

**Доктор Ольга Белоконь**

.....

# Я БЕРЕМЕННА

**ЧТО ДЕЛАТЬ?**

**2-е издание,  
дополненное и переработанное**

.....

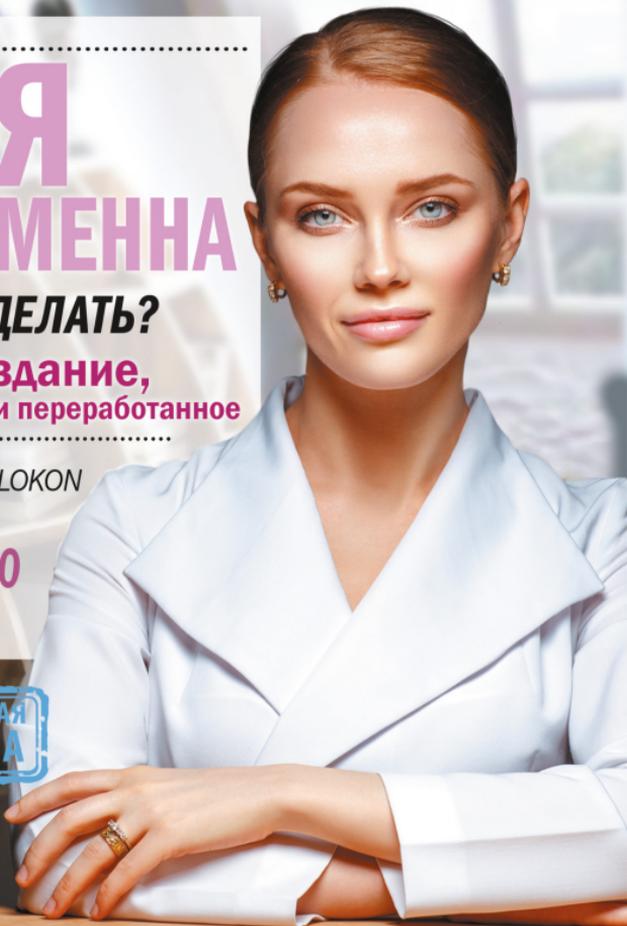
@DOCTOR\_BELOKON

более

**3 200 000**

ПОДПИСЧИКОВ

**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ  
МЕДИЦИНА**



**Ольга Белоконь**  
**Я беременна, что делать?**  
**2-е издание, дополненное**  
**и переработанное**  
**Серия «Доктор Ольга Белоконь.**  
**Доказательная медицина»**

*Текст предоставлен издательством*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=66655604](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66655604)*

*Я беременна, что делать? 2-е издание, дополненное и переработанное:*

*АСТ; Москва; 2021*

*ISBN 978-5-17-136489-2*

### **Аннотация**

Ольга Белоконь – практикующий врач акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук, лауреат премии Здравомыслие, популяризатор науки и доказательной медицины.

За годы существования блога Ольге удалось собрать огромную аудиторию читателей-женщин, которые, живя в условиях постсоветской медицины, теряются во врачебных мнениях, находятся в замешательстве от советов подруг, информации в Рунете и собственных домыслов. Так как все-таки правильно? Почему походы в женскую консультацию становятся настоящей

пыткой для беременной женщины? Сколько лекарственных препаратов получает среднестатистическая беременная? 5, 10, 15? Что такое препараты с недоказанной эффективностью и какой максимум обследований должна пройти каждая женщина, ожидающая ребенка? Как не попасться на несуществующие диагнозы и трехэтажные схемы их лечения?

Эта книга станет вам опорой и помощницей, уберезет от лишних вмешательств, подарит бесценные знания о нормах беременности, расскажет обо всех проблемах, с которыми можно столкнуться, и о современных, достоверных методах лечения и диагностики.

*2-е издание, дополненное и переработанное*

*В формате a4.pdf сохранен издательский макет книги.*

# Содержание

Предисловие	7
Обследования перед зачатием	9
Обследования, необходимые во время беременности	25
Необходимые анализы в первом триместре	26
Необходимые анализы в 16–28 недель	31
Необходимые анализы в третьем триместре (28–42 недели)	32
С чего все начинается и как развивается ваш ребенок	35
Как начинается беременность	35
Что такое плацента	37
Как считаются сроки беременности	38
Что такое предполагаемая дата родов	40
Развитие беременности по неделям	41
Секреты успешного зачатия	46
Что такое фертильность	47
Что такое нормальная человеческая фертильность	48
Когда стоит обращаться раньше (через шесть месяцев)	53
Надо ли «ловить» овуляцию и как это делать	54
Почему такой интервал – раз в один – три дня	56

Можно ли использовать смазки	57
Как влияет возраст на фертильность	58
Влияние образа жизни на зачатие	59
Как курение влияет на фертильность	59
Мифы о прогестероне	61
С прогестероном беременность наступает быстрее?	61
Физиология менструального цикла	63
Конец ознакомительного фрагмента.	65

**Ольга Белоконь**  
**Я беременна, что делать?**  
**2-е издание, дополненное**  
**и переработанное**

© Белоконь Ольга, текст, 2021

© ООО «Издательство АСТ», 2021

# Предисловие

Добро пожаловать на страницы моей книги.

Не судите строго, это мой первый писательский опыт. Мне хотелось дать вам максимальное количество полезной информации, хотелось уберечь от лишних тревог и волнений, дать оружие в виде знаний, которые помогут вам не волноваться зря, не делать поспешных выводов и принимать правильные решения. Я искренне надеюсь, что у меня это получилось. Я благодарна вам за выбор моей книги и за ваше доверие ко мне как к специалисту. Я долго думала над логикой этой книги, как структурировать в ней информацию. По каждому анализу, обследованию, диагнозу, лекарственному препарату, по каждому отдельному пункту у меня море информации. Для меня важно разложить ее по полочкам, ответить на все возможные вопросы – за время работы врачом я знаю их наперед, – объять необъятное, все разжевать и положить готовое вам в рот. Книгу не нужно читать от первого пункта до последнего.

Есть общая информация, которая будет актуальна для всех: питание, прием витаминов и микроэлементов, физические нагрузки, путешествия, перелеты, безопасность УЗИ, генетические скрининги, прививки, ОРВИ во время беременности. И будет много разделов, которые не нужно читать, если вас эта проблема не коснулась: режус-конфликт,

истмико-цервикальная недостаточность, преэклампсия, маловодие, многоводие и некоторые другие вопросы.

Я надеюсь, что книгой будет очень удобно пользоваться. Местами она очень сложная, потому что это все-таки медицинская книга, а не история моей жизни. Мне хотелось вместить в нее по максимуму всю полезную информацию, которая вам может пригодиться во время беременности.

Первая глава – это буквально список необходимых обследований во время беременности. Остальная часть книги будет посвящена подробным пояснениям и предостережениям, и мне кажется, что мы с вами поговорим обо всем на свете.

# Обследования перед зачатием

Думаю, что многие из вас приобретут эту книгу еще до наступления своей беременности и захотят сдать анализы, чтобы более тщательно к ней подготовиться, что очень правильно, современно и ответственно. Ниже я перечислю основные обследования, которые я обычно рекомендую своим пациентам. Стоило бы отметить, что единого подхода в этом отношении в мире нет. Нет и утвержденного перечня обследований «для всех», поэтому я беру на себя смелость и публикую свой список, исходя из имеющихся научных данных и моего практического опыта. Со своим лечащим врачом вы можете создать свой, что-то добавить, что-то убрать, это нормально. Мы ведь все разные, у каждого свои сопутствующие заболевания, своя история жизни и пр.

Вы должны понимать, что эти обследования по большей части не являются обследованиями, которые гарантируют наступление беременности или отсутствие бесплодие в будущем. Отнюдь. Понять, есть у вас бесплодие или нет, можно только ПОСЛЕ того, как вы будете иметь регулярные (2–3 раза в неделю) незащищенные половые контакты с эякуляцией во влагалище на протяжении 6–12 месяцев. Заранее узнать о бесплодии НЕВОЗМОЖНО. Исключением являются только те ситуации, когда есть уже известные аномалии развития половых органов (отсутствует матка или маточные

трубы). Или, например, были проведены какие-то операции (удаление маточных труб с обеих сторон, удаление обоих яичников), вмешательства (вазэктомия, допустим), есть известные заболевания или патологии, которые делают наступление беременности невозможным и пр... В остальных случаях, если вы условно здоровая женщина и ваш партнер также условно здоров – даже если вы сдадите все известные в мире анализы и пройдете все известные обследования – это не гарантирует наступление беременности. Существуют причины бесплодия, которые являются сложнодиагностируемыми или недиагностируемыми вовсе. Но я не хотела бы останавливаться здесь на этом подробно. Все-таки речь об обследованиях перед зачатием, а не о проблеме бесплодия, которой можно было бы посвятить отдельную книгу. Поэтому вернемся к нашей теме.

Если обследования делаются не для выявления бесплодия, зачем тогда они нужны?

Затем, что некоторые состояния, заболевания, могут осложнять течение беременности (краснуха, гипотиреоз), могут отрицательно сказываться на вашем общем состоянии и, как следствие, состоянии плода (анемия), могут требовать лечения ДО беременности, чтобы во время беременности для плода было меньше рисков (туберкулез, ВИЧ и др.).

Что я рекомендовала бы исследовать?

1) Анализ крови на ТТГ (сдается в любой день менстру-

ального цикла) – скрининг заболеваний щитовидной железы, ее «правильная работа» очень важна для нормального развития эмбриона/плода.

Интерпретировать показатели ТТГ необходимо с вашим врачом акушером-гинекологом или эндокринологом. Существует много нюансов, и для того, чтобы не возникало путаницы, писать нормы ТТГ здесь не буду. Про скрининг заболеваний щитовидной железы и нормальные показатели ТТГ во время беременности смотрите в отдельной главе («Скрининг заболеваний щитовидной железы»)

2) Обновить флюорографию/рентген органов грудной клетки. В странах «бывшего СССР» уже не один десяток лет есть эпидемия туберкулеза. Туберкулез может быть у кого угодно. У самых «здоровых» и у людей из самых благополучных семей. Так что не думайте, что это вас не касается. Касается каждого без исключения. Это крайне важное ежегодное обследование для каждой из вас. Чем раньше начато лечение, чем раньше выявлена болезнь – тем лучше будут результаты, тем выше ваши шансы на выздоровление.

3) Анализ крови на IgG к кори и краснухе – при отрицательном результате – вакцинация, после нее надежная контрацепция 1 месяц. По истечении 1 месяца вы можете приступать к попыткам зачатия.

Вакцинация безопасна, она защищает вас от тяжелого течения инфекции, готовит «армию» антител, которые будут готовы бороться с «врагом» (вирусом), если вы с ним встре-

титесь.

Если вы никогда не болели ранее краснухой и не делали прививку, и вдруг во время беременности заболели краснухой – это может быть чревато очень серьезными последствиями, вплоть до гибели плода. Смотрите подробнее в отдельной главе.

Поэтому сделать вакцинацию очень желательно.

4) Анализы на инфекции, которые передаются половым путем.

Мазок из влагалища на выявление методом ПЦР (качественно)

1. Микопlasма гениталиум
2. Гонококк
3. Хламидия трахоматис
4. Трихомонада вагиналис

Очень ВАЖНО перед обследованием на протяжении 2-х суток не применять препараты местного действия (кремы антибактериальные, свечи, гели и пр., не спринцеваться), воздержаться от половых контактов.

За 21 день до сдачи анализа не должны быть использованы антибиотики.

Также можно сдать кровь на выявление:

Гепатита В:

- 1) HBsAg

ИЛИ

2) ПЦР. Вирус гепатита В (качественно)

Гепатита С:

1) ИФА, суммарные антитела к гепатиту С IgM, IgG

ИЛИ

2) ПЦР. Вирус гепатита С (качественно)

ВИЧ

ИФА, выявление антител к ВИЧ

Сифилис

ИФА, суммарные антитела к *Treponema pallidum*

Ни один из этих методов обследования не имеет 100 % точности.

Результаты могут быть ошибочными.

Это зависит от вида инфекции, времени, когда было заражение, и когда после него сделали анализ (сдали раньше времени – получили ложный отрицательный результат), соблюдения всех правил подготовки к анализу и правильности забора материала персоналом. Бывают ошибки лаборатории, мы живем в мире людей.

В случае малейших сомнений анализы лучше пересдать.

5) ПАП-тест + если у вас есть возможность, сдайте анализ на ВПЧ.

Результат ПАП-теста действителен минимум год, можно

избежать его сдачи во время беременности.

ПАП-тест позволяет выявлять предраковые и раковые заболевания шейки матки. Если что-то будет обнаружено – желательно полечить это все до наступления беременности.

Подробнее обо всем об этом читайте в моей книге «Я-женщина. Все о женском здоровье, контрацепции, гормонах и многом другом».

б) Посещение стоматолога. Лечение и/или профессиональная гигиена зубов.

Также необходимо начать принимать фолиевую кислоту в дозе 0,5 мг/сутки хотя бы за 1-3 месяца до зачатия.

- Можно сдать общий анализ крови, если последний раз вы его сдавали очень давно (более года назад).

- Можно исследовать уровень ферритина, если вы из группы риска по железодефициту и железодефицитной анемии. Нормы ферритина от 30 мкг/л.

- Лечение и консультации у смежных специалистов, если у вас есть хронические заболевания (сахарный диабет, болезни почек и пр.)

- Можно сдать IgG к токсоплазме/цитомегаловирусу и герпес-вирусам, чтобы понимать, была ли встреча ДО беременности с этими инфекциями. Но в целом это необязательно, так как специфической профилактики не существует.

Надо ли проводить какие-то генетические обследования,

чтобы устранить/уменьшить риски генетических заболеваний у вашего будущего ребенка?

Здесь вы должны понимать кое-какие важные моменты.

Существуют заболевания, которые возникают спонтанно у эмбриона, и они НЕ СВЯЗАНЫ С хромосомами/генами родителей.

Например, синдром Дауна. В 99 % случаев – это случайность, возникающая НА ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ САМОГО ЭМБРИОНА, и это нельзя предотвратить. Так бывает, риск в популяции оценивают ~ 1:1000, и статистика всегда была/будет +- в этом плане неизменна.

В связи с этим, конечно же, никакое обследование родителей ДО беременности не проводится, потому что таких не существует, и возникновение этой патологии с родителями НЕ связано (за очень редким исключением, вдаваться в подробности не буду).

Скрининг этих заболеваний (трисомий) проводится уже ВО ВРЕМЯ беременности (УЗИ плода + кровь из вены матери – НИПТ или обычный биохимический скрининг (читайте подробнее в главе про генетические скрининги)) и по результатам оценивается риск наличия хромосомных заболеваний у плода (высокий/низкий), а по результатам диагностических исследований (амниоцентез, кордоцентез, биопсия хориона) эти заболевания могут быть выявлены или исключены.

И существуют заболевания, которые называют **МОНОГЕННЫМИ**.

Они наследуются от мамы с папой (от них плод получает патологические гены) и возникают только в том случае, если у родителей есть определенные гены. То есть это не случайность, а унаследованное заболевание.

Именно моногенных заболеваний **МОЖНО ИЗБЕЖАТЬ**, если проводить скрининги у партнеров **ДО** наступления беременности и информировать будущих родителей.

Кому следует пройти скрининг, и какое должно быть ваше отношение к этому и вашего лечащего врача?

### Рекомендации АСОГ

**КАЖДОЙ** женщине следует **ПРЕДОСТАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ** о генетических скринингах на выявление «здорового» носительства патологических генов.

После консультации **ВЫ МОЖЕТЕ ОТКАЗАТЬСЯ** от какого-то конкретного или вообще от всех скринингов (до и во время беременности включительно).

В идеале скрининг и консультирование носителей следует проводить **ДО** беременности.

Но можно это делать и во время беременности.

Особенно если срок беременности небольшой (до 12, до 16-17 недель).

Скрининг – это простое действие (сдать кровь из вены) и не такое дорогое (хотя все относительно).

Первично скрининг делает **ОДИН ПАРТНЕР В ПАРЕ** (чаще всего женщина).

Если по результату скрининга выясняется, что один из партнеров является носителем определенного заболевания, второму партнеру также предлагают скрининг, для того чтобы мы понимали все возможные риски и могли составить прогнозы для вашей будущей беременности.

По результатам скрининга с вами обсуждают возможные варианты для снижения риска возникновения заболевания у будущего ребенка.

Существует всего **ДВА** заболевания, скрининг на которые показан **ВСЕМ** женщинам в мире без исключения.

Это:

Спинальная мышечная атрофия (СМА)

Муковисцидоз (МВ).

Также существуют более расширенные скрининги для людей из определенных этнических групп (африканцы, еврей-ашкеназы, азиаты и пр.)

и/или

с определенным анамнезом (у мамы преждевременная необъяснимая менопауза в возрасте 35 лет, например, или среди ваших родственников есть люди с фенилкетонурией и пр.)

или для желающих знать больше

В этом случае перечень обследований будет подбираться **КОНКРЕТНО ДЛЯ ВАШЕЙ ПАРЫ.**

В него может входить скрининг на синдром ломкой X-хромосомы

Болезнь Тея – Сакса, Каравана и другие.

Здесь вы идете на консультацию к генетику и определяете СВОЙ маршрут.

- Генетических болезней более 7000. Почему вы про одни пишете, а про другие нет?

Да, болезней много, но в скрининг входят только те, которые являются **НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ**.

Если частота встречаемости других болезней 1:100 000, разве логично рекомендовать скрининг всем подряд?

- От всего не уберешься, лучше жить в сладком неведении и не трястись по поводу и без.

У **КАЖДОГО** человека **СВОЕ** «ЛУЧШЕ».

Ни я, ни вы, ни мои коллеги, **НЕ В ПРАВЕ ЗА КОГО-ТО** что-то решать, рассказывать миру о своем «отношении» и мироощущении, что этично, а что нет, что должна или не должна делать та или иная пара.

Каждый человек имеет **ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ**.

И что с этой информацией делать – решает только **ОН САМ**, исходя из своих возможностей, убеждений, желаний и пр.

Наступила эпоха геномной медицины.

Она быстро меняет будущее всей медицины в целом.

Мы должны хотя бы немного понимать эту область и быть в курсе последних достижений.

Как и все остальное, развитие и появление чего-то нового, имеет свои этические, правовые и социальные последствия.

Но мы с вами не так глубоко «копаем» и обсуждаем тот минимум, который должна знать каждая из вас.

Рассмотрим чуть подробнее спинальную мышечную атрофию, чтобы на ее примере вы поняли, как проводится скрининг родителей ДО беременности, и какие вмешательства вам могут быть предложены, если вы с партнером окажетесь носителями патологических генов.

Спинальная мышечная атрофия (СМА) – генетическое заболевание, про котором происходит дегенерация клеток передних рогов спинного мозга и двигательных ядер в стволе мозга.

Эти структуры контролируют мышцы дыхания, глотания, движения рук и ног.

СМА приводит к атрофии этих мышц и их сильной слабости.

В зависимости от типа СМА может возникнуть тяжелая инвалидность либо смерть.

СМА не влияет на умственные способности человека.

Есть четыре типа СМА.

I тип – наиболее распространенный и самый неблагоприятный.

Проявляется с рождения, дети являются тяжелыми инвалидами, не могут сидеть, стоять, ползать и обычно умирают в возрасте до 2 лет.

II тип – дети нуждаются в помощи при ходьбе и стоянии, их продолжительность жизни сокращается.

III тип – меньшая инвалидность, могут даже стоять самостоятельно, иногда без посторонней помощи.

IV тип – дебют в зрелом возрасте, наиболее благоприятные прогнозы.

СМА вызывается изменениями (называемыми мутациями) в гене SMN1. Гены – это инструкции, которые контролируют функции тела или физические характеристики, например, цвет глаз.

У человека с СМА есть две неисправные копии SMN1, одна – от отца и вторая – от матери.

Что значит быть носителем СМА?

Носитель – это человек, унаследовавший одну здоровую копию и одну неисправную копию гена SMN1.

Примерно от 1 из 40 до 1 из 60 человек являются носителями СМА.

Если оба родителя являются носителями, у них есть шанс 1 из 4 иметь ребенка с СМА (то есть 25 %).

Примерно от 1 из 6000 до 1 из 10 000 детей рождаются с СМА.

У члена моей семьи спинальная мышечная атрофия. Увеличивает ли это мой риск иметь ребенка с этим заболеванием?

Да. СМА – это наследственное заболевание, и у вас высокий шанс быть носителем генов СМА.

Скрининг носителей – исследование, определяющее, есть или нет у вас эти гены.

Исследуется кровь.

Скрининг позволяет узнать шансы на рождение в вашей паре ребенка с генетическим заболеванием.

Скрининг НЕ МОЖЕТ ответить на этот вопрос со 100 % точностью.

Кроме того, если скрининг покажет, что оба родителя являются носителями, результаты не могут сказать вам, насколько серьезным может быть заболевание, если один из ваших детей унаследует его.

Как интерпретировать результаты?

Результаты скрининга носителей СМА выражаются в количестве здоровых копий SMN1, которые есть у человека:

Если у вас есть две копии здорового гена – вы не носитель.

Если у вас есть одна исправная копия SMN1, это означает, что другая копия неисправна, и вы являетесь носителем. Вы можете передать дефектную копию гена SMN1 своему ребенку.

Если вы носитель, следующий шаг – тестирование вашего партнера.

Если он также является носителем, ваш общий риск иметь ребенка с СМА составляет 1 из 4 – 25 %.

Риск рождения ребенка-носителя составляет 1 из 2 (50 %).

Если у вашего партнера есть две здоровые копии гена

SMN1 – риск рождения ребенка с СМА очень низкий.

Вам не будут предлагать никакие вмешательства.

• Мой партнер и я являемся носителями, мы планируем беременность, и у нас высокий шанс иметь ребенка с СМА (25 %). Что вы можете нам предложить?

### **Вариант первый**

Вы беременеете и во время беременности делаете амниоцентез (с 16-й недели делается прокол живота/матки/околоплодного пузыря под контролем УЗИ и забирается небольшое количество амниотической жидкости) или биопсию ворсин хориона (на 11–12 неделе беременности), чтобы узнать, есть ли у плода СМА.

Если есть – по закону до 22 недель такую беременность можно прервать, **ЕСЛИ ВЫ ЭТОГО ЖЕЛАЕТЕ.**

Дальше после прерывания беременности восстанавливаться и пробовать беременеть снова, надеясь, что в следующий раз вы все-таки попадете в 75 %, а не в 25 % вероятности.

**Это только ВАШ ВЫБОР, и здесь НЕТ «ПРАВИЛЬНОГО» ИЛИ «НЕПРАВИЛЬНОГО» ОТВЕТА.**

*Никакие генетические скрининги во время беременности (PRISCA и другие, «генетический тест по крови матери» (он же НИПТ) НЕ МОГУТ ИСКЛЮЧИТЬ СМА или муковисцидоз У ПЛОДА.*

*Смешно слышать, когда женщины восклицают:*

*«Мы же сдали генетический скрининг, сделали УЗИ, и там было все ок! А у нас родился ребенок с СМА, синдромом Дауна и пр.»*

*Скрининги рассчитывают всего лишь РИСКИ болезней (высокий/низкий риск), трисомий, а не моногенных заболеваний и НИКОГДА ИХ НЕ ИСКЛЮЧАЮТ.*

*Поэтому таким «восклицающим» либо не объяснили ничего, либо объяснили, но они ничего не поняли.*

## **Вариант второй**

Беременность с помощью ЭКО с использованием ваших яйцеклеток и сперматозоидов вашего партнера + проведение преимплантационного генетического тестирования эмбриона перед переносом его в матку.

Это позволяет определить, есть ли у него СМА.

## **Вариант третий**

Использование донорских яйцеклеток или спермы от доноров, у которого нет генов СМА.

«Дорого это все» – скажете вы. Смотря что с чем сравнивать.

Лечение СМА Золгенсмой – от 1 млн \$.

И даже это не предполагает появление возможностей дожить до 100 лет без каких-либо проблем.

Для многих родителей и их детей это просто приговор. Дети умирают на первом – втором году жизни, и это очень

страшно. Пережить это сложно.

Есть также вариант отказа от беременности, усыновление/удочерение.

При выявлении генов муковисцидоза у вас и вашего партнера – предлагаются точно такие же варианты.

Вы можете пройти мимо всей этой информации, не делать никаких скринингов ни во время беременности, ни до нее и просто надеяться, что пронесет.

Ваше право.

Ваш выбор.

Мое дело вас информировать.

Ваше дело – решать, что с этой информацией делать.

# Обследования, необходимые во время беременности

Итак, тест показал две полоски, первым делом паника и вопрос: что делать? Поэтому, когда меня спросили, как будет называться моя книга, ответ был для меня очевиден.

Сохраняем спокойствие и пьем фолиевую кислоту в дозе 400–800 мкг/сутки. В идеале вы должны были начать ее принимать за три месяца до того, как перестали предохраняться и начали активно пробовать зачать ребенка.

Принимаем 250 мкг йода в сутки (исключение составляют только женщины с тиреотоксикозом). Также вы можете принимать омега-3-ПНЖК, если не едите рыбу (подробнее о витаминах в разделе «Прием витаминов и микроэлементов во время беременности»).

# Необходимые анализы в первом триместре

1. 10–13 недель – генетический скрининг первого триместра. В него входит экспертное УЗИ, на котором подробно изучают анатомию плода, проводят важные замеры (копчико-теменного размера, толщины шейно-воротникового пространства и др.). Также может быть рекомендовано измерение пульсационного индекса в маточных артериях для предикции ранней преэклампсии.

И в дополнение к УЗИ делается анализ крови (сдается либо неинвазивный пренатальный тест (НИПТ, он предпочтительнее), либо анализ крови на гормоны), подробнее в главе про «Генетические скрининги»).

В это время, лучше на 10–11-й неделе беременности, необходимо встать на учет по беременности.

2. Определение группы крови и резус-фактора. Если у вас отрицательный резус, а у мужа положительный, то дополнительно проводится определение антирезусных антител при 1-м визите, затем повторно проводится анализ при отсутствии антител в 18–20 недель и в 28 недель беременности. Возможно провести неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК уже с 10–11 недель беременности и позднее. Во-первых, для того, чтобы понимать риски

возникновения резус-конфликта. Во-вторых, для того, чтобы знать, есть ли необходимость в принципе сдавать антитела и вводить антирезусный иммуноглобулин. Подробнее об этом читайте в отдельной главе книги.

3. Общий анализ крови проводится один раз в 1 триместре + рекомендовано некоторыми протоколами и многими специалистами дополнительно определение сывороточного ферритина для исключения латентного (скрытого) дефицита железа.

4. Общий анализ мочи.

5. Посев мочи на бессимптомную бактериурию.

6. Анализ крови на глюкозу (гликированный гемоглобин для женщин из группы риска по наличию сахарного диабета).

7. Анализ крови на тиреотропный гормон (ТТГ).

8. Анализ крови на обнаружение антител к ВИЧ. (Антитела классов М, G к ВИЧ 1/2 и антиген р24. с помощью диагностических тестов ИФА и ИХЛА. при первом визите и повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности).

Повторно проводится обследование всех беременных без исключения в связи с тем, что анализ определяет не сам ВИЧ, а антитела к нему, которые могут появиться и через 3, и через 6 месяцев иногда после заражения. Таковы правила во всем мире, поэтому не удивляйтесь и спокойно делайте повторные анализы.

9. Скрининговый тест на выявление сифилиса (чаще всего это определение суммарных антител методом иммунохимического анализа). Анализ проводится при первом визите и повторно в 3-м триместре беременности.

10. Анализ на выявление гепатита В (чаще всего проводится анализ на HBsAg или выявляются антитела к HBsAg). Согласно рекомендаций РФ, анализ должен быть сделан повторно в 3-м триместре.

11. Анализ на выявление антител к гепатиту С (чаще всего это суммарные антитела Anti-HCV-total (IgG и IgM)). Согласно рекомендаций РФ, анализ должен быть сделан повторно в 3-м триместре.

12. Анализ крови на выявление антител к краснухе (IgG, IgM). Не во всех странах обследование является обязательным.

13. Цитологическое обследование (ПАП-тест, мазок из шейки матки на выявление предраковых и раковых заболеваний шейки матки). Результат исследования действителен в течение одного года (а если ПАП-тест проводится в комбинации с ВПЧ, то он действителен в течение 3-х лет при условии, что ВПЧ высокоонкогенного генотипа не выявлены и ПАП-тест в норме был (NILM)), поэтому если у вас есть недавний нормальный результат ПАП-теста (менее года), или ПАП-тест + ВПЧ (менее 3-х лет) – вы можете просто их предоставить. Если делали давно или если результаты ПАП-теста были ненормальными (ASCUS, LSIL, HSIL) –

придется сдавать повторно.

14. Может быть проведен скрининг на инфекции, передающиеся половым путем (хламидиоз, гонорею, трихомоноз и выявление микоплазмы гениталиум, для чего анализ берется из влагалища), но не во всех странах это рекомендовано. Где-то предписывают брать все эти анализы только при наличии жалоб, что странно, ведь в 90 % случаев эти инфекции протекают абсолютно бессимптомно. Где-то рекомендуют сдавать анализ только на хламидиоз и гонорею и не делать остальные.

Лично я рекомендовала бы все-таки сдать эти анализы ДО беременности (см. главу обследования перед зачатием) и не сдавать их повторно уже во время в отсутствие жалоб, особенно если у вас моногамные отношения в паре, и возможность заражения какими-либо ИППП исключена.

Имейте в виду: этими инфекциями нельзя заразиться в бассейне или в общественном туалете. Потому они и называются «передающиеся половым путем». Подробнее читайте в соответствующей главе.

Прошу обратить особое внимание на тот момент, что нигде в мире НЕ рекомендовано рутинно направлять беременную женщину на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, и других условных патогенов (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*).

Подробнее см. в соответствующей главе книги.

15. Консультации смежных специалистов (офтальмолог, семейный врач), при наличии сопутствующих заболеваний или показаний – перечень специалистов может быть длиннее.

# Необходимые анализы в 16–28 недель

1. Скрининговое УЗИ второго триместра (УЗИ в сроке беременности 18–21 неделя + проводится измерение длины шейки матки (цервикометрия). Норма 25 мм и более на сроке беременности 16-24 недели (см. соотв. главу). Также вам может быть рекомендован биохимический генетический скрининг 2-го триместра, если вы не делали НИПТ или не делали биохимический скрининг 1-го триместра.

2. Общий анализ мочи и общий анализ крови.

3. В 24–28 недель проводится глюкозотолерантный тест. Тест (ГТТ) ВСЕМ БЕРЕМЕННЫМ, если показатель глюкозы был в пределах нормы в 1-м триместре беременности, и вам уже НЕ поставили до этого момента диагноза «Гестационный сахарный диабет» (ГСД) (подробнее см. в соотв. главе).

Если диагноз был установлен еще в 1 м триместре – ГТТ делать не нужно.

## Необходимые анализы в третьем триместре (28–42 недели)

1. Общий анализ крови и общий анализ мочи (как правило, однократно в 3-м триместре).

2. Повторные исследования на ВИЧ, сифилис.

3. Могут предлагаться биохимические анализы крови: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, повторно глюкоза крови натощак.

И в некоторых странах дополнительно проводится коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время – обычно накануне родов.

4. В 30 недель – плановое УЗИ с доплерометрией для оценки состояния плода, оценки его анатомии. В некоторых странах (в частности в РФ) УЗИ в 30 недель с доплером рекомендовано ТОЛЬКО женщинам из группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (преэклампсия, задержка роста плода, предлежание плаценты и пр.) и в случае несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности согласно гравидограмме – для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода. Но я не совсем согласна с этими рекомендациями, не во всех странах они такие же, поэтому по возможности я все-таки рекомендовала бы вам сделать УЗИ

с доплером в 30-34 недели.

5. После 34 недель проводится кардиотокография (КТГ) в среднем  $\pm$  каждые 2 недели.

6. В 35–37 недель – посев из влагалища на выявление стрептококка группы В. Подробнее в отдельной одноименной главе – прочтите ее обязательно – она очень важная.

При осложненной беременности или при отягощенном анамнезе у вас, при наличии высоких рисков (акушерских и других) – объем обследований может меняться.

Например, УЗИ проводится чаще, или дополнительно делаются какие-то анализы, или вас консультируют смежные специалисты (эндокринолог при выявлении гестационного сахарного диабета и др.).

До 28 недель вы посещаете женскую консультацию 1 раз в 4 недели, с 28–30 и до 36 недель – каждые 2–3 недели, после 37 – каждую неделю.

В целом у вас должно быть количество посещений от 5 раз. Также обязательным является оценка риска преэклампсии. Венозных тромбоэмболических осложнений и некоторых других. При наличии показаний, осложнений, вас могут приглашать на приемы чаще.

Кроме того, нужно заметить, что в России, Украине, Казахстане и других странах есть небольшая разница в перечне необходимых обследований для беременных женщин, поэтому могут быть различия с тем, что написано здесь, и с тем, что могут предложить вам.

Например, мазок на флору не является обязательным в развитых странах, его делают по показаниям. В СНГ он до сих пор входит в перечень обязательных обследований. И даже если я не согласна с этим (и не только я, а также ведущие мировые медицинские сообщества) – что до этого доктору, ведущему вашу беременность, если у него есть приказ, который он обязан соблюдать.

Поэтому чаще всего в таких ситуациях лучше просто согласиться на обследование, чем с кем-то спорить и пытаться что-то доказать.

А вообще достаточно было бы просто измерения рН влагалища, что я и делаю своим беременным вместо проведения не всегда информативного мазка на флору.

Вы можете и сами в домашних условиях проводить это исследование (измерение рН влагалища).

Подробнее читайте в главе про влагалищные выделения и вагиниты.

И о многих других обследованиях (в т. ч. анализ крови на ТТГ, необходимость и правила проведения глюкозотолерантного теста и др.) читайте в отдельных главах.

# **С чего все начинается и как развивается ваш ребенок**

## **Как начинается беременность**

Я, конечно, не открою Америки, и вы, скорее всего, хорошо это знаете и без меня, но раз уж мы говорим о беременности, то и начать нужно с самого начала, то есть с оплодотворения.

Оплодотворение – слияние яйцеклетки и сперматозоида в одну клетку, это первый шаг в целой серии очень сложных событий. Оплодотворение происходит в маточной (фаллопиевой) трубе.

В течение следующих нескольких дней одна клетка (зигота), которая образовалась в результате слияния двух, активно делится на множество других клеток и движется по маточной трубе по направлению к полости матки.

Добравшись до нужного места, приблизительно на шестой день после зачатия, человеческий эмбрион прикрепляется (имплантируется) к эндометрию – внутренней слизистой оболочке полости матки, богатой кровеносными сосудами. Эмбрион активно растет и увеличивается в размерах.

С момента имплантации до конца восьмой недели бере-

менности человеческого детеныша называют эмбрионом.

С девятой недели беременности до момента рождения ребенок называется плодом.

# Что такое плацента

Плацента формируется на самом раннем этапе развития беременности из части быстро делящихся клеток. Это целая энергетическая система с множеством подстанций (долек), которая предназначена для защиты и жизнеобеспечения ребенка. Кислород, питательные вещества и гормоны проникают через нее, удовлетворяя все важнейшие потребности эмбриона, а затем плода и давая ему возможность расти и развиваться нормально.

# Как считаются сроки беременности

Нормальная человеческая беременность длится около 40 недель. Срок беременности мы считаем с первого дня последней менструации.

Если ваша последняя менструация началась 7 июля, это и есть первый день беременности, 14 июля будет одна неделя беременности, 21 июля – 2 недели, 28 июля – 3 недели и т. д.

Это вызывает недоумение у многих женщин. Да, на самом деле зачатие происходит примерно в середине менструального цикла, во время овуляции, то есть приблизительно через две недели от первого дня менструации. Но такая система подсчета нужна во избежание путаницы, ведь никто не знает, когда точно произошла овуляция, зато все знают (должны знать) первый день своей последней менструации.

Если менструальные циклы длинные или нерегулярные, если вы не помните первый день последней менструации, нам на помощь приходит УЗИ. С его помощью измеряется длина эмбриона (копчиково-теменной размер (КТР)), по которому мы можем судить о сроке беременности с погрешностью в несколько дней.

Важно то, что сроки будут считаться по данным первого УЗИ, которое было проведено в ранние сроки беременности. Независимо от того, сколько УЗИ вы сделаете после 8-12 недель беременности, ориентир всегда будет на первое УЗИ

и его данные. Именно в этом случае наши расчеты будут наиболее точными и погрешность минимальной. Чем больше плод – тем сложнее определиться со сроком, потому что там «коридоры» показателей шире и возможностей определить более ли менее точный срок беременности намного меньше.

Таким образом, беременность «официально» длится 10 месяцев (40 недель), а не 9 из-за этих двух недель, которые мы добавляем к ее началу.

Каждый триместр беременности длится около 14 недель (или около 3 месяцев):

- первый триместр: 0–13 недель (месяцы 1–3);
- второй триместр: 14–27 недель (месяцы 4–7);
- третий триместр: 28–40 недель (месяцы 7–9).

# Что такое предполагаемая дата родов

День, когда ребенок должен родиться, называется предполагаемой датой родов (ПДР). По акушерскому сроку это день, когда беременности исполнилось ровно 40 недель.

Тем не менее только 1 женщина из 20 рождает в этот день. Роды считаются срочными (то есть в срок), если женщина рождает в любой день, начиная с 37 полных недель (36 недель + 6 дней) до 42 полных недель.

Но предполагаемая дата родов все равно высчитывается, потому что она вместе с первым УЗИ является важным ориентиром для определения срока беременности.

Ведь беременность может стать переносенной, например, и мы должны знать, когда и какие необходимо предлагать вмешательства, и ориентироваться в этом случае мы будем на сроки беременности и ПДР в том числе.

# Развитие беременности по неделям

Наверно, каждой беременной женщине интересно, как развивается плод, как и когда формируются внутренние органы. Давайте кратко это рассмотрим.

## *Первые 8 недель беременности*

- На этом сроке активно формируется плацента, головной и спинной мозг ребенка. Поэтому в это время очень важно принимать фолиевую кислоту, которая нужна для правильного развития этих органов.
- Уже сформировано сердце, и примерно на шестой неделе беременности с помощью УЗИ можно увидеть сердцебиение эмбриона.
- Появляются глаза, уши и нос. Веки приобретают свою форму, но остаются закрытыми.
- Появляются гениталии, поэтому уже на 11–12-й неделе беременности опытный врач, проводящий УЗИ, может сказать пол ребенка (с небольшим % погрешности, так как процесс формирования половых органов завершается к 12 неделям у плодов мужского пола и несколько позже у плодов женского пола)
- К концу восьмой недели все основные органы и системы начинают свое развитие.

### ***9–12-я неделя беременности***

- Появляются зачатки будущих зубов.
- Начинают формироваться пальцы на ногах и руках, появляются ногтевые пластины.
- Активно растут мышцы и костная ткань.
- Формируется кишечник.
- Кожа пока очень тонкая и почти прозрачная.
- Руки на этом сроке беременности более развиты, чем ноги, они пока еще длиннее ног.

### ***13–16-я неделя беременности***

- Малыш может сгибать руки и ноги.
- Формируются наружные половые органы.
- Формируется ушная раковина.
- Плод слышит и учится глотать.
- Уже сформирована шея.
- К этому сроку почки активно функционируют и начинают производить фетальную мочу.

### ***17–20-я неделя беременности***

- Развивается сосательный рефлекс.
- Если рука подплывает близко ко рту, плод может сосать большой палец.
- Кожа приобретает складки, тело покрывается первичным волосяным покровом (лануго) и первородной смазкой (сыровидная смазка, *vernix caseosa*).

- Ребенок начинает активно двигаться, вы можете ощущать его шевеления.
- У плода появляются периоды сна и активного бодрствования.
- Желчный пузырь начинает производить желчь, которая необходима для переваривания питательных веществ.
- У плодов девочек сформировались яичники со своим запасом яйцеклеток на всю жизнь. У плодов мальчиков яички начали опускаться в мошонку.
- На УЗИ уже отчетливо видны гениталии плода (мужские или женские).

### *21–24-я неделя беременности*

- Плод может периодически икать, это норма беременности.
- Активно развивается головной и спинной мозг.
- Развиваются слезные протоки.
- Легкие полностью сформированы, но еще не готовы функционировать вне утробы.

### *25–28-я неделя беременности*

- Плод открывает и закрывает глаза, может реагировать на свет.
- Он двигается, сгибает и разгибает конечности.
- Может делать захватывающие движения и реагировать на звук физической активностью.

- Легкие начинают понемногу вырабатывать вещество (сурфактант), которое позволит «раскрыться» легким вашего ребенка и дышать, когда он родится.

### *29–32-я неделя беременности*

- Основное развитие практически завершено, и плод начинает активно набирать вес.
- Кости затвердевают, при этом кости черепа остаются мягкими и подвижными, чтобы ребенку было легче родиться.
- Продолжает формироваться мозг.
- На голове начинают расти волосы.
- Понемногу на теле исчезает лануго (первичный волосяной покров).

### *33–36-я неделя беременности*

- Положение плода становится более устойчивым, хотя все еще может измениться. Обычно продольно (оси плода и матки совпадают), головка плода расположена над входом в малый таз (внизу голова, вверху тазовый конец).
- Мозг продолжает активно развиваться.
- Кожа становится менее складчатой.
- Легкие созревают и готовятся к функционированию за пределами вашей матки.
- Дети, рожденные после 34 недель беременности, практически ничем не отличаются от детей, рожденных в срок.

### *37–40-я неделя беременности*

- Плод полностью сформирован и готов к жизни вне утробы.
- Он накапливает жировую ткань.
- Головка плода начинает опускаться в таз, ваш малыш вместе с вами готовится к родам.

Уже очень скоро вы встретитесь, обниметесь и посмотрите друг другу в глаза.

Можете ли вы себе представить, что всего каких-то девять месяцев назад это была одна клетка, а сейчас это целый живой организм, который придаст смысла вашей жизни, научит жить и любить по-новому.

Я желаю вам и вашему малышу здоровья. Пусть эти очень короткие девять месяцев беременности пролетят как один миг и останутся теплым воспоминаем на все года.

# Секреты успешного зачатия

Это будет интересный раздел, где я вам расскажу об очень простых и на первый взгляд очень понятных вещах, но я уверена, что после прочтения этой главы вы откроете для себя много нового. Все сложное в простом и все простое в сложном. Эти знания помогут избежать вам многих проблем и терзаний. Итак, начнем.

# Что такое фертильность

*Фертильность* – это способность зачать, выносить и произвести на свет жизнеспособное потомство.

*Бесплодие* – это неспособность забеременеть, несмотря на регулярные половые контакты.

Интересный момент: бесплодие относится к состоянию, в котором фертильность уменьшается, но необязательно отсутствует. По этой причине вместо термина «бесплодие» часто используется термин «субфертильность».

# **Что такое нормальная человеческая фертильность**

Большинство беременностей наступают в течение первых 6–12 месяцев регулярных попыток зачатия. И ни для кого не должно быть трагедией отсутствие беременности через 3–6–9 месяцев. С каждым месяцем ваши шансы на успешную беременность увеличиваются и в 12 месяцев составляют 80–85 % и выше.

Однако почему-то у абсолютного большинства женщин возникает навязчивая мысль, что с ними «что-то не так», ведь было уже целых 3–6–9 месяцев попыток, и они не принесли никаких результатов.

Ко мне обращалось столько пациенток, которые в погоне за скорейшим зачатием бежали к врачам, получали от них необоснованные назначения, нарушали свои нормальные менструальные циклы приемом гормональных препаратов, им проводились необоснованные хирургические вмешательства, они теряли драгоценное время и здоровье.

Вот вам пара примеров.

## **Мои пациенты**

Л. обратилась ко мне с проблемой бесплодия – такой ди-

агноз ей выставил ее предыдущий врач. В процессе разговора выяснилось, что зачать она пытается около года. После первых трех месяцев «пролета» она обратилась к врачу, и тот сходу предложил ей провести операцию, чтобы проверить состояние ее матки, маточных труб и яичников. Обратите внимание, после трех месяцев неудачных попыток! Ну разве так делают?! Но ничего не могло остановить Л. в ее желании как можно скорее забеременеть.

Операция была проведена. Естественно, никаких болезней у Л. не обнаружили, трубы, матка и яичники были в полном порядке, и абсолютно здоровой женщине, с регулярными менструальными циклами были даны рекомендации по приему гормональных препаратов (был назначен мой «любимый» прогестерон!), которые Л. исправно выполняла.

Прошло еще девять месяцев, беременность не наступила (оно и не мудрено, ведь Л. принимала прогестерон с 11-го дня менструального цикла, а он мог «блокировать» ее овуляцию), и врач отправил женщину на ЭКО.

Это не выдумка, а реальная история. Хотя иногда, когда мне рассказывают о подобном, я не могу поверить в то, что это действительно могло произойти.

После такого предложения Л. пришла ко мне. Мы отменили гормональные препараты, и через три месяца у нее наступила беременность.

Операции могло бы не быть и беременность могла бы наступить намного раньше, если бы у Л. были простые знания

о нормах, а еще выдержка и терпение.

Вторая история про пациентку Л., муж которой работал на вахте и бывал дома всего несколько месяцев в году.

За первые шесть месяцев у них было очень мало сексуальных контактов, и Л. понимала головой, что, скорее всего, проблема в отсутствии регулярной половой жизни. Но на нее начала косо смотреть свекровь и все время отпускать колкие комментарии о том, что ее сын, видимо, выбрал «не ту» женщину и не видеть ей внуков как своих ушей. Морально Л. было очень тяжело.

В отчаянии Л. обратилась к врачу, и «посыпались» диагнозы. У нее нашли «мультифолликулярные яичники», «тонкий эндометрий», «ановуляцию» и с регулярными менструальными циклами поставили диагноз «синдром поликистозных яичников». Сказали, что самостоятельная беременность в ее случае будет чудом.

Проплакав две недели, Л. решилась на стимуляцию овуляции, которая у нее в принципе и так была (я об овуляции).

В трех менструальных циклах очень странными схемами была проведена стимуляция овуляции, половых контактов с мужем было все так же мало, снова «пролет».

Л. проверили маточные трубы, сказали подождать еще три месяца и, если беременность не наступит, идти на ЭКО.

На этом этапе Л. пришла ко мне на консультацию. Мы поговорили, было принято решение отменить все гормональные препараты, которые она принимала, мужу взять отпуск,

если вопрос детей стоит так остро, и на полгода переехать куда-нибудь подальше от свекрови.

Что бы вы думали, через три месяца счастью Л. не было предела, она увидела на тесте заветные две полоски!

Не было у Л. никакого синдрома поликистозных яичников, хронической ановуляции, как ей написали, и проблем с эндометрием.

В тот момент, когда она попала к врачу, на фоне стресса у нее в одном менструальном цикле не было овуляции и в связи с этим были все те изменения, о которых ей сообщили и на основании которых вынесли страшный вердикт – «бесплодна».

Но изменения абсолютно обратимы, как только уходит стрессовый фактор. Так и случилось.

Все, что было нужно Л., – регулярные половые контакты и здоровая психологическая обстановка в семье.

Мне хочется вас уберечь и успокоить. Я сама пережила выкидыш, и моя вторая беременность наступила только на седьмой месяц попыток.

Не делайте поспешных выводов, не паникуйте, знайте, что это нормально и в течение первых 12 месяцев беременность наступает у 85 % супружеских пар. Помните выражение: «Спешка нужна при ловле блох»? Здесь это как раз уместно. Все должно быть сделано правильно и поэтапно, одно за другим.

Никаких таблеток, которые могут «ускорить» наступление беременности НЕ СУЩЕСТВУЕТ.

Нужно жить регулярной половой жизнью и понять самое главное – именно в этом случае ваши шансы на беременность самые высокие и составляют целых 75-85 %.

Никакие другие методы/вмешательства/лекарства/врачи не дадут вам такой высокой вероятности беременности и не увеличат ваши исходные шансы. Так что будьте благоразумны и не наломайте дров.

*Если через 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции (когда семяизвержение происходит непосредственно во влагалище) у вас так и не наступила беременность, обратитесь к врачу вместе со своим половым партнером.*

## **Когда стоит обращаться раньше (через шесть месяцев)**

- Если у вас есть известные гинекологические заболевания: синдром поликистозных яичников, эндометриоз, была гонорея или хламидиоз в прошлом.
- Если вы старше 35 лет.
- Если есть аномалии развития половых органов.
- Если ваши менструальные циклы нерегулярные ( $> 35$  дней или  $< 21$  дня).
- Если у вашего полового партнера есть известные заболевания: паротит, варикоцеле.

### ***ВЫВОД:***

*Сохраняем спокойствие и ждем наступления беременности в течение 12 месяцев, живя регулярной половой жизнью без контрацепции.*

# Надо ли «ловить» овуляцию и как это делать

Нет, не надо, нужно иметь незащищенные половые контакты с эякуляцией во влагалище каждые 2–3 дня, начиная с 7–9-го дня и вплоть до 21–23-го дня менструального цикла.

Объясню почему.

Овуляция происходит примерно в середине цикла, при этом у одной и той же женщины в каждом отдельном цикле она случается в разные дни. В мае она может быть на 9-й день цикла, в июне – на 12-й, в июле – на 15-й, в августе – снова на 9-й, а если цикл длится 38 дней, то овуляция может происходить и на 20-й и на 25-й день цикла и даже позже.

Ни один из имеющихся методов отслеживания овуляции не имеет 100 %-й точности. И, используя их, вы можете получить ошибочную информацию о дне овуляции, «прошляпнуть» этот момент и упустить шанс на беременность. А вот если у вас будет половой контакт каждые два-три дня, то такого с вами не случится.

Почему? Потому что сперматозоиды сохраняют свою жизнеспособность в полости матки до 5–7 дней, и, как только овуляция произойдет, «голубчики» будут в нужном месте поджидать вашу яйцеклетку.

**НЕ НУЖНО** ходить на УЗИ для проведения фолликулометрии, делать тесты на овуляцию и измерять базальную

температуру.

Наиболее фертильный период – это интервал около шести дней, пять из которых – дни до овуляции и один – непосредственно день овуляции. Наиболее высокая вероятность зачатия возникает, когда половой акт происходит за один-два дня до овуляции или в день овуляции.

Некоторые из вас могут попытаться отследить приблизительный день овуляции по характерным изменениям в цервикальной слизи (наивысшая вероятность зачатия в день пикового производства густой, скользкой и прозрачной слизи, по виду она напоминает сырой яичный белок) или с помощью теста на овуляцию, который измеряет пики лютеинизирующего гормона. Использование такого теста на овуляцию может сократить время для попыток зачатия.

Тем не менее абсолютное большинство моих пациентов не пользуются никакими тестами на овуляцию, а просто получают рекомендации иметь незащищенные половые контакты с эякуляцией во влагалище каждые 2–3 дня в период с 7–9-го до 21–23-го дня менструального цикла.

# Почему такой интервал – раз в один – три дня

Для достижения оптимального качества спермы.

Именно в таком временном промежутке в ней накапливается достаточное количество сперматозоидов, они подвижны и с нормальной морфологией (строением). Если у вас секс три раза в день или один раз в десять дней, то в первом случае сперматозоидов крайне мало в эякуляте, а во втором – много мертвых сперматозоидов и с «плохим» строением, в обоих случаях беременность маловероятна.

## ***ВЫВОД:***

*Сохраняем спокойствие и живем регулярной половой жизнью (в неделю у вас должно быть два-три половых контакта с семяизвержением во влагалище).*

*Не делаем тесты на овуляцию или фолликулометрию, не меряем базальную температуру.*

# Можно ли использовать смазки

Некоторые смазки, а также оливковое масло и слюна подавляют подвижность сперматозоидов.

Если смазки все-таки необходимы, то используйте, например, масло канолы. Оно не влияет на подвижность сперматозоидов.

## *На успешность зачатия не влияют:*

- сексуальные позы;
- наличие или отсутствие у женщины оргазма;
- положение после секса («березка», «стоя на четвереньках»).

Не нужно лежать в кровати до утра и «беречь в себе сперму», уже через пару минут достаточное количество сперматозоидов проникло в полость матки, так что можете спокойно идти в душ после полового акта, если вам это нужно.

# Как влияет возраст на фертильность

Женщины в возрасте 35+ лет на 40 % менее фертильны, чем женщины в возрасте 20 лет. И это связано напрямую со стремительным ухудшением качества яйцеклеток и у некоторых с уменьшением их количества. Подробнее можно почитать об этом в моей книге «Я – женщина. Все о женском здоровье, контрацепции и многом другом»

Вероятность успешного зачатия в первую очередь зависит от возраста мамы, но возраст папы также имеет значение – мужская фертильность активно снижается в возрасте 50 лет и старше.

# **Влияние образа жизни на зачатие**

А теперь давайте поговорим непосредственно об образе жизни.

Есть значимые факторы, влияющие на фертильность.

Процент первичного трубного бесплодия увеличивается, как правило, у женщин, которые имели очень много сексуальных партнеров (больше рисков заражения инфекциями, передающимися половым путем), рано начали вести половую жизнь и курящих.

Это не значит, что у всех таких женщин будет бесплодие, это значит, что вы в группе риска, не более того.

## **Как курение влияет на фертильность**

1. Курение влияет на перистальтику маточных труб, а также на слизь в цервикальном канале. Она становится более вязкой, и сперматозоидам сложнее проникнуть в матку.

2. Курение может оказывать прямое повреждающее действие на половые клетки и увеличивать вероятность спонтанных абортов и внематочной беременности.

3. Курение связано с более ранней менопаузой, потому что влияет на запас яйцеклеток. У курящих женщин менопауза обычно наступает на 1–4 года раньше по сравнению с некурящими.

4. Компоненты сигаретного дыма могут вызвать окислительный стресс и повреждение ДНК фолликулов яичника.

По этой причине, если вы курите во время беременности и у вас девочка, могут повреждаться ЕЕ яйцеклетки, вы подвергаете риску своего еще не рожденного ребенка возникновению ранней менопаузы во взрослой жизни.

Нельзя окончательно исключить вредный эффект курения на мужскую фертильность, особенно среди мужчин с показателями спермограммы по нижней границе нормы.

# Мифы о прогестероне

## С прогестероном беременность наступает быстрее?

Вы можете ничего не знать и не понимать в гинекологии, не знать анатомии и физиологии своей репродуктивной системы, не знать, с какой стороны находится печень, но если вы женщина из стран СНГ, то о прогестероне вы наверняка слышали и с высокой степенью вероятности использовали или принимаете прямо сейчас.

Уже сколько лет прогестерон входит в ТОП-10 самых продаваемых препаратов в РФ. И это так не потому, что прогестерон действительно настолько важен и нужен всем беременным и не беременным женщинам, совсем нет.

В этом есть огромная заслуга фармакологических компаний, которые продвигают свои лекарственные препараты всеми правдами и неправдами в массы.

А еще препарат популярен, потому что система образования разрушена. У многих специалистов есть проблемы с доступом к независимым источникам информации, языковой барьер (ведь все исследования, зарубежные рекомендации в 99 % случаев публикуются на английском языке) и полное непонимание того, как работает доказательная медици-

на, каким источникам и исследованиям вообще можно доверять, на что опираться в своей работе. Многие застряли в прошлом веке, в веке авторитарной медицины, и никак из него не могут выбраться. Они «заглядывают в рот» профессору, вещающему о необходимости прогестерона за деньги фармкомпаний на какой-нибудь конференции, а потом идут и активно назначают рекламируемый препарат своим пациентам.

Сегодня прогестерон, несмотря на то что это ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, стал очень полезным и таким необходимым «лекарством» для всех женщин. Я не ошиблась, ведь действительно почти для всех. Спросите у своих подруг, принимали ли они Дюфастон? (он же Дидрогестерон) или какой-то другой прогестин, а вы сами? Принимали? Назначали?

Уверена, что на многие вопросы ответ будет «да» и, вы знаете, это меня еще со времен интернатуры пугало и заставляло задумываться.

Почему утверждение о том, что с прогестероном беременность наступает быстрее, является ложным? И почему, если вы хотите не потерять шанс на естественную беременность, от дополнительного приема прогестерона вам абсолютно точно стоит отказаться?

# Физиология менструального цикла

Прогестерон, как я уже упомянула выше, – это стероидный гормон. Откуда он берется?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, нужно понять физиологию менструального цикла.

Нормальный менструальный цикл – это четкие и очень тесно скоординированные действия главных и подчиняющихся органов, которые работают друг с другом в тандеме, и если один из них выходит из строя, все рушится как карточный домик.

## *О начальниках и подчиненных*

Яичники – это резервуар ооцитов (яйцеклеток), так сказать, репродуктивный банк в организме женщины.

Каждый месяц, с каждым новым менструальным циклом, этот банк выдает по одной, редко две яйцеклетки. Это все происходит для того, чтобы мы могли воспроизводить себе подобных и продолжать свой род.

Яичники не работают автономно. У банка есть начальник, и правильная, отлаженная работа банка напрямую зависит от начальника. Начальник – это головной мозг, а именно его структуры: кора, гипоталамус и гипофиз.

Гипофиз – один из самых важных органов, фактически он всем управляет (хотя значимость работы гипоталамуса тоже

нельзя умалять). Как можно управлять, если ты не видишь, не слышишь, не умеешь говорить, твои размеры чуть более одного сантиметра, и ты заперт в черепной коробке?

# 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.