страдающих бесплодием. Данное заболевание выявляется у 20–40 % пациенток, которые не могут зачать ребенка.

Причиной бесплодия при гипотиреозе являются нарушения процесса овуляции вследствие дефицита тиреоидных гормонов, приводящего к изменению процессов синтеза, транспорта и метаболизма женских половых гормонов.

Согласно результатам последних исследований, бесплодие отмечается лишь при клинически проявляющемся гипотиреозе, сопровождающемся снижением содержания гормонов щитовидной железы. При субклиническом гипотиреозе (без снижения синтеза гормонов) овуляция и оплодотворение могут быть не нарушены. Однако при субклиническом течении гипотиреоза имеет место повышенный риск невынашивания беременности, особенно у женщин с антитиреоидными антителами.

Как уже говорилось выше, наиболее частой причиной гипотиреоза является аутоиммунное поражение щитовидной железы – АИТ. Это заболевание, при котором в результате атак собственных антител страдает щитовидная железа.

В настоящее время установлена связь между наличием антитиреоидных антител и бесплодием. Антитиреоидные антитела могут быть независимым фактором бесплодия. Существует точка зрения, что собственные антитела могут атаковать клетки не только щитовидной железы, но и половой системы, в первую очередь яичников. Наиболее часто высокий уровень антитиреоидных антител выявляется у женщин с бесплодием, эндометриозом, синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), преждевременной яичниковой недостаточностью.

В связи с этим в последнее время ученые выделяют аутоиммунное бесплодие. Оно отмечается у женщин с проблемами зачатия неясного генеза, эндометриозом и повышенным уровнем антитиреоидных антител.

5 этапов обследования щитовидной железы

Несмотря на широкую распространенность гипотиреоза, нередко пациентки очень поздно обращаются за квалифицированной помощью.

1-й этап. Ориентируемся на клинические проявления. Наименьшие сложности в диагностике гипотиреоза отмечаются при наличии клинических проявлений, о которых я рассказывала выше.

История из жизни

Хочу рассказать вам о своей хорошей знакомой Светлане. Она врач-невропатолог. Как-то коллеги по работе заметили, что Светлана стала заторможенной, забывчивой, сонной. Она стала часто пропускать работу, так как не могла встать с кровати.

Всем казалось, что у нее банальная усталость, и рекомендовали ей отправиться в отпуск. Но, как обычно, времени на отдых у врачей катастрофически не хватает.

Вскоре моя знакомая перестала ходить на работу. Ее родственники сказали, что она практически круглосуточно спит. Почему-то это никого не насторожило. Все врачи вокруг не замечали опасных симптомов.

Эта история могла бы закончиться печально, если бы сама Светлана не подключила свой «врачебный мозг». В один из редких периодов бодрствования ее неожиданно осенило, что все имеющиеся у нее симптомы могут быть проявлением гипотиреоза! Просто гениально для больной, страдающей таким заболеванием!

Светлана нашла в себе последние силы и сдала анализ на гормоны щитовидной железы. Результат превзошел все ожидания: их уровень был снижен до критических цифр, почти не совместимых с жизнью.

Моя знакомая начала принимать замещающую гормональную терапию, и сейчас она уже вернулась на работу, спасает больных.

Я с ужасом думаю: а что бы произошло, если бы Светлана не имела медицинского образования?

Но клинически гипотиреоз проявляется не всегда. Поэтому на **2-м этапе** делаем УЗИ щитовидной железы.

ВОПРОС: *Я планирую беременность. На УЗИ щитовидной железы нашли узлы. Как дальше обследоваться?*

ВОПРОС: *У меня хронический АИТ. Во время беременности я не лечилась. После родов я не принимала ничего, и через год щитовидная железа резко увеличилась в размерах. Мне сделали биопсию, но ничего серьезного не обнаружили. Врач назначила лекарства. Что мне делать?*

ВОПРОС: *Мне 47 лет, года 2 назад начала очень сильно потеть. Сдавала, по рекомендации гинеколога, анализ на гормоны, та нашла небольшие изменения, а вот **УЗИ щитовидной железы показало много узелков**. Отчего-то же я так сильно потею? Что делать?*

При выявлении изменений по данным УЗИ щитовидной железы необходимо пройти **3-й этап – лабораторное обследование:** определение уровней ТТГ, свободного Т4, а также антитиреоидных антител.

В норме концентрация ТТГ в крови составляет 0,4–4,0 мМЕ/л. При выявлении уровня ТТГ более 10 мМЕ/л имеет место первичный гипотиреоз.

При пограничном повышении уровня ТТГ (4–10 мМЕ/л) можно думать о субклиническом гипотиреозе. В этом случае исследование дополняют определением уровня свободного Т4. Определение уровня Т3 с целью диагностики гипотиреоза не показано, так как обычно этот показатель изменяется однонаправленно с Т4, хотя нередко Т3 остается нормальным при уже сниженном Т4.

В соответствии с последними клиническими рекомендациями Российской ассоциации эндокринологов, «большими» диагностическими признаками, сочетание которых позволяет установить диагноз АИТ, являются: первичный гипотиреоз (манифестный или стойкий суб-

клинический); наличие антител к ткани щитовидной железы; ультразвуковые признаки аутоиммунной патологии (диффузное снижение эхогенности ткани железы). При отсутствии хотя бы одного из «больших» диагностических признаков диагноз АИТ носит лишь вероятностный характер.

Оценивать функцию щитовидной железы необходимо всем женщинам (скрининг), обращающимся в клинику по поводу нарушений менструального цикла, бесплодия и невынашивания беременности.

Пациенток с выявленными лабораторными и ультразвуковыми маркерами гипотиреоза следует направить на консультацию эндокринолога, который в случае необходимости проводит дополнительное обследование и определяет объем терапии.

Лечение гипотиреоза

ВОПРОС: *Какое лечение назначают при гипотиреозе? Я очень боюсь принимать гормоны!*

При гипотиреозе любой этиологии показана заместительная терапия синтетическими тиреоидными гормонами в индивидуально подобранной дозе. Наиболее часто применяются препараты L-тироксина. Целью заместительной терапии первичного гипотиреоза является поддержание уровня ТТГ в пределах 0,5–1,5 мМЕ/л.

L-тироксин следует принимать натощак в одно и то же время суток. У ряда препаратов (инсулин, сердечные гликозиды, антикоагулянты и пр.) отмечены лекарственные взаимодействия с L-тироксином. Сообщите терапевту о том, что вам назначили L-тироксин, а эндокринологу – что принимаете другие медикаменты.

ВОПРОС: *У меня гипотериоз. Принимаю полгода L-тироксин 75. Врач сказала, что принимать это лекарство надо всю жизнь. Неужели нет другого выхода? Что будет, если я его брошу?*

Этот препарат можно использовать длительное время. Качество жизни у пациенток с гипотиреозом, постоянно получающих заместительную терапию L-тироксином, не страдает, а, наоборот, повышается. Лечить или не лечить гипотиреоз – это ваш выбор. Но если дефицит гормонов не возмещать, то он будет усугубляться, а клиника гипотиреоза – прогрессировать.

Вопрос о целесообразности лечения субклинического гипотиреоза остается нерешенным до настоящего времени. Если во время беременности подходы к лечению манифестного и субклинического гипотиреоза не отличаются, то вне беременности решение принимают индивидуально в каждом конкретном случае.

ВОПРОС: *У меня повышен уровень ТТГ (4,266). Сегодня была у эндокринолога, она мне посоветовала принимать до и во время беременности гормоны. А мне травница сказала, что после него вообще щитовидка перестанет работать и что нужно до беременности попить лапчатку белую. Она восстанавливает работу щитовидной железы. Теперь и не знаю, что мне делать?*

Однозначно требует гормонального лечения субклинический гипотиреоз у женщин, планирующих в ближайшее время беременность, а также у пациенток с бесплодием или невынашиванием беременности, особенно при высоком уровне антител и увеличении объема щитовидной железы. Исходная доза L-тироксина при субклиническом гипотиреозе вне беременности может быть несколько ниже, чем при манифестном гипотиреозе, и составляет обычно около 1 мкг на 1 кг массы тела.

Есть мнение, что в эндемичных районах женщинам на этапе планирования беременности показано назначение индивидуальной йодной профилактики (препараты йодида калия – 200 мкг в сутки, йодомарин-200).

Коррекцию нарушений репродуктивной функции у женщин с гипотиреозом следует начинать с компенсации последнего и проводить динамическую оценку функции щитовидной железы на фоне беременности.

ВОПРОС: *При обследовании обнаружили АИТ. Пью успокоительные настойки: пустырник, боярышник, пион, валерьянку. Беспокоят беспричинные приливы какого-то внутреннего волнения. Что можно еще попить, чтобы предотвратить эти приступы?*

Лечение гипотиреоза невозможно без заместительной гормональной терапии. Успокоительные препараты не компенсируют функцию щитовидной железы и не уберут проявления гипотиреоза.

Как мы уже сказали, самостоятельным фактором развития бесплодия, а впоследствии и невынашивания беременности являются антитиреоидные антитела.

ВОПРОС: *Я сдала анализы на гормоны: ТТГ – 2,2, свободный Т4 – 20,2. Мне сказали, что все в норме. А вот антитела к ТПО повышены до 306,8 (год назад были 65,95). Эндокринолог назначил пить зимой и весной гормоны, но я боюсь. Не знаю, что делать? Может, не обязательно пить эти таблетки?*

В настоящее время не существует препаратов, уменьшающих агрессию организма против своих клеток и снижающих выработку антител. Несмотря на то, что у пациенток с повышенным уровнем антител предпринимались попытки применения различных методов лечения (тиреоидные гормоны, иммуномодуляторы, глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, плазмаферез), успехом они не увенчались. Поэтому одно лишь носительство антител без нарушения функции щитовидной железы не требует проведения какого-либо лечения.

Комментарий с форума

Пока не пила таблетки, мучилась от усталости, сонливости! Как только села на гормоны, похудела на 2 размера. Улучшилась память! Врач сказал, что похудела я из-за того, что сошли отеки, которые были от болезни.

Неудачное ЭКО: почему?

В последнее время в литературе активно обсуждается значение восстановления функции щитовидной железы для повышения эффективности лечения бесплодия в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбриона в полость матки. Среди женщин с неудачными попытками ЭКО много тех, кто является носителем антитиреоидных антител.

ВОПРОС: *Мне 29 лет. Бесплодие первичное. Первичный гипотиреоз на фоне АИТ. Готовлюсь к ЭКО. Назначили L-тироксин в дозе 125 мкг. Сдавала анализ ТТГ – 0.18 (0.17 – 4.05 мМЕ/л), Т4 – 17,4 (11.5–23.0 пм/л). Возможно ли наступление беременности после ЭКО, и как часто после наступления беременности необходимо сдавать анализы на гормоны?*

ВОПРОС: *Была проведена попытка ЭКО, но закончилась неудачей. У меня гипотиреоз: на дозе L-тироксина 125/100 мкг ТТГ – 8.2 (0.17–4.05 мМЕ/л), Т4 – 10.5 (11.5–23.0 пм/л). Может ли влиять гипотиреоз на результат ЭКО?*

Уровень ТТГ является одним из наиболее значимых показателей прогноза эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий и свидетельствует о важной роли тиреоидных гормонов в физиологии ооцитов (неовулировавших яйцеклеток).

Результаты недавних исследований показали: чем выше уровень ТТГ, тем ниже качество ооцитов и больше неудачных попыток ЭКО. Эти данные свидетельствуют о необходимости скрининга на наличие антитиреоидных антител – раннего маркера неудачного ЭКО. На фоне беременности необходимо регулярно контролировать ТТГ, начиная с 8–12 недель беременности.

Внедрение и бурное развитие в последние годы вспомогательных репродуктивных технологий привело к значительному повышению доли индуцированных беременностей. Под этим термином подразумевают беременность, наступившую в результате применения индукторов (стимуляторов) овуляции – гормональных препаратов, способствующих наступлению овуляции, широко используемых для восстановления способности зачать ребенка при ановуляторной форме бесплодия, а также в программах ЭКО.

ВОПРОС: *У меня гипотиреоз. Можно ли меня стимулировать гормонами, как здоровых женщин? И как влияет щитовидная железа на ЭКО? Что мне делать? Я даже не знаю, как правильно задать вопрос. Мне нужно родить ребенка. Единственная проблема с моей стороны – это щитовидная железа. Без программы ЭКО я не могу забеременеть. Мне нужно вырастить нормальное количество фолликулов, но как это сделать? Что делать, чтобы щитовидка мне не мешала? Чем ее лечить?*

Как известно, стимуляция суперовуляции, проводимая в программах ЭКО с целью получения максимального количества ооцитов, сопровождается резким повышением уровня эстрогенов в крови. Гиперэстрогения за счет ряда компенсаторных механизмов приводит к повышению уровня ТТГ. Это способствует повышенной стимуляции щитовидной железы, которая вынуждена задействовать свои резервные возможности. Поэтому у женщин с антитиреоидными антителами, даже без исходного нарушения функции щитовидной железы, есть риск развития гипотиреоза в ранние сроки индуцированной беременности.

Таким образом, стимуляция суперовуляции во время ЭКО является фактором риска нарушения функции щитовидной железы и развития гипотиреоза. В связи с этим пациентки с антитиреоидными антителами, подвергшиеся ЭКО, требуют тщательного динамического наблюдения и контроля гормонального статуса в течение всей беременности.

Следовательно, очень важно выявлять нарушения функции щитовидной железы еще на этапе планирования беременности. В первую очередь это необходимо женщинам, планирующим проведение ЭКО.

Гипотиреоз во время беременности

Беременность и роды у женщин с патологией щитовидной железы характеризуются высокой частотой возникновения ряда осложнений: ранних токсикозов, гестоза, хронической внутриутробной гипоксии плода, дискоординации родовой деятельности, угрозы невынашивания беременности.

ВОПРОС: *УЗИ во время второй беременности выявило у меня вторую степень увеличения щитовидной железы и узелок 0.75 на левой части. Сказали, что когда железа дорастет до 1 см, будут делать пункцию. Анализы все сдавала, в них все в норме. После родов через полгода сделала УЗИ: узелка нет и щитовидка в норме. Как такое может быть?*

Гормональная перестройка, которая происходит во время беременности, приводит к увеличению нагрузки на щитовидную железу будущей мамочки. Практически всю первую поло-

вину беременности щитовидная железа плода еще не функционирует, и его развитие в полной мере зависит от тиреоидных гормонов женщины.

Адекватный уровень тиреоидных гормонов беременной необходим для нормального эмбриогенеза. Гормоны щитовидной железы регулируют процессы развития, созревания, специализации и обновления почти всех тканей плода и имеют исключительное значение для закладки и развития головного мозга, формирования интеллекта ребенка, роста и созревания костного скелета, половой системы, оказывают влияние на половое развитие, менструальную функцию и фертильность еще не родившегося малыша.

Поэтому потребность в тиреоидных гормонах во время беременности увеличивается на 40–50 %. Если у будущей мамочки исходно была снижена функция щитовидной железы, то на фоне беременности дефицит ее гормонов будет усугубляться, плод недополучит необходимых для его развития и роста веществ, что неизбежно приведет к необратимой патологии у малыша. В первую очередь это отразится на развитии его ЦНС, может возникнуть кретинизм.

ВОПРОС: *Я беременна, срок – 4 недели. Пью тироксин по 100 мг. Доктор сказала, что надо пить лекарство в той же дозировке и дальше, а через месяц сдать анализы. Может, придется увеличить дозу. Не повредит ли это ребенку?*

У женщин с компенсированным гипотиреозом дозу L-тироксина следует увеличить сразу (обычно на 50 мкг/сут), как только констатирована беременность. При гипотиреозе, впервые выявленном во время беременности, сразу назначается полная заместительная доза L-тироксина из расчета 2,3 мкг на 1 кг массы тела как при манифестном, так и при субклиническом гипотиреозе. Адекватной заместительной терапии гипотиреоза на фоне беременности соответствует поддержание низконормального (менее 2 мМЕ/л) уровня ТТГ и высоконормального уровня свободного Т4. Контроль уровня ТТГ и свободного Т4 проводят каждые 8–10 недель. После родов доза L-тироксина снижается до обычной заместительной (1,6–1,8 мкг на 1 кг массы тела).

В последнее время появились данные об увеличении частоты невынашивания беременности у женщин с высоким уровнем антитиреоидных антител. Риск спонтанного прерывания беременности у женщин с антитиреоидными антителами превышает таковой у женщин без антител в 24 раза. Он повышается в 1-м триместре беременности. В дальнейшем у женщин, имеющих в анамнезе привычное невынашивание (3 самопроизвольных выкидыша и более), этот риск возрастает с увеличением срока беременности.

У женщин с антитиреоидными антителами также отмечено большее количество неудачных ЭКО, чем у дам без них. Поэтому носительницы антитиреоидных антител составляют группу риска ранних репродуктивных потерь, что требует специального наблюдения этой категории женщин еще на этапе планирования беременности.

Как зачать малыша? Вспомогательные репродуктивные технологии

Что делать паре, которая не может зачать ребенка? Позади месяцы, а иногда и годы обследований, хождений по врачам – и все без результата! Как современная медицина помогает отчаявшимся супружеским парам, лишенным счастья родить малыша?

В последнее время все чаще стали применяться так называемые вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), которые призваны помочь женщине зачать и выносить ребенка.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.