



Карина
БОНДАРЕНКО

Павел
КУЗНЕЦОВ

Лела
ДЖОХАДЗЕ



БЕРЕМЕННОСТЬ



СОВРЕМЕННЫЕ
ЛАЙФХАКИ
ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ



#Секреты умных родителей

#Секреты умных родителей

Карина Бондаренко

**Беременность.
Современные лайфхаки
доказательной медицины**

«Издательство АСТ»

2022

УДК 618.2
ББК 57.16

Бондаренко К. Р.

Беременность. Современные лайфхаки доказательной медицины
/ К. Р. Бондаренко — «Издательство АСТ», 2022 — (#Секреты
умных родителей)

ISBN 978-5-17-152156-1

На старт, внимание, марш! И помчали... через беременность и роды навстречу здоровому ребенку! Как правильно подготовиться к зачатию? Как разобраться во всех назначениях врача и цифрах в результатах анализов? Как спланировать роды так, чтобы они стали самым радостным событием? Три опытных врача — представителя доказательной медицины — готовы сопровождать вас на этом непростом, но таком интересном пути. Они помогут вам разобраться в одновременно простых и сложных вопросах планирования беременности и подготовки к рождению малыша. В этой книге вы найдете самые современные рекомендации акушеров-гинекологов, разоблачение мифов, связанных с беременностью, пояснения ко всем обследованиям будущих мам и план подготовки к родам мечты. Пусть беременность приносит радость, а не беспокойство! В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 618.2

ББК 57.16

ISBN 978-5-17-152156-1

© Бондаренко К. Р., 2022

© Издательство АСТ, 2022

Содержание

Глава I	8
Начнем планировать беременность, или прегравидарная подготовка	8
Что важно рассказать врачу при планировании беременности?	10
Лекарственные средства: вред и польза	12
Откуда берутся дети и как забеременеть быстро?	15
Как изменить свою жизнь, чтобы родить здорового ребенка?	18
Конец ознакомительного фрагмента.	21

Карина Бондаренко, Павел Кузнецов, Лела Джохадзе Беременность. Современные лайфхаки доказательной медицины

© Бондаренко К., 2022

© Кузнецов П., 2022

© Джохадзе Л., 2022

© ООО «Издательство АСТ», 2023

* * *



Бондаренко Карина Рустамовна

врач-акушер-гинеколог, доктор медицинских наук, преподаватель, борец с мракобесием
в акушерстве и гинекологии, адепт доказательной медицины



Джохадзе Лела Сергеевна
врач-акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук, преподаватель, родовая фея,
амбассадор мягких родов



Кузнецов Павел Андреевич

врач-акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук, преподаватель, многодетный отец,
артист

Глава I

Подготовка к беременности

Начнем планировать беременность, или прегравидарная подготовка

На старт, внимание, марш! И помчали... через беременность и роды навстречу здоровому ребенку!

В своей повседневной жизни мы постоянно к чему-то готовимся с той долей ответственности, которая присуща только нам. Это может быть подготовка к разного рода торжествам, экзаменам, встречам. Сознательные личности редко уповают на «авось» и поэтому в большинстве случаев оказываются в беспорном выигрыше – вечеринка проходит весело и интересно, экзамены сдаются на отлично, собеседование завершается выгодным предложением о работе. Но иногда в круговороте житейских дел и забот случаются неординарные, неповторимые и совершенно чудесные события, после которых жизнь всех причастных к ним изменяется кардинальным образом. Конечно же, речь идет о рождении ребенка. Безусловно, появление нового члена семьи требует особо тщательной подготовки будущих родителей как в психологическом, финансовом, так и в медицинском аспекте. Предположим, что решение принято и мечта стать матерью здорового ребенка ждет своего воплощения. Тут же возникает целый ряд вполне резонных вопросов.

- Кто поможет мне оценить состояние моего здоровья, в том числе мою способность иметь детей?
- Насколько быстро можно подготовиться к материнству/отцовству?
- Какой объем обследований будет необходимым и достаточным, чтобы максимально снизить риски осложнений во время беременности и родов?
- Что полезного для своего здоровья я могу сделать самостоятельно, чтобы родить здорового малыша и чем поможет мне медицина?

С одной стороны, около 40 % беременностей в мире наступает незапланированно (поэтому можно рассчитывать, что только 60 % читателей осилит эту главу), а с другой стороны, планирование беременности для некоторых пар превращается в бесконечный и труднoproходимый квест: то и дело возникают лжепреграды, которые необходимо преодолевать, теряя время (возраст – бесценный фактор в репродукции!) и деньги. Как-то пришлось дать «зеленый свет» совершенно здоровой паре с рекордным 5-летним периодом подготовки к зачатию ребенка. Теоретически они совершенно спокойно могли бы как минимум дважды стать родителями, но, попав в руки «врачей-перфекционистов», не лишенных коммерческой жилки, с головой ушли в планирование с попытками избавиться от всех потенциально «опасных» факторов – от бактерий со страшными названиями в гинекологических анализах до мифических антител к хорионическому гонадотропину.

Давайте попробуем разобраться в одновременно простых и сложных вопросах планирования беременности, опираясь на современные международные рекомендации, но не забывая о том, что большинство читательниц проживает в России. К сожалению, сложившаяся в реальной российской клинической практике «мода» на избыточное обследование и ненужное лечение вынуждает посвятить большой раздел нашей книги теме «Категорически НЕ рекомендуется при подготовке к зачатию» с обоснованием каждого пункта.

Итак, для оптимального планирования беременности крайне важно найти «золотую середину» и не завязнуть на долгие годы в болоте из ненужных обследований и мнимых преград

на пути к зачатию, а также не забеременеть слишком стремительно, не имея представления о наличии, например, иммунитета к краснухе.

Ни для кого не секрет, что любая женщина, планирующая беременность, в вопросах медицинского обследования может рассчитывать на профессиональную помощь акушера-гинеколога. Кстати, акушер-гинеколог при каждом визите любой женщины репродуктивного возраста должен задавать вопрос: «Не планируете ли вы беременность в течение следующего года?» не для поддержания светской беседы, а для разработки стратегии подготовки к беременности без спешки и в необходимом объеме.

На медицинском сленге «подготовка к беременности» называется преконцепционной подготовкой («preconception care») в международной практике или прегравидарной подготовкой – в отечественной медицине.

Глобальную цель прегравидарной подготовки можно сформулировать так: выявить потенциально неблагоприятные факторы, способные отрицательно повлиять на зачатие, беременность и роды, и путем социальных и медицинских вмешательств ограничить их влияние или устранить, чтобы помочь рождению здорового ребенка без ущерба для здоровья матери.

При этом любой женщине, планирующей беременность, крайне важно осознавать, что всегда надо надеяться на лучшее и гнать тревожные мысли прочь, но всегда оставаться реалистом, чтобы не было отчаянно больно, если вдруг что-то пойдет не так. Как бы тщательно и грамотно ни осуществлялась подготовка к беременности, уберечься от всего невозможно, поэтому гарантировать со 100 % вероятностью успешный исход родов не сможет ни один врач в мире. Ни в жизни в целом, ни в медицине в частности, нет «нулевых рисков». Поверьте, эту «ложку дегтя» лучше проглотить сразу, чтобы в случае каких-то непредвиденных обстоятельств понимать, что было сделано все, чтобы предотвратить неудачу, чтобы после как можно быстрее поднять голову и продолжить путь к своей мечте!

Большинство молодых женщин, более-менее придерживающихся принципов здорового образа жизни, рожают малышей-крепкышей и без особой поддержки акушеров-гинекологов. Однако в ряде ситуаций без заботы со стороны врачей не обойтись.

Женщина, планирующая беременность, как правило, получает немалое количество прошенных и непрошенных псевдополезных советов от своих близких о том, как родить здорового ребенка. Иногда, к огромному сожалению, источником «вредных советов» по подготовке к беременности оказываются врачи, которые опираются в своей практике либо на совершенно устаревшую информацию, либо на сомнительные новые данные, которыми с ними «великодушно» поделились представители производителей лекарственных препаратов в попытке продать свой некачественный и ненужный продукт.

Планирование беременности потому и называется «планированием», что только правильно составленный ПЛАН позволит паре, принявшей решение о рождении ребенка, максимум через 2–3 месяца приступить к зачатию.

И несмотря на то, что многие рекомендации будущим родителям могут показаться очень эффективными, в соответствии с документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к научно-обоснованным рекомендациям для подготовки к рождению здорового малыша, можно отнести лишь следующие:

- характер питания,
- вакцинация,
- генетика,
- условия окружающей среды,
- бесплодие/сниженная фертильность,

- калечащие операции на женских половых органах,
- беременности до 20 лет, малый интервал между родами,
- ИППП,
- ВИЧ,
- насилие в семье,
- психическое здоровье,
- злоупотребление психоактивными препаратами,
- курение.

Другими словами, оценка и при необходимости – усовершенствование перечисленных выше 13 направлений гарантированно снизит перинатальный риск для будущей мамы и ребенка. Попытки повлиять на другие аспекты жизни женщины или пары в надежде привести здоровье к идеалу могут лишь затянуть планирование. Иногда искусственной причиной отсрочки беременности выступает обнаруженный в половых путях здоровой женщины невинный микроб, которого врачи годами пытаются уничтожить многократными курсами антибиотиков. Или, например, врач может рекомендовать пройти будущим родителям, имеющим риск выкидыша на ранних сроках, обследование на HLA-типирование, якобы позволяющее определить «генетическую схожесть» мужа и жены, а потом предложить фантастическое решение этой надуманной проблемы – не признанную нигде в мире лимфоцитотерапию.

Прежде чем перейти к конкретным «прегравидарным лайфхакам» и ответить на все вопросы, от влияния «березки» и женского оргазма на успешное зачатие до приема медикаментов, остановимся на том, о каких фактах биографии важно откровенно рассказать акушеру-гинекологу на приеме, чтобы учесть их при составлении персонального плана мероприятий.

Что важно рассказать врачу при планировании беременности?

Если есть возможность и нет предрассудков, то лучше посетить акушера-гинеколога по вопросу планирования беременности совместно с будущим отцом. И хотя некоторые вопросы врача могут показаться странными или слишком личными, поверьте, не праздное любопытство движет акушером-гинекологом, когда он пытается узнать о предыдущих отношениях партнера или интересуется особенностями сексуальной жизни пары. И кстати, нет никакого криминала в том, если инициатором обсуждения некоторых тем выступит будущая мать или даже отец.

Какие проблемы, связанные с будущей беременностью, важно обсудить с врачом?

Расскажите врачу о хронических проблемах со здоровьем и о перенесенных ранее заболеваниях, травмах и операциях.

Например, если у вас повышенное артериальное давление, то необходимо подобрать препараты, не вызывающие аномалии развития плода, и настраиваться на то, что с 12-й по 36-ю неделю беременности придется принимать аспирин для профилактики, пожалуй, самого грозного осложнения беременности – преэклампсии. Узнав, что у вас проблемы со щитовидной железой, врач объяснит, как достичь оптимального уровня гормонов перед зачатием и контролировать работу щитовидной железы при наступлении беременности. Или, как вариант, если вы получаете медикаментозное лечение от депрессии, то важно обсудить с акушером-гинекологом и психиатром/психотерапевтом длительность планируемой терапии, а также возможность перехода на психотерапию, если предстоит длительное лечение, или на относительно безопасные препараты (хотя антидепрессантов со 100 % безопасностью в отношении плода пока не существует).

Обсудите не только лекарственные препараты, которые вы принимаете, но и витамины, биологически активные добавки (БАД) и травяные сборы.

Безопасность этих препаратов для здоровья будущего ребенка – один из самых тревожных, ответственных и важных разделов консультирования по планированию беременности.

При температуре на фоне ОРВИ, боли в голове, суставах или спине чаще всего используются препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

ВНИМАНИЕ! Очень важный факт, который редко обсуждается при консультировании по фертильности: НПВС могут снизить шансы на зачатие. По крайней мере, в том менструальном цикле, в котором они употреблялись.

Механизм действия НПВС связан с блокированием двух ферментов циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), после чего нарушается синтез простагландинов – веществ, участвующих в формировании боли и воспаления. Фермент ЦОГ-2 играет важную роль на всех этапах созревания фолликула вплоть до овуляции.

При «выключении» ЦОГ-2 с помощью НПВС и селективных ингибиторов ЦОГ-2 (например, целекоксиба) может нарушиться рост фолликула по типу «преждевременной лютеинизации неовулировавшего фолликула» – состояния, при котором разрыва фолликула не происходит, а он просто превращается в желтое тело, яйцеклетка не выходит, встреча со сперматозоидом и беременность исключаются. Подавление овуляции с помощью НПВС даже привели к попыткам разработки контрацептивных средства на основе НПВС.

В исследованиях с небольшим количеством участниц (женщин со скелетно-мышечной болью) было показано, что НПВС вызывают обратимую задержку разрыва фолликула. Среди женщин, получавших НПВС с 10-го дня менструального цикла, овуляция произошла только:

- у 6,3 % в группе диклофенака,
- у 25 % в группе напроксена,
- у 27,3 % в группе эторикоксиба,
- у 100 % женщин, не принимающих НПВС.

Кроме того, даже если овуляция произойдет, НПВС могут оказывать дополнительное неблагоприятное воздействие на фертильность через нарушение процесса оплодотворения, имплантации и поддержания беременности в ранние сроки. Например, для внедрения оплодотворенной яйцеклетки в слизистую матки в эндометрии не без участия ЦОГ-2 создается очень лайтовая «провоспалительная среда». НПВС блокируют воспаление, что может нарушить процесс имплантации.

Поэтому в международных рекомендациях по фертильности НПВС относятся к средствам, способным подавить овуляцию и снизить способность к зачатию.

Если вы принимаете НПВС для обезболивания менструации в течение 1–2 дней, то отрицательное воздействие на фертильность не будет столь выраженным.

Тем не менее обсудите с врачом альтернативные варианты лечения болезненных менструаций при планировании беременности.

Последствия приема медикаментов могут быть связаны с формированием врожденных пороков развития («уродств плода»).

Тератогенный эффект (способность вызывать аномалии развития плода) не изучен для 98 % всех медикаментов, и только около 30 лекарств считаются совершенно безопасными при беременности. Большинство из них – это витамины, минералы, электролиты и аналоги некоторых гормонов (например, гормона щитовидной железы – левотироксин) в физиологических дозах. Таким образом, потенциальный риск использования лекарств следует рассматривать индивидуально, взвешивая вред от прекращения приема медикамента и возможности использования альтернативных средств.

Витамин А, входящий в состав препаратов для лечения акне в больших дозах (25 000-50 000 ЕД), полезный антиоксидант и «витамин хорошего зрения», несет потенциальную угрозу

для будущего ребенка, вызывая пороки развития центральной нервной системы, глаз и неба, что было продемонстрировано опытами на животных. Поэтому на фоне лечения необходима надежная контрацепция во время терапии и в течение 1 месяца после приема последней дозы.

На сегодняшний день существует огромное количество биологически активных добавок, обещающих женщинам чудесные трансформации от улучшения качества кожи и стремительного роста густых волос до повышения либидо. Естественно, никаких масштабных исследований по безопасности, а тем более при беременности, с применением

БАДов не проводят. БАДы, приобретаемые вне аптечных сетей, не сертифицированные в России, справедливо можно отнести к «темным лошадкам» фармакологии, в связи с чем целесообразно отказаться от использования любых «улуч-шайзеров», особенно рекомендованных по специальному скидочному коду врачами из интернета.

Очень наглядный пример, когда отказ от приема БАДов был слишком поздним... Пациентка, принимающая ряд БАДов, заказанных на известном иностранном сайте, была крайне обеспокоена и взволнована, когда на очередном скрининге в печени ребенка обнаружилось совершенно непонятное опухолевидное образование. Эта ситуация полностью изменила отношение беременной к БАДам, после чего она больше не приняла ни одной якобы «полезной» капсулы.

Лекарственные средства: вред и польза

Раньше для оценки потенциального вреда лекарственных препаратов для будущего ребенка в основном ориентировались на разработанную Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) классификацию препаратов в зависимости от степени безопасности их применения во время беременности. Всем препаратам присваивалась определенная буква.

Категория А по FDA – препарат безопасен, исследования не выявили вредного влияния на внутриутробное развитие. К таким препаратам относится фолиевая кислота.

Категория В – эксперименты на животных не обнаружили вредного влияния на плод, нет качественных и хорошо контролируемых исследований с участием беременных женщин или исследования на животных показали побочные эффекты, но качественные и хорошо контролируемые исследования у беременных женщин не смогли продемонстрировать риск для плода ни в одном триместре. Например, антибиотики ампициллин или азитромицин, нередко назначаемые при беременности.

Категория С – эксперименты с животными обнаружили вредное воздействие на внутриутробное развитие, но для человека эта вредность не доказана. Медикамент из этой группы назначается беременной лишь в случаях, когда ожидаемая польза от применения препарата превышает риск вредного воздействия. К этой категории относят антибиотики из группы фторхинолонов – офлоксацин, ципрофлоксацин. Препараты этой группы даже вне беременности не рекомендуется принимать при неосложненных инфекциях, так как их прием нередко сопровождается серьезными побочными эффектами.

Категория D – есть доказательства токсического или тератогенного влияния препарата на плод, но назначение этого препарата беременным женщинам оправдано, несмотря на риск (в угрожающих жизни ситуациях, при тяжелых болезнях в случаях, когда менее вредные лекарства не помогают). Например, неомицин, входящий в состав очень популярные комбинированных свечей для лечения вагинальных инфекций, или флуконазол, препарат для лечения кандидозного вагинита. Конечно, влагалищные свечи, содержащие аминогликозид неомицин, принесут облегчение и вылечат бактериальный вагиноз или «молочницу», но какой же смысл лечиться при беременности именно аминогликозидным антибиотиком, когда для этих целей можно использовать более безопасные препараты из категории В? Антибиотики из группы

аминогликозидов, к которым относится неомидин (входит в состав тержинана и полижинакса), могут привести к тотальной необратимой двусторонней врожденной глухоте у детей. Сообщалось о свидетельствах (вероятно, обратимого) повреждения незрелых нефронов почки плода и повреждения восьмого черепного нерва¹.

Категория X – безусловно вредный для плода медикамент, причем вредное воздействие этого лекарства перевешивает любую возможную пользу для организма женщины. Медикаменты из этой группы противопоказаны беременным и женщинам, которые планируют беременность. К этой категории относится большая часть лекарственных препаратов.

Очевидно, что любая планирующая беременность женщина может в какой-то момент оказаться уже беременной. Поэтому если вдруг у женщины, находящейся на финишной прямой на пути к беременности, возникает необходимость приема медикаментов или проведения каких-то обследований, есть смысл относиться к такой пациентке как к потенциально беременной.

Относительно спокойно можно использовать при планировании беременности препараты, относящиеся к категориям A и B, прием остальных лекарств определяется соотношением риска для плода и ожидаемой пользы для мамы. Иногда прием препаратов даже с потенциальным риском для плода бывает жизненно необходим, и без них вообще можно никогда не увидеть себя в роли матери. Например, женщины, страдающие антифосфолипидным синдромом (АФС) или другими аутоиммунными заболеваниями, нуждаются в малых дозах аспирина даже в цикле зачатия, хотя аспирин в соответствии с инструкцией противопоказан при беременности. Конечно, когда есть более безопасная альтернатива, то надо использовать именно ее. И если аспирин – это действительно единственный препарат для предотвращения невынашивания беременности у женщин с АФС, то лечение банальных влагалищных инфекций не стоит начинать с тяжелой артиллерии типа неомидина при существовании огромного числа безопасных средств.

Однако разделение препаратов на категории A, B, C, D и X постепенно исключается из практики в США. FDA внесло поправки в правила маркировки для рецептурных лекарственных препаратов, в которых должно быть представлено индивидуальное резюме. Оно включает риски использования препарата во время беременности и в период лактации со ссылкой на доклинические и клинические исследования, с указанием:

- проникновения препарата в грудное молоко;
- рисков для женщин и мужчин репродуктивного возраста;
- необходимости тестирования на беременность, контрацепции;
- риска бесплодия от препарата.

Другой популярной классификацией, но не очень используемой в РФ, является Австралийская классификация препаратов по категориям безопасности для плода.

Часто пары беспокоит вопрос, как долго нужно предохраняться после окончания курса приема различных антибиотиков, антидепрессантов или препаратов из других фармакологических групп. Развеять свои сомнения можно очень просто, внимательно изучив инструкции к препаратам, где указан период полувыведения препарата из организма (время, нужное лекарственному препарату для потери половины его фармакологического действия).

Врачи в своей практике ориентируются на постоянно обновляемые базы данных на английском языке DRUGS.COM (с бесплатным доступом для всех желающих) и UpToDate (доступ требует взноса), где в разделе беременность/лактация (Pregnancy/Breastfeeding) можно ознакомиться с актуальными исследованиями по безопасности применения конкретных препаратов во время беременности и на этапе зачатия.

¹ По материалам сайта Drugs.com – прим. авт.

Врач очень подробно расспросит вас о характере менструаций, частоте сексуальных контактов, уточнит методы контрацепции, которые вы используете, соберет данные о наличии у вас гинекологических заболеваний (эндометриоза, миомы матки, кисты яичников, дисплазии шейки матки, аномалий строения половых органов), а также о перенесенных операциях на матке, яичниках, маточных трубах и шейке. Врач, разумеется, не из праздного любопытства, попросит вас рассказать о предыдущих беременностях и родах, выяснит, были ли у вас какие-либо осложнения во время беременности, в родах или в послеродовом периоде.

Поскольку врач всегда на стороне пациента, важно честно и без стеснения проинформировать его о перенесенных инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), ВИЧ, гепатитах В и С, не опасаясь осуждения.

Вполне очевидно, что перечисленные нюансы вашего репродуктивного здоровья будут иметь значение для разработки плана подготовки к зачатию.

К примеру, если женщина перенесла операцию на яичниках, что неизбежно приводит к утрате яйцеклеток (на медицинском языке – к снижению овариального резерва), может потребоваться немедленная оценка возможности естественного зачатия. В случае, если «пороха в пороховницах» (яйцеклеток в яичниках) почти нет, что может проявляться слишком короткими или длинными менструальными циклами, повышенной потливостью, приливами жара и/или сухостью во влагалище, то врач может рекомендовать не тратить драгоценное время, а воспользоваться достижениями репродуктивной медицины в виде экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Гинеколог может порекомендовать использование надежных и обратимых методов контрацепции (гормональные контрацептивы, презервативы) до завершения полного обследования, окончания вакцинации, достижения ремиссии какого-то хронического заболевания или восстановления дефицитов микро- и макроэлементов (в частности, запасов железа в организме). Кстати, не попадитесь на уловку с так называемым «ребаунд-эффектом», или «эффектом отмены», под которым понимают назначение коротким курсом (на 2–6 месяцев) комбинированных оральных контрацептивов (КОК) якобы для повышения вероятности успешного зачатия.

Многочисленными исследованиями доказано, что КОК не увеличивают шансы на наступление беременности. Да и вообще, немного нелогичной выглядит ситуация, когда планирующей беременность женщине после завершения необходимого обследования вместо фолиевой кислоты рекомендуют препараты, препятствующие наступлению беременности. Странно, правда?

Предоставить врачу сведения о вакцинации и показать прививочный сертификат со времен детского сада и школы – это «высший пилотаж» дисциплинированности и сознательности пациента в российских реалиях начала XXI века. Но поскольку с вакцинацией взрослого населения дела у нас пока (мягко говоря) обстоят неважно, врач порекомендует обследование для оценки степени иммунной защиты от инфекций, способных нарушить течение беременности. Об этом подробно можно узнать в главе про вакцинацию перед беременностью и во время нее. Да-да, это не описка: существует план обязательных прививок во время беременности, хотя он очень короткий.

Прежде чем обратиться за помощью к акушеру-гинекологу с вопросом о подготовке к зачатию, целесообразно ненавязчиво выяснить у родственников будущего папы и своих о семейных генетических заболеваниях (например, гемофилии, муковисцидозе и других), для того чтобы врач принял решение о направлении на консультацию к медицинскому генетику.

Для доктора будет важно узнать, вегетарианец вы или, например, любитель есть термически не обработанное мясо и рыбу. Отсутствие физической активности, равно как и истязание себя в спортзале – две крайности, которые у части женщин могут привести к отсрочке зача-

тия. Согласуйте с врачом оптимальную физическую нагрузку и оптимальный вариант питания, которые ускорят реализацию ваших планов.

Врачу безразличен род ваших занятий: если вы маляр, заняты на химическом производстве, в сельском хозяйстве с пестицидами или ваша работа травмоопасная, а вы проживаете на территории с радиоактивным загрязнением, сообщите эту информацию врачу для оценки рисков будущей беременности.

Небольшое разоблачение мифа о вреде электромагнитных лучей: нет убедительных доказательств того, что воздействие обычных источников электромагнитного излучения, таких как компьютерные мониторы, мобильные телефоны и микроволновые печи, оказывает вредное влияние на здоровье.

Физическое и моральное насилие со стороны сексуального партнера, неудовлетворительный психологический климат в семье и другие социальные вопросы – острейшие темы, которые обязательно обсуждаются с врачами в развитых странах, но выходят за рамки врачебных компетенций в России. Тем не менее обратиться за помощью в сложных жизненных ситуациях необходимо к психологам/психотерапевтам, социальным работникам, а порой и к представителям правоохранительных органов.

И еще. иногда, какими бы взрослыми ни были будущие родители, возникает необходимость услышать от врача ответ на, казалось бы, совершенно детский вопрос: откуда же берутся дети или как забеременеть быстро?

Откуда берутся дети и как забеременеть быстро?

– *Какими методами вы предохраняетесь последние несколько лет?*

– *Никакими... но я пока и НЕ ХОЧУ БЕРЕМЕНЕТЬ!*

То есть отсутствие «психологической готовности» выполняет функцию самого эффективного контрацептива, а дети появляются только у тех пар, которые действительно желают примерить на себя роль родителей? Многие вплоть до зрелого возраста пребывают в уверенности, что стоит только захотеть, отказаться от предохранения и беременность тут же наступит если не с первой, то со второй попытки. Почти как в мыльных операх или романтических фильмах! Конечно, такая идеальная картинка встречается в реальной жизни, но «молниеносно» возникающая беременность – скорее исключение, чем правило. А правило, выведенное на основании холодного расчета, гласит: в течение **ОДНОГО** года беременность наступает у 80 % женщин с нормальным менструальным циклом в возрасте до 40 лет, не использующих контрацепцию и имеющих регулярные половые контакты. Еще половина из тех 20 % женщин, у которых беременность не наступила в течение года, забеременеют в течение следующего.

Итак, общий, или совокупный, коэффициент наступления беременности достигает 90 % в течение двух лет при соблюдении трех условий: регулярный секс без предохранения, регулярный менструальный цикл и возраст будущей мамы до 40 лет!!!

Немного разъясним эти условия, чтобы «инструкция к зачатию» выглядела более детальной и понятной. Отсутствие контрацепции означает вагинальный секс, который заканчивается семяизвержением во влагалище. Иначе говоря, от орального и анального полового контакта беременность не наступит, а «прерванный половой акт» считается хоть и ненадежным, но все же методом контрацепции и попытки зачатия при семяизвержении не во влагалище в зачет не идут.

Характеристики нормального менструального цикла, по последним международным договоренностям, выглядят примерно так: длительность цикла (считается от первого дня предыдущей менструации до первого дня следующей) – от 24 (21) до 38 (35) дней, а о регулярности менструаций не говорит тот факт, что месячные приходят в 5 утра 28 числа каждого месяца (такое тоже иногда бывает). Физиологическими колебаниями считаются отклонения в

длительности цикла в 2–7 (иногда до 20) дней. Если менструации реже, то, безусловно, вероятность зачатия в течение одного года будет несколько ниже.

И наконец, что же такое «регулярная половая жизнь»: 2 раза в день после завтрака и ужина, 2–3 раза в неделю или один раз в год? Исследования говорят нам о том, что вероятность зачатия одинаково велика при частоте половых контактов каждые 1–2 дня или 3–4 раза в неделю. У мужчин с нормальным качеством спермы ее концентрация и подвижность сперматозоидов остаются нормальными даже при ежедневной эякуляции. Большинство данных показывают, что оптимальное качество спермы (подвижность, морфология, количество) достигается при 2–3 днях воздержания от эякуляции. Промежутки отказа от секса более 5 дней могут отрицательно сказываться на количестве сперматозоидов.

Итак, 2–3 половых контактов в неделю с будущим отцом вполне достаточно для успешного зачатия в течение года. Но не 2–3 половых контакта за один подход, например в субботу, когда с утра не надо вставать на работу, а именно 2–3 половых акта, распределенных равномерно во времени.

Такая «половая стратегия» позволяет, по теории вероятности, хронологически сопоставить момент овуляции (выхода яйцеклетки из яичника, когда она становится готовой связать свою жизнь со сперматозоидом) и сексуальный контакт.

Здесь нельзя не привести интересные факты о жизни сперматозоидов и яйцеклеток, даже рискуя сделать сексуальные отношения более продуманными и расчетливыми. Если самый здоровый и спортивный сперматозоид способен выжить в организме женщины до 5 дней, то яйцеклетка проживает очень короткую, но яркую жизнь длиной в 24 часа. В связи с этим в репродуктивной медицине даже появилось понятие «окно фертильности», под которым подразумевают 6-дневный отрезок времени вокруг овуляции в течение каждого менструального цикла, когда зачатие будет возможно.

«Окошко» открывается за 5 дней до овуляции, что определяется длительностью жизни сперматозоида, который целых 5 дней после полового акта может дожидаться овуляции, плюс 1 день после выхода яйцеклетки, так как она вне яичника дольше не проживет. Ученые рассчитали вероятность успешного зачатия в пределах «окна фертильности», которая минимальна за 5 дней до овуляции – 4 %, максимальна за 1–2 дня до овуляции – 25–28 %, а в течение 24 часов после овуляции составляет всего 8–10 %. Очевидно, что для остальных дней цикла эта вероятность равна нулю. Поэтому каждой паре требуется порой не один месяц, чтобы «яйцеклеточно-сперматозоидный пасьянс» сошелся, так как болезни, плохое настроение, просто циклы без овуляции случаются у всех нормальных фертильных пар.

Живя в эпоху технического прогресса, можно легко попасться на его удочку (как прозорливо пел Сыроежкин из «Электроника») даже в таком вопросе, как зачатие ребенка. Так случилось с одной моей пациенткой, планирующей беременность, которая, надо сказать, не является большой любительницей секса не по патологической причине – из-за болезней, вследствие психологических травм или просто из-за отсутствия физической потребности. Девушка за 6 месяцев неудачных попыток забеременеть получила диагноз «бесплодие», прошла огромное количество обследований и даже проверила проходимость маточных труб, поскольку выстроила свои ежемесячные интимные отношения с партнером по мобильному приложению, которое самостоятельно рассчитывает «дни овуляции».

Большой научный обзор 18 исследований показал, что, хотя пользователи приложений для расчета овуляции высоко оценивают их удобство, врачи редко участвуют в разработке приложений, и эти продукты практически не регулируются профессиональными сообществами.

Когда мы еще раз проанализировали менструальный цикл пациентки, то выяснили, что день овуляции, который указывал смартфон и на который приходился единственный половой

контакт в месяц, и день реальной овуляции различались на 2 дня. Оказалось, что пациентка занималась сексом с мужем ровно через 2 дня после овуляции, когда вероятность зачатия равна нулю. Практический совет для тех, кто не хочет или не может заниматься сексом регулярно: «откалибруйте» под себя свое менструальное приложение в смартфоне с акушером-гинекологом с учетом знаний об «окне фертильности».

Помните локдаун в связи с COVID-19? Тревога, страх за будущее, боязнь вируса. Однако во время локдауна обнаружилась обратная сторона медали или, как говорится, «стакан наполовину не только пуст, но и полон». Мы заметили всплеск успешных зачатий в семьях, давно и безрезультатно планирующих беременность, но сильно утомляющихся на работе. Очувтившись в ограниченном пространстве люди, по всей видимости, получили возможность чаще заниматься сексом, что в итоге завершалось обнаружением двух полосок не только в экспресс-тесте на COVID-19. Это позволило еще раз подтвердить тот факт, что иногда лучшее лекарство от бесплодия – это секс.

Секс по любви или по расчету, на беременность – что быстрее приведет к зачатию? Какая позиция в сексе оптимальна, чтобы забеременеть быстрее? Нужен ли женский оргазм? А действительно ли «поза березки» облегчит путь сперматозоида к цели? Ответы на все эти вопросы – нет, нет и нет. Все вышеперечисленное никак не влияет на наступление беременности, однако противоречивым пока остается влияние влагалищных смазок на успешное зачатие.

И в заключение, если все условия соблюдены и беременность не наступает, то надо обратиться к врачу через год, если ваш возраст до 35 лет, и через 6 месяцев – если вам больше 35 лет.

Давайте узнаем наверняка, что можно сделать, чтобы не просто забеременеть, но и родить ЗДОРОВОГО ребенка.

Как часто можно беременеть?

Если речь идет о планировании повторной беременности после первых успешных или преждевременных родов, то вне зависимости от способа родоразрешения (кесарево сечение или естественные роды) интервал между беременностями, который рекомендуется выдержать для восполнения ресурсов, составляет от 1,5 до 2 лет. Если беременность наступила раньше, то немного повышаются риски преждевременных родов, а также потребуются дополнительный прием разного рода витаминов и микроэлементов, которые необходимы для роста и развития второго малыша.

Если случилось столкнуться с потерей беременности до 12 недель, то нет медицинской необходимости делать трех-или шестимесячный перерыв для восстановления, а тем более использовать для этого комбинированные гормональные контрацептивы. Можно и нужно восстановиться психологически и приступить к новым попыткам хоть в следующем менструальном цикле.

Если беременность трагически завершилась в более поздние сроки от 12-й до 22-й недели, то, по данным некоторых исследований, оптимально выдержать небольшую паузу длиной в шесть, а лучше в девять месяцев, чтобы вновь не пережить подобную драму. Причем комбинированные оральные контрацептивы здесь могут понадобиться только для предупреждения новой беременности, а не для чудесного «отдыха» яичников. Яичники не устают.

Если вы продолжаете грудное вскармливание, вновь наступившая беременность не означает, что необходимо прекратить лактацию. Решать это только вам и вашему грудничку!

Как изменить свою жизнь, чтобы родить здорового ребенка?

Помните бесконечно тиражируемую во всех медиаресурсах «формулу здоровья» ВОЗ? По утверждению специалистов ВОЗ, здоровье на 50 % зависит от образа жизни человека, на наследственность и состояние окружающей среды (экологию) приходится по 20 % и самый небольшой вклад в человеческое здоровье (оставшиеся 10 %) вносит работа национальных систем здравоохранения. Эти соотношения «составляющих здоровья» вполне можно перенести на репродуктивное здоровье женщины, поэтому ошибочно предполагать, что у врача есть «волшебная таблетка» для идеальной беременности. Самый большой вклад в рождение здорового человека могут внести только сами будущие родители своим образом жизни и генетикой! Если на современном этапе развития медицинской науки гены переделать почти невозможно, то изменить образ жизни перед зачатием – это легко, недорого и очень эффективно.

Существуют ли безопасные дозы алкоголя?

Как мантру, повторим бесконечно тиражируемую фразу о том, что безопасных доз алкоголя не существует. Женщинам, планирующим беременность, следует знать о том, что алкогольная интоксикация и употребление более 1–2 алкогольных единиц (АЕ) 1–2 раза в неделю повышает риск нанесения вреда развивающемуся плоду. В разных странах за АЕ принимают разные объемы этилового спирта от 10 до 25 мл. Например, в Великобритании 0,5 л пива (4 % об.) соответствуют 2 АЕ, а 0,7 л вина (12 % об.) – 8,4 АЕ. Исследования показали, что особенно негативно влияют на фертильность умеренные и высокие дозы алкоголя во время овуляции и второй (лютеиновой) фазы менструального цикла.

Влияние алкоголя на фертильность продолжают изучать, и полученные данные пока весьма противоречивы, поэтому призыв отказаться от алкоголя связан прежде всего с негативным влиянием алкоголя на развитие малыша в утробе матери.

Табакокурение, электронные сигареты, пассивное курение – что безопаснее?

Курят много и разное. Курение – это то, от чего следует отказаться незамедлительно, когда принято решение стать родителями. Отказаться без компромиссов с собой в виде перехода на другие виды сигарет или уменьшения числа выкуриваемых сигарет. Почему? По простой причине: курение – это 4000 ядовитых для женской репродуктивной системы веществ, мишенью для которых выступают яичники, матка, маточные трубы и даже подкорковые структуры головного мозга, ответственные за синтез гормонов. Сигаретный дым содержит полициклические ароматические углеводороды, тяжелые металлы, алкалоиды и другие токсические вещества.

Сразу начнем с тяжелой артиллерии. Установлено, что у курящих женщин на 60 % снижается способность к зачатию и на 60 % увеличивается риск бесплодия. Снижение способности к зачатию увеличивается по мере увеличения числа выкуриваемых сигарет в день. У курильщиц менопауза наступает на 1–4 года раньше по сравнению с некурящими. Но для женщин, отказавшихся от курения, вероятность зачатия не отличается от тех, кто не курил вообще, хотя умершие яйцеклетки «воскресить» невозможно.

У курящих на 30 % снижается эффективность лечения бесплодия с помощью ЭКО. Курящие женщины нуждаются в большем количестве препаратов для стимуляции, и у них удается извлечь меньшее число яйцеклеток.

Курение повреждает генетический материал, поэтому частота выкидышей и врожденных дефектов среди детей курящих женщин встречается чаще. Электронные сигареты типа *icos* также приводят к увеличению частоты выкидышей. У курящих женщин выше вероятность наступления беременности с хромосомными аномалиями, например с синдромом Дауна. Ну и в качестве «вишенки на торте» необходимо принять факт того, что курящие женщины чаще могут столкнуться с трагедиями в виде внематочной беременности и родов раньше срока.

Дети, чьи родители курят, подвержены повышенному риску синдрома внезапной детской смерти и развития астмы, в будущем они могут испытывать проблемы с зачатием, у них может возникнуть предрасположенность к онкологическим заболеваниям.

К сожалению, пассивное курение также может снижать шансы на зачатие. Вероятно, риски для окружающих чуть ниже, если курильщик отдает предпочтение электронным сигаретам.

Бросить курить может быть очень и очень сложно, но исследования показывают, что шансы на успех намного выше, если вы работаете со специалистами. Иногда временное использование заменителей никотина (таких как никотиновая жевательная резинка или пластырь) и/или отпускаемых по рецепту лекарств, может увеличить вероятность отказа от курения, и вы можете использовать их во время попыток забеременеть.

Даже если кому-то из ваших друзей повезло и вопреки представленным выше данным они спокойно забеременели и родили здорового ребенка, то не стоит вдохновляться таким опытом.

Во-первых, никто не знает, на какие проблемы со здоровьем «запрограммировала» ваша курящая приятельница своего малыша, во-вторых, вы можете не попасть в число этих счастливыхчиков...

Кофеин – друг или враг для успешного зачатия?

Научный мир никак не может определиться: то объявляет кофе причиной всех зол, то реабилитирует полностью, заявив, что кофе защищает сердце и сосуды и снижает риски ишемической болезни сердца, аритмии и сердечной недостаточности, диабета и даже болезни Паркинсона. Конечно, демонизировать кофеинсодержащие напитки в период планирования беременности не стоит, но даже в этом вопросе хороша умеренность. Хорошая новость для кофеманок: пока нет данных о том, что употребление кофеинсодержащих продуктов (чая, кофе, какао и колы) в каких-либо объемах снижает способность к зачатию и приводит к бесплодию. Однако избыточное употребление кофеина во время беременности (больше 300 мл в сутки) увеличивает риск ранних потерь и вероятность рождения детей с низкой массой тела.

Вне зависимости от репродуктивных планов ВОЗ рекомендует ограничиться 200–300 мл кофе в день, что соответствует 2–3 чашкам. Начать день с чашечки-другой капучино или латте макиато при планировании беременности – это чудесно!

Работа и планирование беременности: сбавляем обороты?

Обсуждать возможность смены места и режима работы с женщиной, планирующей беременность, может быть полезно, но далеко не всегда конструктивно. Работа – это не только самореализация, но и источник финансирования, поэтому требования врача «поменять работу» могут привести только к смене врача.

Если вы заняты в ночные смены, работая медсестрой, диспетчером или бортпроводницей, и при этом физически здоровы, то есть небольшая вероятность того, что наступление

беременности может несколько отсрочиться по сравнению с тем, если бы работа была бы только в дневные часы.

Вероятно, это можно объяснить ухудшением качества яйцеклеток. Так, в исследовании женщин с бесплодием было обнаружено, что у работающих по ночам, как правило, было меньше «зрелых» яйцеклеток. Теоретически это может снизить их шансы на рождение ребенка. Однако эксперты подчеркнули, что к их выводам следует относиться с осторожностью, а тем более применять их к пациенткам, которые пытаются зачать естественным путем.

Похожая картина наблюдалась среди бесплодных женщин, занятых тяжелым физическим трудом: в среднем при извлечении яйцеклеток при ЭКО у них было на 1 зрелую яйцеклетку меньше, чем у женщин, чья работа не связана с подъемом тяжестей.

В другой работе исследователи, наблюдавшие за 1739 медсестрами, которые пытались забеременеть естественным путем, подсчитали, что, работая более 40 часов в неделю, женщин тратили на 20 % больше времени на то, чтобы забеременеть. Было показано, что подъем или передвижение тяжестей на работе весом более 25 фунтов (около 11 кг) несколько раз в день также могут быть причиной увеличения времени до зачатия примерно на 50 %.

Ученые предполагают, что ночные смены или сменный график с чередованием смен могут приводить к нарушению циркадных ритмов, стрессу, рассинхронизации синтеза основных гормонов, регулирующих менструальный цикл и овуляцию. При этом научное объяснение отрицательного влияния тяжелого физического труда на фертильность пока не найдено. А может, у женщин после ночной смены или физического труда просто не хватает сил и желания для секса?

Если вы работаете посменно или сверхурочно и у вас появились нарушения менструального цикла, случился выкидыш или преждевременные роды, то вряд ли стоит рассматривать именно работу как непосредственную причину трагедии.

Ведь огромное число женщин по всему миру заняты работой в ночные часы, но при этом успешно реализуют свои репродуктивные задачи и становятся счастливыми мамами, все также не высыпаясь в декретном отпуске. А влияет ли качество сна на фертильность?

Сон и планирование беременности

Любая читательница наверняка когда-либо в жизни сталкивалась с последствиями недосыпания. Сон имеет решающее значение для нормальной работы нашего тела, в том числе и для репродуктивной системы женщины.

Помимо данных о влиянии сна на общее самочувствие (и того факта, что чем здоровее вы, тем выше ваши шансы на зачатие), не так много информации о прямом влиянии сна на фертильность.

Наиболее важным фактором, на который может повлиять сон в отношении фертильности, является выработка гормонов подкорковыми структурами головного мозга. Та же часть мозга, которая отвечает за регулирование гормонов сна и бодрствования, таких как мелатонин и кортизол, также регулирует женские гормоны. Недостаток сна сигнализирует организму о необходимости вырабатывать больше гормонов стресса, что может привести к снижению уровней эстрогенов, тестостерона и других гормонов, ответственных за регуляцию оплодотворения.

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.