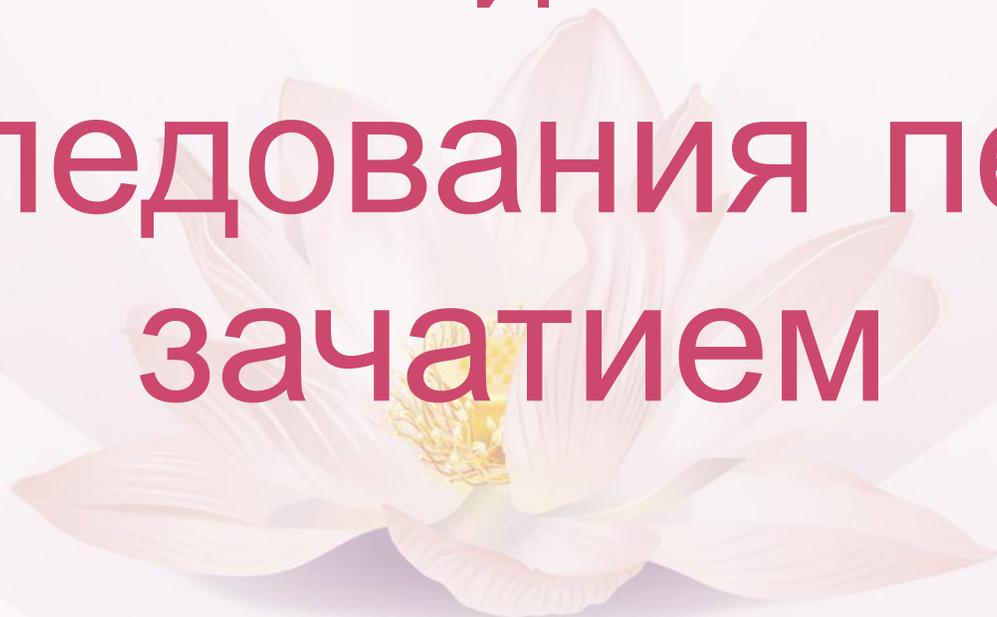




Подготовка к  
беременности  
и  
обследования перед  
зачатием



## Обследование перед зачатием:

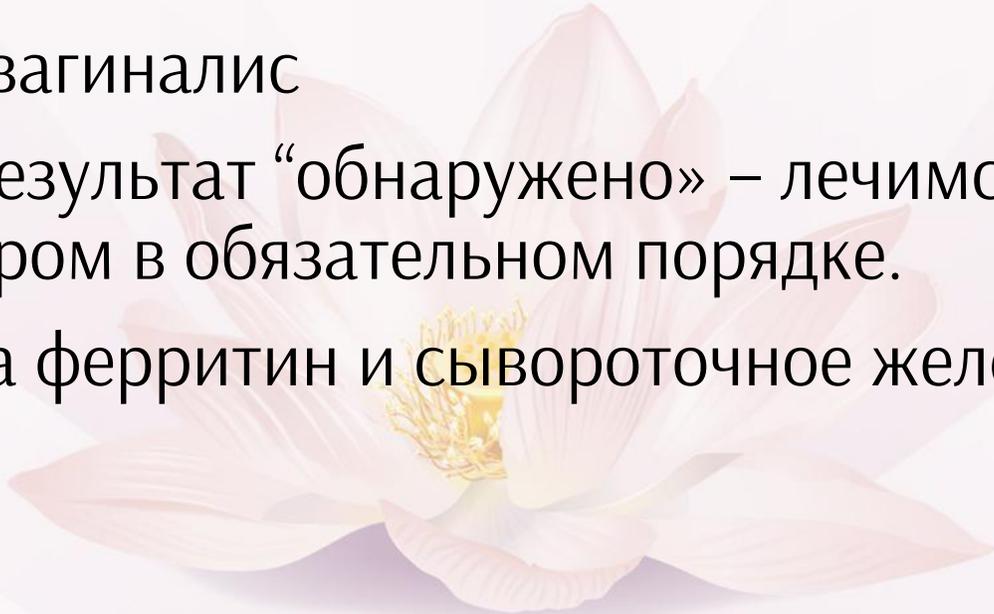
-  1) ПАП-тест + анализ на ВПЧ
-  2) Анализ крови на ТТГ
-  3) Анализ крови на Ig G к краснухе и кори, при отрицательном результате (Ig G к кори и краснухе не выявлены) – вакцинация КПК, после прививки контрацепция 1 месяц
-  4) Анализ крови на ВИЧ, сифилис (RW), гепатит В (HBsAg), гепатит С (Anti-HCV-антитела суммарные).
-  5) Анализ крови на выявление Ig G токсоплазмозу, цитомегаловирусу.

Если вы подтвердили, что не больны гепатитом В, а также ВИЧ, то можно сделать прививку от гепатита В по схеме 0 – 1 - 6 месяцев. Во время беременности не применяем, поэтому это актуально только для тех, у кого есть такой запас времени на подготовку.

 6) Анализ из влагалища на выявление методом ПЦР «качественно» следующих возбудителей:

- 1. Микопlasма гениталиум
- 2. Хламидия трахоматис
- 3. Гонококк
- 4. Трихомонада вагиналис
- Если получаем результат “обнаружено» – лечимся вместе с половым партнером в обязательном порядке.

 7) Анализ крови на ферритин и сывороточное железо

A large, faint pink lotus flower is centered at the bottom of the slide, serving as a decorative background element.

-  8) Общий анализ крови
-  9) Флюорография или рентген органов грудной клетки в связи с эпидемией туберкулеза в странах СНГ
-  10) Каждые 10 лет проводится ревакцинация от столбняка и дифтерии. То есть после 18 лет каждые 10 лет вводится вакцина АДС-М.
-  11) Анализ крови на Ig G к ветряной оспе, при отрицательном результате – вакцинация.

Во взрослом возрасте, если вы не привиты и никогда не болели – ветрянка переносится крайне тяжело.

 12) Посетить стоматолога и других узких специалистов, если есть хронические заболевания

Начать принимать фолиевую кислоту в дозе 0,5 мг/сутки (это половинка 1 таблетки, в которой содержится фолиевой кислоты в дозе 1 МГ) хотя бы за 1-3 месяца до зачатия.

 13) Анализ крови на витамин Д сделать можно, но не обязательно. БЕЗ АНАЛИЗА рекомендуется прием витамина Д в дозе 600-1000 МЕ.

 14) 1 раз в год-два необходим профилактический осмотр у врача дерматолога для общего осмотра и проведения дерматоскопии.

Вам показано картирование («паспорт» кожи), если у вас есть случаи:

1. Меланомы кожи в семье;
2. Есть диспластические невусы или родинки с неправильной формой и неравномерным окрашиванием;
3. > 50 родинок на коже

 15) Проверяйте свое артериальное давление хотя бы один раз в 2 года.

Если верхняя цифра давления больше 140 или нижняя цифра более 90 - обратитесь к терапевту/кардиологу/ семейному врачу.

 16) Анализ крови на определение уровня общего холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов.

Если при проведении анализов вы получили нормальный результат, следующий раз вам можно делать их повторно через 5 лет.

A decorative pink and white oval graphic.

1. **ПАП-тест** (или цитологическое исследование) + анализ на ВПЧ = идеальная комбинация.

- Оцениваем результаты **ПАП-тест**
- NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy) – «мазок отрицательный в отношении интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований»
- Ваша шейка матки абсолютно здорова! Плановый профилактический осмотр
- Не обращаем внимания на слова «метаплазия», «паракератоз», «цитоллиз», «койлоциты», «элементы хронического воспаления», «дегенеративные, реактивные изменения эпителия», это **НОРМА**, лечения никакого **НЕ ТРЕБУЕТСЯ**



## Оцениваем результаты ПАП-теста

**NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy)** – «мазок отрицательный в отношении интраэпителиальных поражений или злокачественных новообразований»

Ваша шейка матки абсолютно здорова! Плановый профилактический осмотр

### ASC-US (atypical squamous cells) 25 лет и старше





## ASC-US 21–25 лет

Тестирование на ВПЧ

Повторить ПАП-тест через год

ВПЧ отрицательный —  
рутинный скрининг

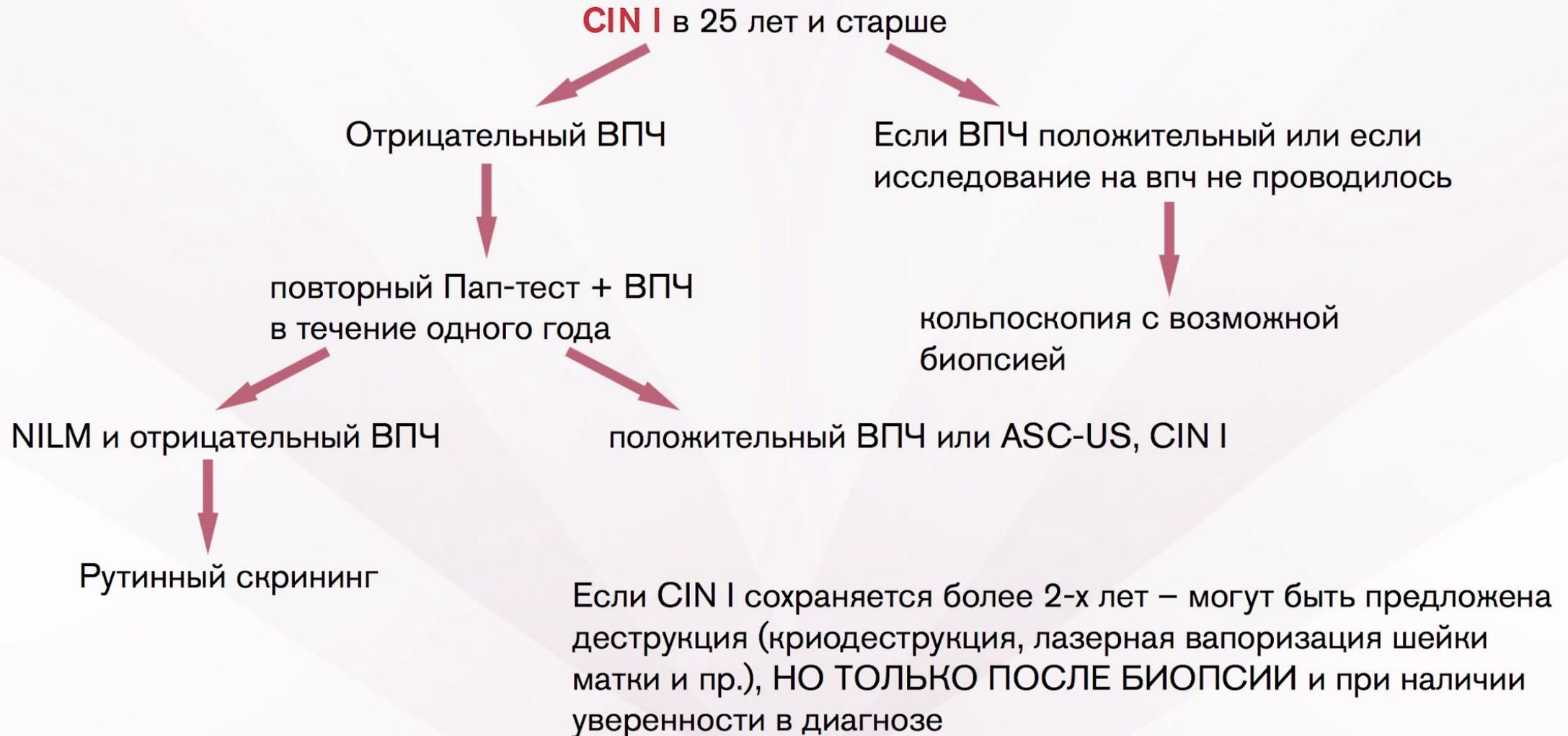
ВПЧ положительный —  
повторите мазок через год

## ASC-H

Всегда кольпоскопия  
с возможной биопсией



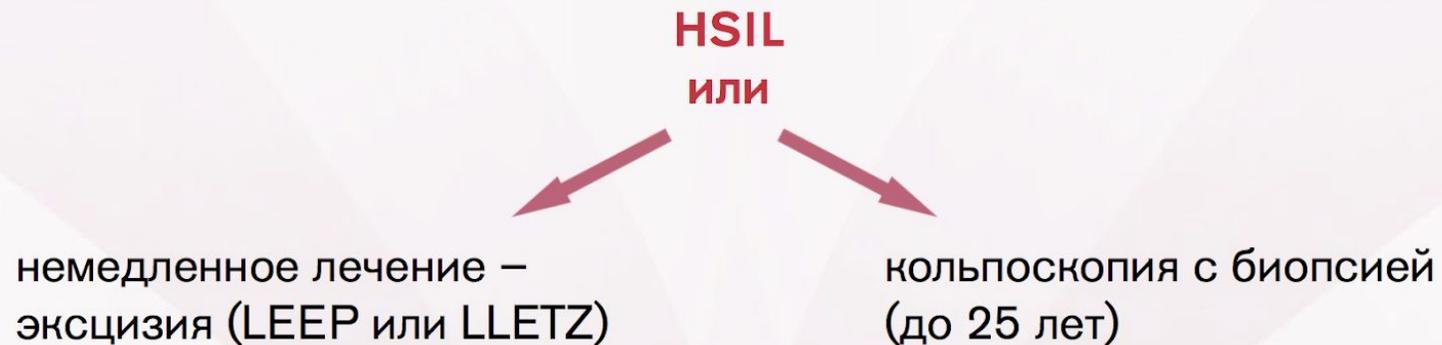
**CIN I (LSIL), или дисплазия легкой степени** (риск возникновения дисплазии тяжелой степени 6 %, риск возникновения рака шейки матки — менее 1 %)



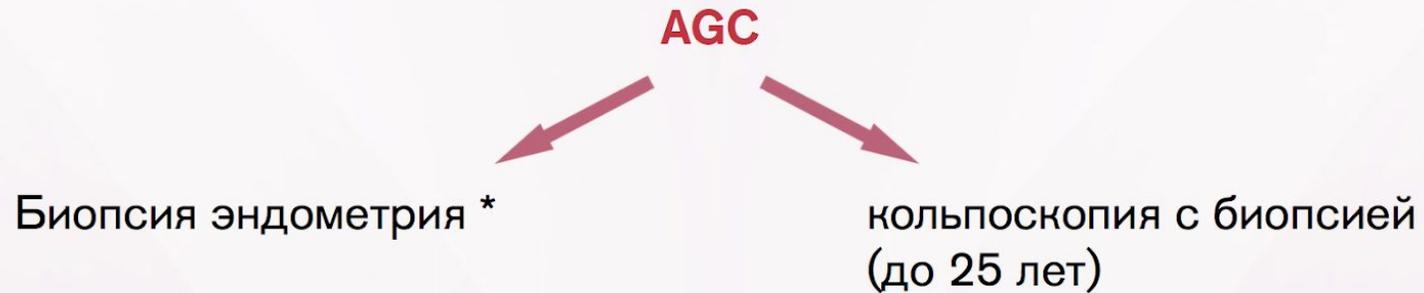
**CIN II–CIN III — HSIL — интраэпителиальное поражение умеренной или тяжелой высокой степени тяжести (умеренная дисплазия, тяжелая дисплазия)**

Риск предраковых изменений в шейке при HSIL – 71 %, риск рака шейки матки – 7 %

Рак шейки матки предотвратим, если HSIL вовремя вылечено



**(AGC) Атипичные железистые клетки** – риск рака шейки матки – 1 %, а риск рака эндометрия (матки) достигает – 3 %



\* Если есть опасения, что существует также риск рака матки (например, возраст  $\geq 35$  лет, есть отягощенный семейный анамнез, нерегулярные или слишком обильные менструации, вагинальное кровотечение в периоде менопаузы или присутствуют клетки эндометрия в описании ПАП-теста)

В некоторых случаях заключение ПАП-теста сразу указывает на конкретный тип AGC, тогда или конизация шейки матки, или выскабливание полости матки

- 
- A decorative oval with a gradient from yellow to pink, positioned to the left of the first bullet point.
- Лечение может требовать только ДИСПЛАЗИЯ легкой степени, средней или тяжелой (она же CIN I, CIN II, CIN III (LSIL, HSIL)).
  - Дисплазия – это диагноз, который может быть выставлен на основании ПАП теста или по результатам биопсии.
  - Кольпоскопия – осмотр шейки матки с помощью кольпоскопа (микроскопа).
  - Во всем мире делается в случае плохих результатов ПАП-теста.
  - В РФ делается всем женщинам без исключения согласно приказу 572н

# Как выглядит здоровая шейка

То, что называют «эрозией» выглядит вот так и на самом деле эрозией не является:



Это называется **эктопия** или **эктропион** – вариант абсолютной нормы.

**ЛЕЧЕНИЯ НЕ ТРЕБУЕТ**

# Как выглядит «больная» шейка

Вот так выглядит **дисплазия** («белесоватые» участки, которые вы видите на поверхности шейки матки)



**Рис. 9.8.** По периферии отмечается дисплазия слабой степени. В центре на 12 часов – более плотный ацетобелый эпителий тяжелой дисплазии. В зоне ацетобелого эпителия определяется «внутренний край»



При выявлении таких участков во время кольпоскопии врач должен взять **БИОПСИЮ**, а не предложить «прижигание» или «замораживание». По результатам биопсии выставляется степень дисплазии и принимается решение о лечении/наблюдении

# 8 фактов о ВПЧ (вирусе папилломы человека)

**1** Видов ВПЧ более 100, около 40 из них поражают аногенитальную область, эпителий шейки матки, попадая туда половым путем (телесный контакт во время вагинального, анального секса)

**2** ВПЧ-инфекция является наиболее распространенной вирусной инфекцией (90% людей инфицированы в возрасте до 25-30 лет) и почти каждый, кто сексуально активен, получит инфекцию ВПЧ в какой-то момент своей жизни

**3** После заражения вирусом по истечении 6 месяцев - 2 лет, как правило, ваша иммунная система с ним справляется и вирус исчезает из вашего организма. ~ у 10% людей вирус продолжит персистировать

**4** НЕ СУЩЕСТВУЕТ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА. Долгие курсы иммуностимуляторов, противовирусных препаратов, гомеопатии – это неэффективные, дорогие и потенциально опасные лекарства

**5** ВПЧ в 99% является причиной возникновения дисплазии и рака шейки матки

**6** ВПЧ не лечится ни хирургически, ни медикаментозно. Лечится только дисплазия и только хирургически (абляция – CIN I, эксцизия – CIN II)

**7** Лучшая защита от ВПЧ – прививка. Если у вас не постоянный половой партнер, если сменится – вакцинируйтесь

**8** С ВПЧ можно беременеть и рожать здоровых детей, на беременность вирус папилломы человека НИКАК НЕ ВЛИЯЕТ!





# Обследование на инфекции группы TORCH

Есть смысл сделать анализ крови на выявление Ig G к краснухе и если они не обнаружены – сделать прививку

## R – (rubella) краснуха

вызывает тяжелые пороки развития у плода: поражение слуха и зрения, поражение печени и селезенки, пороки развития сердца, нарушения умственного и физического развития

чаще всего у ребенка, перенесшего краснуху внутриутробно, возникает глухота, поражение глаз и головного мозга

может стать причиной возникновения аутизма, сахарного диабета и гипотиреоза у детей

 Медицина пока плохо умеет бороться с вирусами, за исключением некоторых, поэтому эффективного лечения от краснухи не существует, только вакцинация может защитить вас и вашего ребенка от вируса. После прививки в течение 3 месяцев у вас должна быть надежная контрацепция

## Т (токсоплазмоз) и С (цитомегаловирус)

Можно сделать анализ крови на выявление Ig G к токсоплазмозу и цитомегаловирусу – их наличие говорит о том, что вы сталкивались с этими инфекциями и во время беременности их можно не опасаться

Положительные Ig G  
не требуют лечения!!!



Это иммунная «память» о перенесенной инфекции, это хорошо, вы будете в «безопасности» во время беременности.

## Если Ig G к токсоплазмозу отрицательные, во время беременности соблюдайте следующие правила:

- Не употреблять в пищу полусырое, плохо приготовленное мясо (сырой фарш, полупрожаренное мясо, стейки с прожаркой rare, medium rare и пр.) Мясо должно быть хорошо сварено, прожарено или протушено
- После разделки сырого мяса, ВСЕГДА тщательно мойте руки и все кухонные предметы горячей водой с моющим средством, т.к. на них могут оставаться цисты токсоплазм. Если эти мероприятия не проведены, а мясо всё-таки было заражено – ждите встречи с токсоплазмой
- ВСЕГДА мойте руки прежде, чем поднести их к лицу, ко рту да ещё и что-то в него положить
- Если работаете в саду или огороде – надевайте перчатки
- ВСЕГДА мойте овощи и фрукты перед их употреблением, не пробуйте немые фрукты и овощи на рынке

- Если дома есть кошка, не кормите её сырым мясом
- Не убирайте кошачий туалет, если вы беременны и никогда не болели токсоплазмозом, пусть это делает кто-то другой. Но если по каким-либо причинам это невозможно, лучше делайте это в перчатках и после уборки туалета обязательно тщательно вымойте руки
- Кошачий туалет нужно убирать **КАЖДЫЙ** день — это снижает риск заражения токсоплазмозом, так как токсоплазма в кошачьих фекалиях **НЕ** заразна в течение первых дней



## Если Ig G к цитомегаловирусу отрицательные, соблюдайте следующие правила:

- ЦМВ чаще всего болеют дети в возрасте до 6 лет, именно от них вы можете подхватить этот вирус
- Мойте руки с мылом после смены подгузников, кормления маленьких детей, если, например, вы няня, воспитатель в детском садике или у вас куча племянниц, племянников, детей подружек, за которыми вы ухаживаете или просто ходите к ним в гости
- Мойте руки после любых контактов с детьми (вытерли им нос или рот, взяли в руки детские игрушки и пр.)
- Не делитесь своей посудой, напитками (не пейте с одной чашки или бутылки) и едой с маленькими детьми
- Соска и зубная щетка ребенка (если это ваш старший ребенок, например, и вы снова беременны) не должны попадать к вам в рот



- Не целуйте ребенка в губы или щеки, вы можете поцеловать его в голову или просто обнять
- Чистите игрушки, столешницы и другие поверхности, которые вступают в контакт с детской мочой или слюной
- Вы можете пользоваться различными дезинфицирующими средствами на спиртовой основе, если нет доступа к санузлу или время не позволяет тщательно вымыть руки
- Избегайте по возможности мест массового скопления людей (метро, торговые центры, общественный транспорт). Мойте руки после улицы и не касайтесь грязными руками глаз, носа или рта
- При наличии у вас ЦМВ вы можете кормить грудью

## Н – (herpes) Герпетическая инфекция

Если есть рецидивирующий генитальный герпес – назначается супрессивная терапия:

 **Ацикловир** с 36 недель до дня родов



Рецидивы во время беременности лечим **ацикловиром** местно или системно в течение 5-7 дней

-  Рецидивирующий генитальный герпес не осложняет течение беременности
-  Супрессивная терапия с 36 недель и до дня родов сводит риски возникновения неонатального герпеса у ребенка к нулю

Герпес на лице для беременности не представляет никакой опасности.

# Не нужно выявлять и лечить во влагалище



- 1 Микоплазму хоминис
- 2 Уреаплазму уреалитикум
- 3 Уреаплазму парвум
- 4 Гарднерелу вагиналис
- 5 Кишечную палочку
- 6 Лейкоциты в мазках
- 7 «Лептотрикс», «Мицелий»
- 8 Стафилококки
- 9 Стрептококки
- 10 Цитомегеловирус

Если у вас появились жалобы на зуд, обильные выделения из влагалища «без» или «с» неприятным запахом, с необычным цветом, которого вы раньше не замечали (серый, зеленоватый), то это может быть:

**ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ  
КАНДИДОЗ («молочница»)**

**АЭРОБНЫЙ ВАГИНИТ**

**БАКТЕРИАЛЬНЫЙ  
ВАГИНОЗ**

 Чтобы разобраться что именно, нужно сделать:

Фемофлор + измерение pH влагалища  
Норма pH ~ 4,0-4,4 (3,8-4,5).

При

1. Баквагинозе ~ 7,5
2. При «молочнице» остается нормальным
3. При аэробном вагините будет > 6,5 .

-  Измерение pH позволяет СРАЗУ ЖЕ провести дифференциальную диагностику между разными заболеваниями в домашних условиях. Есть зуд и выделения, при этом pH в норме - это «молочница». Есть неприятный «рыбный» запах, выделения серого/зеленоватого цвета, pH 7-7,5 - это бактериальный вагиноз.
-  Лечение проводится ОДНИМ лекарственным препаратом (антибиотик – клиндамицин местно во влагалище 7 дней, например, или противогрибковое средство при «молочнице» – клотримазол крем местно 3-7 дней).

# Чего не нужно делать?

- 🍷 Бактериологические посевы из влагалища. Лечить по результатам таких посевов кишечную палочку в какой-то степени или стафилококк, или других возбудителей
- 🍷 Лечить «микоплазмоз», «уреаплазмоз», «гарднереллез», «дисбиоз» — это несуществующие диагнозы и несуществующие болезни

Видите такие заключения?

Видите «простынь» из  
медикаментов?

**ИЩИТЕ ДРУГОГО ВРАЧА!**

- Нормой витамина Д в сыворотке крови ВО ВСЕМ мире принято 30-40 нг/мл, а концентрация выше 50-60 нг/мл возможно повышает риск переломов костей и некоторых видов рака (UpToDate)  
Российские рекомендации ЭНЦ цифра 30-60 нг/мл.
- «Гуляет» норма 60-100 нг/мл, откуда она взялась?
- По сугубо личному никем не подтвержденному мнению некоторых «специалистов». Они считают, что лаборатории занижают нормы и «неправильным» методом определяют содержание витамина Д.

- Наиболее достоверными методами исследования крови на витамин Д являются жидкостная хроматография/тандемная масс-спектрометрия (LCMS/МС) и высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ), а у нас якобы эти методы не применяют, а заменяют на ИФА с погрешностью в 50% в пользу занижения истинных результатов.
- Но это не так, и метод ИФА наоборот чаще **ЗАНИЖАЕТ** истинные концентрации витамина Д.
- Если ваш уровень менее 30 нг/мл – вам показаны лечебные дозы витамина Д (в среднем около 5000 МЕ в сутки в течение короткого периода времени. - от 3 до 6 месяцев, зависит от назначенной дозы препарата) – и далее по достижению оптимального результата - более 30 нг/мл – переход на проф.дозу – 600-1000 МЕ/сутки.



## Железо и ферритин

- Нормальное содержание железа в организме составляет примерно от 3 до 4 г и из этого числа в виде ферритина содержится 0,4-0,5 г железа у женщин (это показатель ферритина 40-50 нг/мл ферритина)
- Ферритин снижен <40 нг/мл (по некоторым данным менее <30 нг / мл и 15 нг/ мл) – у вас есть латентный железодефицит без анемии
- Рекомендован прием препаратов железа в течение обычно около 3 месяцев , чтоб достичь оптимальных запасов железа
- Повышенные уровни ферритина в сыворотке (ферритин > 300 нг/мл у мужчин и > 200 нг/мл у женщин – катастрофа! рекомендуем не более 120) могут также наблюдаться в некоторых условиях при отсутствии избыточного накопления железа (при воспалении, злокачественные новообразования, системный ювенильный идиопатический артрит, системную красную волчанку, почечную недостаточность, синдром активации гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза/ макрофагов и метаболический синдром)
- Сывороточное железо
- Снижение железа: норма 11-27 мкмоль/л. Только низкое содержание железа в сыворотке крови не может быть использовано для диагностики дефицита железа
- Женщина репродуктивного возраста должна получать 18 мг железа в сутки с пищей

- Омега 3, которая содержит полиненасыщенные жирные продукты (EPA и DHA) в дозе 650 мг в среднем, если не едите рыбу и морепродукты
- Рынок БАД является очень крупным бизнесом – более 90 000 различных продуктов приносят около 30 миллиардов долларов прибыли в год в США.
- Добавки НИКОГДА не заменят сбалансированное, здоровое питание и они только отвлекают от практики здорового образа жизни и потребления здоровой пищи, приносящей гораздо большую пользу.

## Что говорит наука?

- Несмотря на то, что добавки мегапопулярны, существует ограниченное количество доказательств того, что они дают какую-либо пользу для здоровья. Например, исследование Американского колледжа кардиологов, показало, что четыре наиболее часто используемые добавки - поливитамины, витамин D, кальций и витамин С – не снижают риски сердечно-сосудистых заболеваний.
- «Люди часто думают о БАДах как о чем-то дополнительном, что они могут сделать для того, чтобы убедиться, что их основные потребности в питании покрыты», + эффект плацебо. «Я чувствую себя «здоровее», если делаю то, что, как Я считаю, делает меня здоровым».
- Самая большая проблема с добавками заключается в том, что они не регулируются FDA. Заявления, выдвигаемые поливитамиными компаниями, преувеличивают фактические данные об их эффективности.
- САМЫЙ КРУТОЙ диетолог рекомендует вам получать как можно больше витаминов с пищей и сформирует полноценный рацион, а не назначит вагон БАДов.

-  • БАД появляется на прилавке аптек или магазинов и ему не нужно доказывать, что он полезен для здоровья или что-то лечит.
-  • При отсутствии регулирования и контроля невозможно быть уверенным в составе и чистоте препарата, в том, что БАД содержит только те ингредиенты, о которых написано на этикетке и не содержит никаких опасных примесей, добавок и пр.»
- 

### **«Но это же безопасно, почему бы и нет?»**

-  • 1) Высокие дозы витамин А в исследованиях показали связь с повышенным риском развития рака легких у курильщиков
-  • 2) Дополнительный прием кальция и высоких доз витамина D могут увеличить риск образования камней в почках
-  • 3) Высокие дозы витамина Е могут привести к геморрагическому инсульту
-  • 4) Витамин К может увеличивать свертываемость крови и нарушать действие препаратов, «разжижающих» кровь
-  • 5) Прием большого количества витамина В6 в течение года и более связан с повреждением нервов, в результате чего может нарушаться координация движений
-  • ЕДА должна быть на первом месте
-  • Это важно для поддержания вашего кратко- и долгосрочного здоровья



# Приступили к попыткам

## зачатия

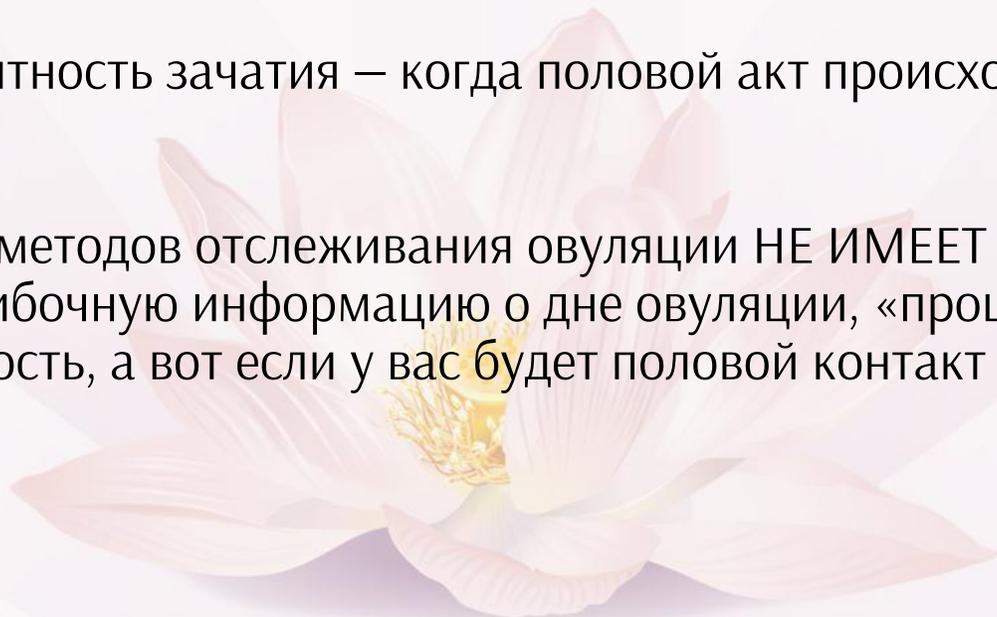
Для успешного зачатия нужно иметь незащищенные половые контакты с эякуляцией во влагалище каждые 2-3 дня, начиная с 7-9-го дня и вплоть до 21-23 дня менструального цикла

### Овуляцию «ловить» НЕ НУЖНО

Овуляция происходит +- в середине цикла, при этом у одной и той же женщины в каждом отдельном цикле она случается в разные дни. (В мае месяце она могла быть на 8 день цикла, в июне на 12, в июле на 15, в августе на 9, а если ваш цикл длится 38 дней, то овуляция может быть и на 20 день цикла)

Наиболее высокая вероятность зачатия – когда половой акт происходит ЗА 1-2 дня ДО овуляции или в день овуляции

Ни один из имеющихся методов отслеживания овуляции НЕ ИМЕЕТ 100% точности, и, используя их, вы можете получить ошибочную информацию о дне овуляции, «прошляпить» этот момент и упустить шанс на беременность, а вот если у вас будет половой контакт каждые 2-3 дня, то такого не случится



- Сперматозоиды сохраняют свою жизнеспособность в полости матки до 5-7 дней
- НЕ НУЖНО ходить на УЗИ, делать тесты на овуляцию и измерять базальную температуру
- В день овуляции присутствуют характерные изменения в цервикальной слизи (наивысшая вероятность зачатия в день пикового производства густой, скользкой и прозрачной слизи, по виду она напоминает сырой яичный белок), но еще раз повторюсь, живите открыто половой жизнью каждые 2 – 3 дня и тогда вы ничего не упустите

## Почему такой интервал?

### Для достижения оптимального КАЧЕСТВА СПЕРМЫ

За этот период в ней накапливается достаточное количество сперматозоидов, они имеют хорошую подвижность и строение.

Если у вас секс 3 раза в день или 1 раз в 10 дней, то в первом случае сперматозоидов крайне мало в эякуляте, а во втором – будет много мертвых сперматозоидов и с «плохим» строением, в обоих случаях беременность маловероятна

## На успешность зачатия НЕ влияют:

Сексуальные позы

Наличие или отсутствие у женщины оргазма

Положение после секса  
«березка» «стоя на четвереньках»

**На успешность зачатия влияет только частота половых контактов и здоровье обоих супругов**

В течение первых 12 месяцев беременность наступает у 85% супружеских пар. Если спустя год, при наличии регулярных половых контактов беременность так и не наступила – обратитесь к врачу вместе с половым партнером

- ПРИЕМ ПРОГЕСТЕРОНА (Дюфастон, Утрожестан, Праджисан, Лютеина, Крайон и пр.) С 16-го по 25-й день цикла
- С 5-го по 25-й день цикла с любого дня цикла – не увеличивает, а только уменьшает шансы на беременность.
- Прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), препаратов для лечения климакса или просто эстрогенов (Фемостон, Прогинова, Дивигель) – также не назначаются для увеличения шансов на беременность и подобные рекомендации являются абсурдными.
- То есть только частота половых контактов и условное здоровье.
- Если есть известные болезни и конкретный диагноз (главное, чтоб он не ложный был) (СПКЯ, гипотиреоз, гиперпролактинемия, например и пр.) – существуют определенные препараты для лечения подобных проблем, что и как делать правильно - об этом есть в моей книге «Я-женщина».

## Итак, у вас получилось, вы увидели свои заветные 2 полоски!

- Первый признак беременности у большинства женщин – задержка менструации
- Может ли тест ошибаться? – **МОЖЕТ.**  
Поэтому если хотим удостовериться в беременности – делаем анализ крови на общий в-хгч



### Таки ДА!!! Что дальше?

- Продолжаем пить **фолиевую кислоту 400-800 мкг/сутки**. Очень важный момент – **именно столько!** Есть данные в отношении влияния на головной мозг развивающегося плода (> 1 мг)
- Добавляем **250 мкг йода** ежедневно на протяжении всей беременности и всего периода грудного вскармливания. Даже если есть гипотиреоз. Исключение только женщины с тиреотоксикозом

# Какая лучше?

Фолат и фолиевая кислота восстанавливаются до их метаболически активной формы L-5-метилтетрагидрофолата (L-5-метил-THFL), в процессе всасывания через слизистую оболочку кишечника



У здоровых добровольцев добавки фолиевой кислоты, фолата и добавка L-5-метил-THFL приводили к АНАЛОГИЧНОМУ увеличению концентрации фолата в плазме крови и концентрации фолиевой кислоты в красных клетках

**Что с мутациями генов фолатного цикла?** (MTHFR 677C->T or 677TT)

Если есть – рекомендуется стандартная доза 0,5 мг но активной формы фолиевой кислоты

**ВЫВОД: Любая фолиевая кислота ХОРОША**, но преимущество мы отдаем лекарственной форме, а не БАД.



Все женщины (исключение составляют только женщины с тиреотоксикозом) должны принимать 250 мкг **калия йодида** ежедневно на протяжении всей беременности и всего периода грудного вскармливания (в том числе женщины с АИТ и гипотиреозом)

**Омега -3 – ПНЖК** – 600-900 мг/сутки на протяжении всей беременности, ЕСЛИ НЕ ЕДИТЕ РЫБУ И МОРЕПРОДУКТЫ хотя бы 2 раза в неделю

В составе омеги должны быть полиненасыщенные жирные кислоты – эйкозапентаеновая (ЭПК) и докозагексаеновая кислота (ДГК)

**Витамин Д** – 1000-2000 МЕ ежедневно

Максимально допустимая, БЕЗОПАСНАЯ И ХОРОШО ИЗУЧЕННАЯ доза – 4000 МЕ в день. Назначается при выявленном дефиците!

Нормальные уровни содержания витамина Д – 30-40 нг/мл, (а по некоторым данным нижняя граница нормы 20 нг/мл (PubMed, UpToDate, рекомендации ЭНЦ, ВОЗ)

Концентрация выше 50 нг/мл повышает риск переломов костей и некоторых видов рака (UpToDate)! В том числе рака простаты и поджелудочной железы!

## Поливитамины НЕ нужны

БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА ДОЛЖНА питаться ЕДОЙ, а не БАДами

### ОВОЩИ И ФРУКТЫ –

прекрасный источник клетчатки, большинства витаминов и минералов

Старайтесь есть минимум 5 порций овощей и фруктов каждый день:

- Одна порция 80-100г или 1 фрукт/овощ
- Одна горсть сушеных фруктов 30г
- Одна порция 100% сока (фреш)
- или фруктово-овощной смузи без добавленного сахара 150г-250г





# Молочные продукты и продукты – молочные альтернативы

Старайтесь включать молочные продукты и обогащенные растительные альтернативы в рацион ежедневно, в качестве источника кальция и витаминов группы В – примерно 2 порции/день:

- 🍷 Молоко, кефир, ряженка, соевое молоко – 1 стакан
- 🍷 Творог, йогурт или творожный сыр – 80-120г
- 🍷 Сыр – пара слайсов

**НО:** сливочное масло, сливки, мороженое – не включены в эту группу



# Белковые продукты

Ешьте **больше** бобовых, **меньше** красного мяса и обработанных колбасных изделий

- Минимум одна порция (200мл) растительного белка ежедневно
- Старайтесь употреблять не более 70г красного мяса в день
- Минимум 2 порции по 140г рыбы в неделю, одна из которых красная рыба
- Белая рыба – не ограничено



**Растительный белок:** тофу, бобовые, нут, чечевица, орехи

**Животный белок:** мясо, рыба, птица, моллюски, яйца, морепродукты, птица, творог

## Жиры

Масла и другие продукты, содержащие большое количество **жиров** – важная часть нашего рациона

Выбирайте **ненасыщенные жиры** и добавляйте к рациону в небольшом количестве

3-4 порции жиров в день – добавлять к каждому приему пищи (примерно 65г/день):

-  пол авокадо
-  1 ложка растительного масла
-  горсть семечек или орехов
-  ложка орехового масла



## Напитки и еда с высоким содержанием насыщенных жиров, сахара, соли, приготовленные посредством сильной пищевой обработки

- Молочный шоколад и конфеты
- Торты, мороженое, печенье
- Сладкие йогурты, десерты и выпечка
- Жирные соусы, сиропы
- Фастфуд и блюда из фритюра



### Эта группа не является частью здорового питания

- Рекомендуется не более 30г сахара в день
- Не более 20г насыщенных жиров в день
- Избегайте продуктов, содержащих трансжиры



## КОФЕИН



Рекомендуется не более 200 мг/день

Максимум 3 чашки (по 150 мл) растворимого кофе  
или

Максимум 2 чашки (по 150 мл) молотого кофе

## РТУТЬ



Возможное высокое содержание ртути в некоторых продуктах может негативно сказаться на развитии мозга и нервной системы плода

На время беременности рекомендуется исключить или максимально ограничить потребление морской рыбы и других морепродуктов



1 чашка растворимого кофе содержит 100 мг кофеина

1 чашка сваренного кофе – 140 мг

1 кружка черного чая – 75 мг

1 банка колы – 40 мг

50 г темного шоколада – 50 мг

50 г молочного шоколада – 25 мг

### ВМЕСТО ЭТОГО...

сырые, копченые или полуготовые морепродукты (суши, креветки, моллюски, крабовое мясо, морская капуста)



полусырые, маринованные, копченые мясо и птица



свежие проростки, овощи и фрукты с грядки



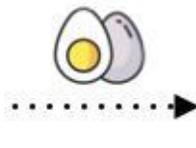
необработанные молочные продукты, сладкие йогурты и творожки



мягкие сыры (фета, бри, камамбер, голубые сыры с плесенью)



сырые или недогоотовленные яйца



### ...ВЫБЕРИ ЭТО

полностью приготовленные морепродукты

хорошо приготовленное мясо и курица

свежие хорошо промытые овощи и фрукты, приготовленные проростки

пастеризованное молоко и молочные продукты, простые йогурты и творог

твердые сыры, творог, моцарелла, крем-сыр

яйца приготовленные до состояния, когда желток становится твердым



В 1 и 2 триместре нет необходимости увеличивать объем питания

Несмотря на то, что у беременной увеличиваются органы малого таза и объем циркулирующей крови, энергетические затраты организма на физическую активности обычно снижаются

Небольшие изменения режима питания могут стать необходимыми только в начале 3-го триместра, когда объем плода значительно увеличивается

Достаточно добавить к рациону 150-200 ккал или просто 1 дополнительный прием пищи в день, чтобы избежать дефицита получаемой энергии



# Когда становиться на учет и перечень необходимых анализов по триместрам

1

10–13 недель – **скрининг первого триместра** (УЗИ + анализы на гормоны)  
10-13 недель – самое время встать на учет в женскую консультацию

2

**Определение группы крови и резус-фактора.** Если у вас отрицательный резус, дополнительно вы сдаете кровь на выявление антирезусных антител

3

**Общий анализ крови**

4

**Общий анализ мочи**

5

**Бакпосев мочи** (если по результатам этого анализа выросло  $\geq 10^5$  колониеобразующих единиц [КОЕ] / мл или  $\geq 10^4$  КОЕ / мл, если был выделен стрептококк группы В, диагноз бессимптомной бактериурии считается установленным, вам показана антибактериальная терапия)

6

**Анализ крови на глюкозу** (гликированный гемоглобин, если вы из группы риска по наличию сахарного диабета)

Глюкоза венозной плазмы натощак > 5,1 ммоль/л или показатели гликированного гемоглобина > 6,5 % - у вас гестационный/манифестный диабет

7

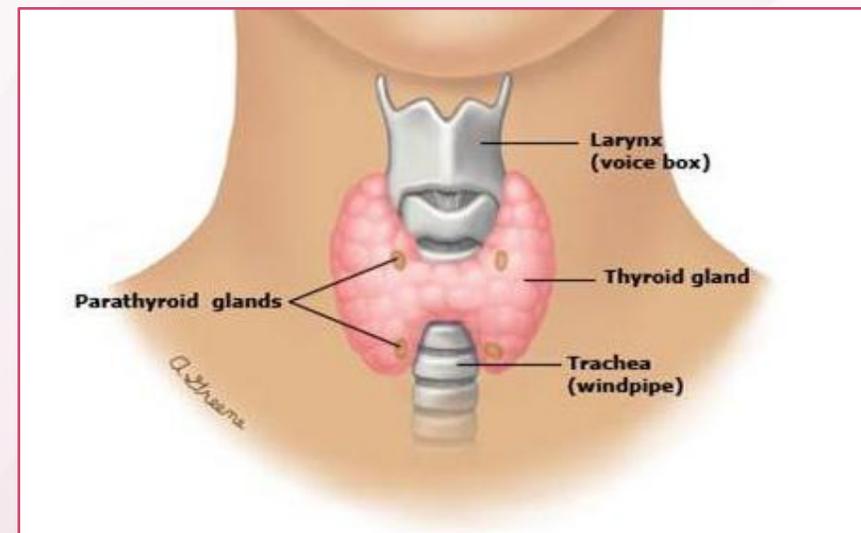
**Анализ крови на тиреотропный гормон (ТТГ)**

Нормы ТТГ 0,1 – 2,5 – первый триместр беременности

0,2 – 3,0 – второй триместр беременности

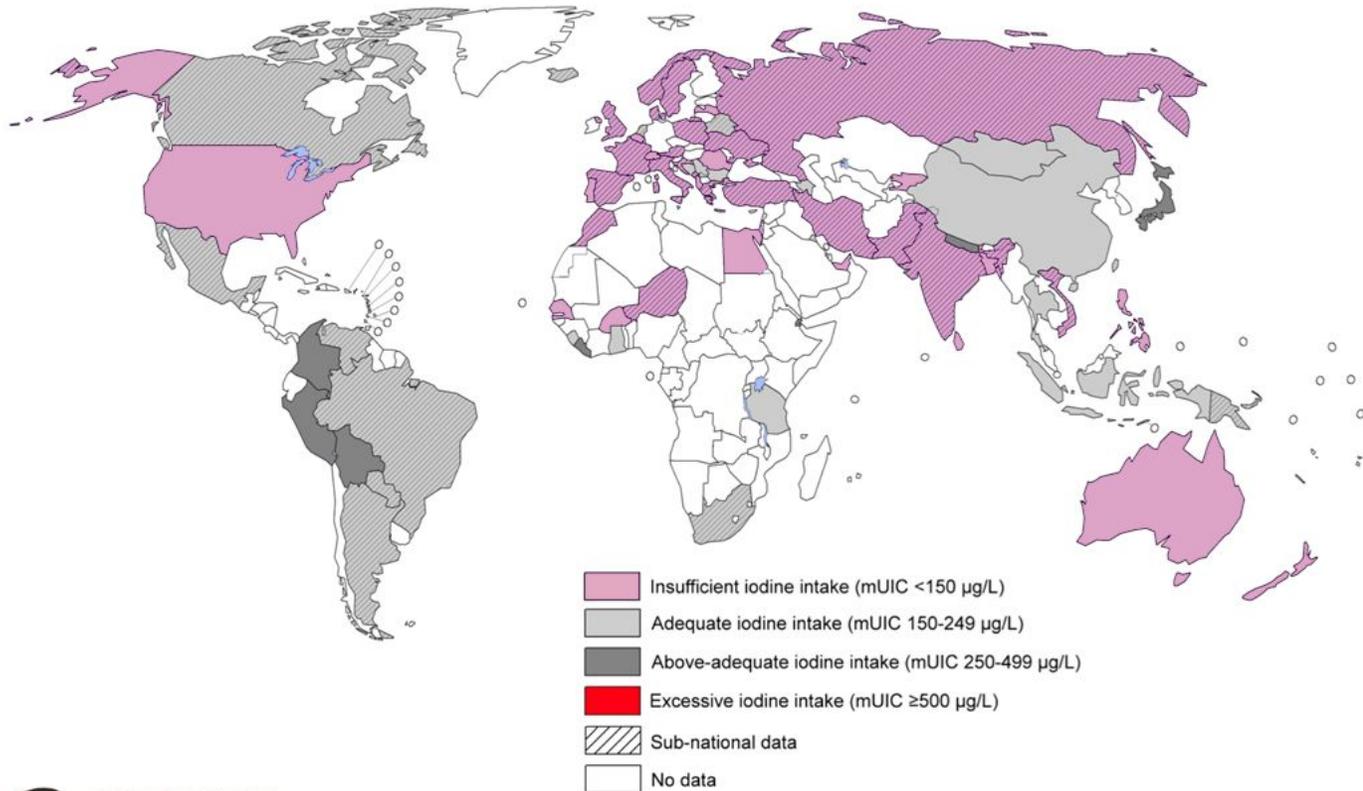
0,3 – 3,0 – третий триместр беременности

**ПОЖАЛУЙСТА, ПОМНИТЕ О  
ЕЖЕДНЕВНОМ ПРИЕМЕ 250 МКГ ЙОДИДА  
КАЛИЯ, НАЧИНАЯ С ПЕРВОГО ДНЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ**



### Global Scorecard of Iodine Nutrition 2017

Based on median urinary iodine concentration (mUIC) in pregnant women



В целом, если в стране не определена своя норма для беременных женщин (в странах СНГ она не определена, к сожалению), может быть использован референсный интервал ТТГ от 0,1-0,3 до 4,0 либо за верхнюю границу нормы может быть принято значение, на 0,5 меньше верхней границы вне беременности

Если ТТГ выше или ниже установленных нормальных значений, требуется консультация эндокринолога и решение вопроса о терапии

8

**Анализ крови на обнаружение ВИЧ**

9

**Анализ крови на сифилис (RW)**

10

**Анализ крови на гепатит В (HBsAg).**

11

**Анализ крови на гепатит С (Anti-HCV-total).**

12

**Цитологическое обследование (ПАП-тест).** Это исследование действительно в течение одного года, поэтому если у вас есть недавний результат, вы можете просто его предоставить. Если ему больше года – придется делать заново)

13

**Мазок на флору** (во многих странах проводится только при наличии жалоб)

14

**Биохимические анализы крови:** общий белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ

При ожирении, отёках, заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ИБС, цереброваскулярных заболеваниях

**дополнительно:** триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, холестерин

**Коагулограмма:** тромбоциты, время свертывания, время кровотечения, АЧТВ, ПТВ, фибриноген, агрегация тромбоцитов

15

**Ig G и M к краснухе, Ig G и M к токсоплазме** (во многих странах не делают)

16

**Консультации смежных специалистов** (офтальмолог, терапевт, отоларинголог и стоматолог – перечень актуален для стран СНГ), при необходимости проводится ЭКГ

# 16 - 28 недель

- 1** Генетический скрининг второго триместра  
(УЗИ в сроке беременности 18–21 неделя и гормоны)
- 2** Общий анализ мочи и общий анализ крови
- 3** В 24–28 недель проводится **глюкозотолерантный тест**



**Критерии ВОЗ для постановки диагноза гестационного диабета:**



# Необходимые анализы в третьем. Триместре (28 - 42)

**1** Общий анализ крови и общий анализ мочи

**Биохимические исследования крови** (общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ)

**2** У женщин группы риска **дополнительно:** триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, холестерин.  
**Коагулограмма:** тромбоциты, время свертывания, время кровотечения, АЧТВ, ПТВ, фибриноген, агрегация тромбоцитов Ig G и M к краснухе, Ig G и M к токсоплазме, Ig M и G к гепатиту В и С к гепатиту В и С

**3** Повторные исследования на **ВИЧ, сифилис**

**4** В 30 недель – **плановое УЗИ с доплерометрией** В 24–28 недель проводится **глюкозотолерантный тест**

**5** После 32–33 недель делается **кардиотокография (КТГ)**

**6** 35–37 недель – **ректовагинальный мазок на стрептококк группы В**



При осложненной беременности объем обследований  
может меняться



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



Список обследований может быть расширен, если у вас имеются  
сопутствующие заболевания или осложнения беременности

# Чего не нужно делать?

 **давать посевы из влагалища и лечить** в отсутствие жалоб условно-патогенных Возбудителей (кишечную палочку, стафилококк и пр.)

 **давать анализы крови на прогестерон** и по его результатам подбирать дозы прогестерона

 **давать анализы крови на «мужские» половые гормоны** (общий тестостерон, свободный тестостерон, ДГЭА-с), а также 17-ОП и подбирать в зависимости от их результатов дозу метипреда или прогестерона

 **давать Д-димер**



● Проводить обследования на антифосфолипидный синдром во время беременности и наследственные тромбофилии

● Лечить Ig G, M к токсоплазмозу, хламидиозу, трихомонозу, цитомегаловирусу, герпес вирусам

● Лечить «плохое» желтое тело, «вытянутое» плодное яйцо, кровоток в сосудах матки, «взвеси» в околоплодных водах, «старую» плаценту, плаценту с кальцинатами, фето-плацентарную недостаточность

● Поднимать» прогестероном плаценту, «замедлять» им рост миоматозных узлов, «помогать» прогестероном «формировать» плаценту и «поддерживать» функцию желтого тела, «снимать» тонус матки. Аргументация – у вас была предыдущая неудачная беременность, а может быть и не одна – не «катит»

**У вас должен быть четкий ДИАГНОЗ и научное (а не придуманное Клавдией Ивановной) обоснование**

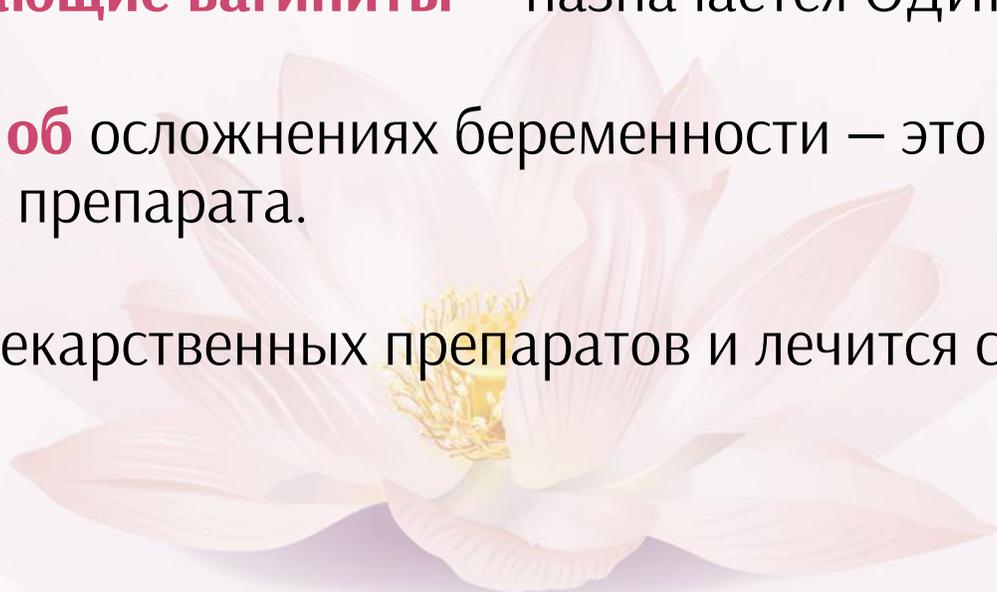
«лучшать кровотоки», «растить» ребеночка препаратами с недоказанной эффективностью (то есть действующих как плацебо) и потенциально опасных (вобензим, актовегин, курантил, тивортин, все -фероны, различная гомеопатия)

**За все 9 месяцев беременности вы можете обойтись без лекарственных препаратов** (Я не считаю витамины)

**Если есть возникающие вагиниты** – назначается **ОДИН** препарат.

**Если мы говорим об** осложнениях беременности – это также **ОДИН** препарат, максимум 2 препарата.

**РВИ** не требует лекарственных препаратов и лечится с помощью режима



## Кровянистые выделения во время беременности и прием препаратов прогестерона

- При наличии кровянистых выделений во время беременности всегда обращайтесь к врачу, всегда требуется проведение УЗИ и иногда осмотр на кресле.
- Они могут возникнуть по ряду причин:
  - 1) Внематочная беременность или пузырный занос
  - 2) Имплантационное кровотечение (возникает через 10-14 дней после оплодотворения) Никаких вмешательства не требуется.
  - 3) Низкое прикрепление плаценты, когда ее край расположен близко к шейке матки, видно на УЗИ.
  - 4) Травма живота
  - 5) Патология шейки матки (цервицит, полипы, миомы, рак, эктропион)
  - 6) Повреждения или травмы вульвы.
  - 7) Кровотечение из прямой кишки часто воспринимается как вагинальное кровотечение (геморрой, трещины, рак прямой кишки)
  - 8) «Угрожающий» выкидыш, субхориальная/ретрохориальная гематома.



## Угрожающий выкидыш – это наличие болей внизу живота и обязательно кровянистых выделений из половых путей.

- Изолированные тянущие боли внизу живота (ощущение, что вот-вот начнутся месячные) имеет 80-90% женщин во время беременности на ранних сроках – ЭТО НОРМАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ!!!
- Субхориальная (ретрохориальная) гематома является результатом частичного отрыва хорионических мембран от стенки матки.
- Обычно у вас нет никаких симптомов или могут быть скудные/умеренные кровянистые выделения из влагалища.
- Диагноз устанавливается на основании данных УЗИ (гипоэхогенный участок в форме полумесяца позади плодных оболочек).
- Гематому с или без наличия кровянистых выделений расценивают как «угрозу выкидыша».
- Почему именно так, а не просто «выкидыш», потому что львиная доля таких беременностей в конечном итоге выкидышем не заканчивается.
- Кровотечение в первом триместре беременности является довольно распространенным явлением и встречается у 20-30 % беременных женщин (сюда входят и гематомы).
- При этом если мы примем все 20-30% женщин за 100%, то только у 10-20% женщин из 100% - происходит выкидыш.
- Одно проспективное исследование более 4000 беременных женщин показало наличие выкидыша всего у 12% женщин с вагинальным кровотечением в первом триместре (до 14 недель).
- Цифра от исследованию к исследованию варьируется от 10 до 20%
- И фактически, 90–96% беременностей с зафиксированной сердечной деятельностью плода и влагалищным кровотечением уже на 7–11 неделе беременности НЕ ПРЕРЫВАЕТСЯ.



## Что делать?

- Ничего, пить витамины, ограничить половые контакты/физические нагрузки, и просто наблюдать.
- Сохраняющей терапии не существует, прогестерон не эффективен, а если вам или вашей подруге помогло - то вы просто попали в те самые успешные 80-96% беременностей, которые сами по себе прогрессируют дальше, и с приемом прогестерона это никак не связано.
- Прогестерон при САМОСТОЯТЕЛЬНО НАСТУПИВШЕЙ (не после ЭКО) беременности может быть назначен
  - 1) Женщинам с преждевременными родами в прошлом
  - 2) При укорочении шейки матки менее 25 мм на сроке беременности 16-24 недели
  - 3) Если было 3 и более выкидыша в анамнезе
- Прогноз для беременности при наличии субхориальной гематомы:
  - Вероятность выкидыша написала выше.
  - Некоторые исследования показывают связь между кровотечением в первом триместре и неблагоприятным исходом беременности на более поздних сроках (преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка роста плода и пр.).
  - Вероятность наименьшая и прогноз наилучший, когда кровотечение очень скудное и возникло на ранних сроках (6-7 недель беременности и менее). Прогноз ухудшается, когда оно тяжелое и приходится на второй триместр.
  - Не существует эффективных вмешательств (кроме приема прогестерона среди тех женщин, о которых написала выше), которые могли бы это предотвратить, но вы должны знать, что риск таких осложнений **КРАЙНЕ НИЗКИЙ**.

## Что обычно назначают в такой ситуации в странах СНГ

-  • Транексамовая кислота – кровоостанавливающий препарат (нет качественных исследований, подтверждающих ее безопасность для плода)
-  • Препараты прогестерона – Дюфастон, Утрожестан, Лютеина и пр. Это неэффективно (иссл. PRISM, рекомендации всех развитых стран).
-  • Но-шпу, вибуркол, папаверин – работает как плацебо.

# Согласно какому протоколу якобы это назначают врачи в РФ?

СОГЛАСОВАНО:

Главный внештатный специалист  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
по акушерству и гинекологии,  
академик РАН, профессор



Л.В. Адамян

2016 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Российского общества  
акушеров-гинекологов,  
академик РАН, профессор



В.Н. Серов

2016 г.

**ВЫКИДЫШ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ: ДИАГНОСТИКА  
И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ**

**Клинические рекомендации**

**(Протокол лечения)**



Что на самом деле написано в этих клинических рекомендациях и как вас вводят в заблуждение неумение врачей читать приказы и понимать изложенное в них.

Фото из приказа, он есть в свободном доступе, вы можете сами все найти и прочесть.

#### **Схемы назначения гестагенов**

##### ***Дидрогестерон***

Угрожающий выкидыш 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов.

- Привычный выкидыш - 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности с последующим постепенным снижением.

##### ***Микронизированный прогестерон***

- Привычный и угрожающий выкидыш - *интравaginaльно*, по 100-200 мг 2 раза в сутки до 12 недели гестации.

**NB!** Недопустимо одновременное назначение 2-х препаратов, имеющих однонаправленное фармакологическое действие (в данном случае комбинировать различные гестагены) [3, 7].

Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств-синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 16.08.2011) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 № 19614). Положение 8, пункт 3.12.

**NB!** Недопустимо превышать дозировку препаратов, установленную инструкцией к препарату: избыточные дозы препарата блокируют рецепторы [3], т.е. превышение доз гестагенов нарушает чувствительность рецепторов прогестерона и вместо сохранения беременности может спровоцировать выкидыш [4].

## Читаем внимательно!

Согласно инструкциям, показаниями к назначению гестагенных препаратов в первом триместре беременности являются: профилактика привычного и угрожающего аборта вследствие недостаточности прогестерона.

*Эффективность назначения гестагенов с лечебной целью при угрожающем и начавшемся спорадическом спонтанном выкидыше в настоящее время убедительно не доказана [2, 14, 19, 20]. Однако в систематизированном обзоре 2012 года показано, что при использовании дидрогестерона риск самопроизвольного аборта снижается на 47% [11].*

### В приказе написано, что эффективности препараты

- Прогестерона не имеют, то есть принимаете
- Заведомо не эффективные препараты, но ОДИН обзор показал, что риск выкидыша снижается на 47 %.
- Так вот, этот обзор, о котором идет речь, не имел убедительных данных, если рассматривать его в контексте Доказательной медицины, поэтому нигде в мире в развитых странах сохраняющая терапия не используется.
- Это не что иное, как конфликт интересов, когда врачам в данном случае предоставляют именно те данные, которые якобы доказывают эффективность Дюфастона, умалчивая намеренно о тех, которые доказывают обратное.
- 90-99% врачей читают только приказы (это кстати еще не самый худший вариант, некоторые читают просто Гугл), и вообще не понимают, каким образом они пишутся, никогда не интересуются первоисточниками и другой литературой – другими обзорами, более новыми научными данными и пр.
- И если учесть тот момент, что сама компания не раз предлагала лично мне рекламировать их препарат, то я прекрасно понимаю, почему именно такая информация и в такой подаче присутствует в клинических рекомендациях РФ.
- Это очень большие деньги, от которых никто не хочет отказываться, и в коррумпированных/развивающихся странах очень легко официально «пропихнуть» препарат в массы.
- Вот и весь секрет.
- Очень рекомендую вам, а если вам в очередной раз настоятельно рекомендуют Дюфастон, запугивая выкидышем, унижая, обзывая, оскорбляя – перечитайте этот текст заново и будьте уверены, что вы все делаете правильно.



## Кроме того, безопасность приема дидрогестерона (Дюфастона) во время беременности под большим знаком вопроса.

### Что говорит ESHRE?

- [Guideline of the European Society of Human ... - eshrehttps://www.eshre.eu > media > Guidelines > COS](https://www.eshre.eu/media/Guidelines/COS)
- «Поскольку Дидрогестерон отличается по структуре от «натурального» прогестерона, существуют некоторые опасения относительно его безопасности для потомства. Данные по 2 РКИ не показывают различий в частоте врожденных аномалий по сравнению с «натуральным» прогестероном (Griesinger, et al., 2018, Tournaye, et al., 2017), однако GDG считает эти данные недостаточными, чтобы сделать твердые выводы и не хватает долгосрочных исследований здоровья детей».
- Пока все осторожничают и наверняка мы ни в чем не уверены, наверное, предпочтение все-таки лучше отдавать натуральному прогестерону и его вагинальным или инъекционным формам, НЕ пероральным, так как они, возможно, менее эффективны ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?myncbishare=helsebiblioteket&term=15266541](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?myncbishare=helsebiblioteket&term=15266541)).

Везде возможен конфликт интересов, но так как у Дюфастона молекула и общее воздействие на организм все-таки отличается от биоидентичного прогестерона – опасения вполне логичны.

-  • Таблетки прогестерона менее эффективны
-  • Во время беременности мы отдаем предпочтение инъекционным формам или вагинальным (свечи и таблетки во влагалище) , прогестерон «натуральный» «микронизированный» и только по показаниям, см. выше.

- Анализ крови на прогестерон, который сдается для того, чтобы по его результатам оценить необходимость дополнительного приема прогестерона – самое мракобесное и бестолковое, что может рекомендовать вам гинеколог, смело уходите от такого врача и больше не возвращайтесь.
- Зачем сдается анализ крови на прогестерон во время беременности?
- Составить прогноз для эмбриона.
- Это нужно далеко не всегда и анализ не является точным прогностическим маркером.
- Уровень выше 25 ннмоль/л – указывает на жизнеспособную беременность. Уровень выше 60 ннмоль/л – свидетельствует о нормальном течении беременности.
- Уровень ниже 15 ннмоль/л – свидетельствует о нежизнеспособной беременности.
- Эти цифры не всегда отражают реальную ситуацию, то есть как при «плохих» так и «хороших» результатах исходы беременности могут быть разные, но корреляция все равно есть, хотя и не 100%.

## Как понять, есть ли у плода генетические заболевания и как от них уберечься?

- Люди с подозрением на наличие генетических заболеваний или известными генетическими заболеваниями должны сдать анализ крови на определение своего кариотипа и проконсультироваться у генетика.
- Иногда могут предлагать ЭКО, использование донорских гамет.
- Нормальный женский кариотип – 46 XX
- Нормальный мужской кариотип – 46 XY

## Если кариотип нормальный у супругов, как обезопасить плод?

### Чего избегаем и что может влиять на развитие плода?

- 1) Высокая температура во время беременности (выше 38 С) - следим и принимаем парацетамол при необходимости
- 2) Токсины и проф. вредности (пестициды, ионизирующее излучение и пр.)
- 3) Дефицит фолиевой кислоты (дефицит йода может быть причиной задержкой нормального развития ЦНС)
- 4) Препараты, оказывающие тараторенное действие (цитостатики, противогельминтные препараты, ретиноиды, некоторые антидепрессанты и пр.) **ВСЕГДА ЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ.** Пользуйтесь сайтом
- <https://www.drugs.com> !!!
- 5) Алкоголь, курение, наркотики
- 6) Возраст матери и отца



## Препараты с недоказанной эффективностью, которые не превосходят по своей эффективности плацебо, «провалившие» клинические исследования

Они заявлены как препараты, улучшающие «что-то»: гормональный фон, кровообращение, стенки сосудов, функцию печени, почек

99% из них назначаются беременным (и не только) исключительно в странах СНГ

И не для улучшения здоровья беременных, а для получения прибыли фармакологическими компаниями и/или самими врачами

У многих из них не изучена безопасность приема во время беременности

**Среди них:** Актовегин, Тивортин, Вибрукол, Вобензим, Курантил, Гепабене, Канефрон, Кренфорс, Уро-ваксом, Фитолизин, Седосен, Хофитол, Флебодиа, Эссенциале, Цикло 3 Форт, Цитофлавин, Глицин, Младомастон  
Иммуностимуляторы – неэффективные и потенциально опасные средства

ВОЗМОЖНО они способны вызывать аутоиммунные и онкологические заболевания

Используются за рубежом крайне редко и по строгим показаниям (ВИЧ, гепатит С, раковые заболевания)

Не используются у условно здоровых людей, тем более у беременных

**Среди них были:** Виферон, Генферон, Протефлазид, Циклоферон, Лаферобион, Назоферон и другие

# Что может способствовать?

## Возраст

Влияние материнского возраста на исход беременности было проиллюстрировано в обзоре более 1 миллиона беременностей.

Есть прямая корреляционная взаимосвязь между возрастом и частотой самопроизвольных выкидышей

| Возраст   | Частота выкидышей в среднем |
|-----------|-----------------------------|
| 20-30 лет | 9-17%                       |
| 35 лет    | 20%                         |
| 40 лет    | 40%                         |
| 45 лет    | 80%                         |

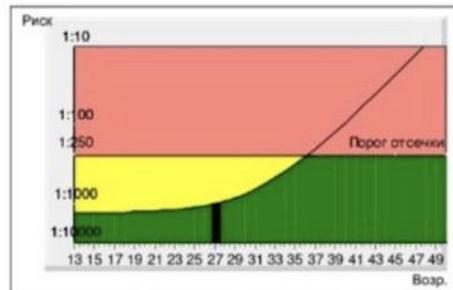
**Синдром Дауна** - самая распространенное хромосомное заболевание. Риск его возникновения в зависимости от возраста.

- Это связано с качеством яйцеклеток и на это никак не повлиять, потому что ваши яйцеклетки стареют также, как и вы.
- В них появляются генетические поломки, а значит возникает дефектная беременность, которая чаще всего самостоятельно прерывается (естественный отбор).

- 1 : 1480 в возрасте 20 лет
- 1 : 940 в возрасте 30 лет
- 1 : 353 в возрасте 35 лет
- 1 : 85 в возрасте 40 лет
- 1 : 35 в возрасте 45 лет

- Если вы уже забеременели, как понять, нет ли у плода генетических заболеваний.
- Неинвазивный пренатальный тест?
- Амниоцентез?
- Биопсия ворсин хориона (плаценты)?
- Обычный скрининг 1-го триместра – УЗИ + анализы на гормоны?
- В чем разница и какую информацию дают эти обследования

- Стандартный скрининг 1-го триместра УЗИ + анализ крови на свободный эстриол, свободный ХГЧ, АФП.
- Помогает определить вас в группу высокого/низкого РИСКА по возникновению у плода генетических заболеваний.
- НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, НЕ УСТАНОВЛИВАЕТ ДИАГНОЗ, ТОЛЬКО СОРТИРУЕТ В ГРУППУ того или иного риска.
- Если риск высокий – необходимо исследовать кариотип плода. То есть провести амниоцентез или биопсию хориона.



| Данные о пациенте  |              | Риски на дату забора пробы   |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
|--|--------------|--|----------|------------|-----|------------|------|-----|--------------|------|-----|-------------|------|---|--|
| Ист. болезни   |              | Биохимический риск для Тр.21   | 1:1019   |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| Возраст на дату забора   | 27,1         | Возрастной риск:   | 1:1005   |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| Неделя   | 19 + 0       | Риск дефекта нервной трубки  | <1:10000 |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| Вес  | 71,9 кг      |  |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| <p>Диагностика: ... был ... PRISCA 15.03.2020. Тестирование ... на Трисомию 21, Трисомию 18 и дефект нервной трубки (ДНТ).</p>   |              | <p><b>СКРИНИНГ ТРИСОМИИ 21</b><br/> <b>Вычисленный риск Трисомии 21 ниже порога отсечки, что показывает нормальное значение риска.</b><br/> После анализа результатов на Трисомию 21 ожидается, что среди 1019 женщин с одинаковыми данными, имеется одна женщина с Трисомией 21 у плода и 1018 женщин с нормальными плодами.<br/> Риск, вычисленный PRISCA зависит от точности представленных для анализа данных.<br/> Обратите внимание, что вычисление риска является статистическим приближением!<br/> Вычисленный риск является рекомендационным значением!</p> |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| <p><b>ИЗМЕРЕННЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПРОБ</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Значение</th> <th>Скорр. MoM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AFP</td> <td>28,2 IU/ml</td> <td>0,62</td> </tr> <tr> <td>HCG</td> <td>13654 mIU/ml</td> <td>0,99</td> </tr> <tr> <td>uE3</td> <td>3,16 nmol/l</td> <td>0,71</td> </tr> </tbody> </table> <p>Срок беременности 19 + 0<br/> Метод BPD Hadlock<br/> Значения MoM скорректированы с учетом:<br/> Масса тела матери</p> |              |  | Значение | Скорр. MoM | AFP | 28,2 IU/ml | 0,62 | HCG | 13654 mIU/ml | 0,99 | uE3 | 3,16 nmol/l | 0,71 | <p><b>СКРИНИНГ ТРИСОМИИ 18</b><br/> <b>Вычисленный риск Трисомии 18 &lt;1:10000, что является нормальным значением риска.</b></p> |  |
|  | Значение     | Скорр. MoM   |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| AFP  | 28,2 IU/ml   | 0,62   |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| HCG  | 13654 mIU/ml | 0,99   |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
| uE3  | 3,16 nmol/l  | 0,71   |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |
|  |              | <p><b>СКРИНИНГ ДЕФЕКТА НЕРВНОЙ ТРУБКИ (ДНТ)</b><br/> <b>Скорректированный MoM AFP находится в области низкого риска для дефекта нервной трубки.</b></p>  |          |            |     |            |      |     |              |      |     |             |      |   |  |

Подпись Врача \_\_\_\_\_

Риск выше  
Порог отсечки

Риск выше  
Возрастной риск

Риск ниже  
Возрастной риск

## Неинвазивный пренатальный тест – НИПТ

- Более точный и достоверный скрининг, корреляция очень высокая, особенно в отношении синдрома Дауна.
- Кровь для исследования сдается на сроке беременности 7-10 недель и более. Из крови беременной женщины выделяется внеклеточная ДНК будущего ребенка.
- Тест не проводится:
  - если была пересадка костного мозга или стволовых клеток,
  - если было переливание крови за последние 6 месяцев,
  - если многоплодная беременность (двойня, тройня и более);
  - если в программе ЭКО 2 донорские яйцеклетки;
  - если в программе ЭКО произошла гибель одного из близнецов.
- Все хорошо кроме стоимости.

- Амниоцентез – забор околоплодных вод для возможности изучения хромосомного набора плода, проводится путем «прокола» тонкой иглой передней брюшной стенки, матки, плодного пузыря под контролем УЗИ.
- Показан если ваш возраст старше 35 лет, если выявлен высокий риск по результатам НИПТ или обычного скрининга 1-го триместра, если уже были беременности с генетическими заболеваниями плода (синдром Дауна, Патау и пр.).
- Желание женщины знать точно, есть или нет у плода генетические заболевания.
- Амниоцентез связан с рисками выкидыша, преждевременных родов, инфекционных осложнений, кровотечения. Они не превышают 3-5%.

Прізвище, ім'я, по-батькові:

Досліджуваний матеріал: амніотична рідина

Тип пофарбування/сегменти: GTG-400

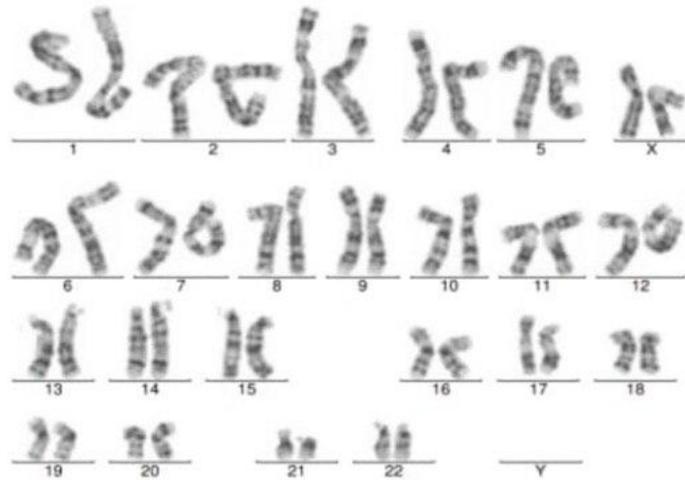
Заклучення: 46,XX

Номер аналізу:

Дата народження:

Дата забору матеріалу: 07.02.2020

Коментарі: Нормальний жіночий каріотип.  
Результат даного дослідження не виключає низькорівневого мозаїцизму та хромосомних перебудов, які не можна виявити за допомогою стандартного цитогенетичного методу.





## ТОКСИКОЗ

- Тошнота и рвота обычно возникают между 5 и 18 неделями беременности.
- «Утреннее недомогание» - это термин, часто используемый для описания легкой тошноты и рвоты, возникающих из-за беременности.
- «Hyperemesis gravidarum» - это термин, используемый для описания более тяжелого состояния.
- Гиперемезия - это рвота несколько раз в течение дня, потерять вес, быть не в состоянии потреблять еду и жидкости, и обычно требует обследования в больнице и лечения с помощью лекарственных препаратов.

ПРИЧИНЫ до сих пор не ясны.

- Было предложено несколько теорий, хотя ни одна не была основательно доказана.
- Повышенный уровень гормонов, замедленная моторика желудка, генетическая предрасположенность и психологические факторы являются одними из наиболее распространенных теорий.
- Легкие симптомы и проявления не требуют особых вмешательств.
- Цель «лечения» состоит в том, чтобы сделать симптомы «терпимыми», чтобы вы могли есть и пить достаточно для нужд плода и иметь приемлемое качество жизни.
- Нельзя переедать или голодать
- Ешьте часто и мало (например, шесть небольших приемов пищи в день) с высоким содержанием белка или углеводов и низким содержанием жиров.
- Апельсиновый сок, добавление в воду лимона или мяты - могут немного облегчить симптомы.



## Избегайте триггеров.

- Душные комнаты
- Запахи (например, духи, химикаты, кофе, еда, дым)
- Тепло и влажность
- Шум
- Визуальное или физическое движение (например, мерцающие огни, вождение)
- Интенсивные физ.нагрузки
- Чрезмерной и изнуряющей работы
- Продукты и закуски с высоким содержанием сахара
- Острая и жирная пища
- Чистите зубы после еды
- Избегайте горизонтального положения сразу после еды
- Если вы отмечаете связь симптомов с приемом мультивитаминов или железа - попробуйте отменить их и оставить только йод и фолиевую кислоту отдельно.
- Акупунктура и акупрессура (иглоукалывание)
- Гипноз
- Имбирь - ( имбирные леденцы , имбирный эль, добавки имбиря) .



Витамин В6 - от 10 до 25 мг перорально каждые шесть-восемь часов; максимальная доза лечения, рекомендуемая для беременных, составляет 200 мг / сут.

Отличный препарат – сочетание имбиря и витамина В6 – Эмегест.

Препараты, которые вы можете принимать по согласованию с вашим лечащим врачом.

Антигистаминные и другие препараты от тошноты и рвоты.

- Димедрол
- Меклизин
- Прометазин
- Метоклопрамид
- Ондансетрон
- Прохлорперазин
- Кортикостероиды (дексаметазон) - женщинам, которые не реагируют на комбинацию перечисленных выше препаратов, может быть предложен короткий курс инъекций стероидов с последующим снижением дозы препарата.



# Резус – фактор и резус-конфликт

- Если у вас отрицательный резус-фактор, а у биологического отца ребенка положительный – во время беременности может возникнуть резус-конфликт, если плод унаследует резус-фактор отца.
- Обычно во время беременности кровь между матерью и ребенком не смешивается. Но иногда это происходит, особенно в процессе родов.
- Если небольшое количество крови ребенка все-таки попадает к вам в сосудистое русло, ваша иммунная система воспринимает их как чужеродные и начинает вырабатывать антитела, задача которых уничтожить эти чужеродные клетки крови.
- То есть, чтобы возник резус-конфликт, необходимо, чтобы выработались антитела в ответ на положительный резус-фактор плода. Так как клетки крови плода ЧАЩЕ всего попадают к вам в сосудистое русло в процессе родов, это никак не коснется вашей первой беременности.
- А вот если вы забеременеете во второй раз и у вашего второго ребенка также будет положительный резус-фактор, то выработанные антитела при предыдущей беременности будут уничтожать красные кровяные клетки (эритроциты) второго (нового) плода.
- И так как эритроциты нужны плоду для переноса кислорода, из-за разрушения эритроцитов и их возникающего катастрофически малого количества, кислорода к плоду поступает очень мало и при тяжелой анемии плод может даже погибнуть.

## ЧТО СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЗУС-КОНФЛИКТА?

Вводить антирезусный анти Д иммуноглобулин.

1) На сроке 28-32 недели беременности (при условии, что антирезусные антитела у вас в крови не обнаружены)

2) В течение 72 часов после родов, если у ребенка после родов подтвердится положительный резус-фактор. Если у ребенка резус будет отрицательный, повторная доза не вводится.

Женщины, которые являются резус-отрицательными, также должны получить анти-D иммунный глобулин в следующих ситуациях:

- Если возникло кровотечение во время беременности на любом сроке
- Если вам необходимо провести инвазивные исследования во время беременности: амниоцентез или биопсию хориона.
- Если у вас случился выкидыш (на сроке беременности более 6 недель)
- Если вам провели аборт
- При внематочной беременности

Иммуноглобулин нужно вводить при КАЖДОЙ вашей удачной или неудачной беременности, которая наступает от резус-положительного мужчины.

## Шейка матки – короткая или нормальная?

-  НОРМАЛЬНАЯ ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ 25 ММ И БОЛЕЕ.
-  ОБ УКРОЧЕНИИ ШЕЙКИ МАТКИ МЫ ГОВОРИМ ТОЛЬКО ЕСЛИ ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ  $< 25$  ММ.  
При чем длина шейки матки должна быть измерена ТОЛЬКО с помощью УЗИ, а не руками врача.
-  ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ  $\geq 25$  ММ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АБСОЛЮТНОЙ НОРМОЙ И НИКАКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НЕ ТРЕБУЕТ.
-  Если шейка матки 25 мм и менее 16-24 недели по данным ультразвукового исследования (трансвагинальной цервикометрии) - это называется истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)

## ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ВАША ШЕЙКА В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 16-24 НЕДЕЛИ < 25 мм, у вас один плод и это ваша первая беременность?

Вам показан прогестерон в виде вагинальных свечей в дозе 200 мг до 36-й недели беременности.

## ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ У ВАС УЖЕ БЫЛИ ВЫКИДЫШ/ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 14-27 НЕДЕЛЬ ранее?

Вам также показан прогестерон с 16 по 36 неделю беременности.

Также может быть предложено наложение шва на шейку матки, если ее длина пограничная - 25 и менее мм. Наложение швов возможно вплоть до 24-25 недель беременности при длине шейки матки более 15 мм.

Здесь конечно все очень сильно зависит от мастерства хирурга, чем позже срок беременности, чем короче может быть шейка матки, тем сложнее наложить шов.

- Эффективность пессария под большим знаком вопроса, но по последним данным он оказался эффективен при многоплодной беременности.
- Когда нет возможности наложить шов и ситуация реально угрожающая – пессарий в целом можно рассматривать как метод коррекции ИЦН, но все зависит от срока беременности и конкретной ситуации.

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

-  Преждевременные роды – это роды, которые начинаются в сроке беременности от 22 до 37 недель беременности.
-  Срочные роды (то есть роды в срок) это роды, произошедшие на 37 - 42 неделе беременности, считая срок с первого дня вашего последнего менструального цикла.
-  По статистике около 10 % детей рождаются досрочно, но в стационарах «на сохранении» лежит 90% беременных женщин, понимаете разницу?
-  И еще одна хорошая статистика, от 30 до 50 % женщин, у которых возникает реальная (не мифическая) угроза преждевременных родов, все-таки рожают своих детей в срок.

- **УГРОЗА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, симптомы:**

- ● Менструальноподобные боли
- ● Умеренные, нерегулярные маточные сокращения
- ● Тянущая боль в спине, больше в поясничной области
- ● Ощущение давления во влагалище или тазу
- ● Выделения из влагалища, может отойти слизистая пробка, могут быть розоватые или слегка кровянистые выделения, могут отойти воды.



## «Тонус матки на УЗИ – это угроза?»

НЕТ, ЭТО НОРМА БЕРЕМЕННОСТИ, А ЕСЛИ ВАС ПОДОБНЫМ ЗАПУГИВАЮТ И ХОТЯТ ПОЛЕЧИТЬ – БЕГИТЕ ОТ ТАКОГО ВРАЧА.



## «А если у меня матка сокращается, я прямо это чувствую?»

- Существуют понятие ИСТИННЫХ и ЛОЖНЫХ схваток.
- Схватки – это маточные сокращения.
- **Разница в том, что:**
- Ложные схватки НЕрегулярные, они возникают хаотично, без всякой периодичности, НЕ учащаются с течением времени.
- Ложные схватки могут возникать в ответ на физические нагрузки, шевеления ребёнка, эмоциональные переживания. Они проходят во время отдыха, покоя и смены положения тела.
- Ложные схватки не приносят сильных болезненных ощущений, а только лишь дискомфорт, они слабые и не становятся интенсивнее с течением времени.
- Во время ложных схваток сокращения матки ощущаются спереди, напрягается в основном передняя брюшная стенка.
- ЛОЖНЫЕ СХВАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ АБСОЛЮТНОЙ НОРМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.
- Истинные схватки – это не просто ‘потягивание’ внизу живота, которое прошло, когда вы легли отдохнуть.



- Истинные схватки ВСЕГДА РЕГУЛЯРНЫЕ. Они возникают с определённой частотой (каждые 2-5-10 минут), с течением времени их количество нарастает, длятся от 30 до 60 секунд.
- Истинные схватки НЕ проходят со временем, а становятся чаще, интенсивнее и продолжительнее, независимо от того, что вы делаете.
- Истинные схватки довольно болезненные и их количество и интенсивность обязательно нарастает с течением времени.
- Во время истинных схваток болезненность начинается с поясничной области и смещается на переднюю брюшную стенку
- И самое главное.
- Истинные схватки приводят к структурным изменениям шейки матки - ОНА УКРАЧИВАЕТСЯ И/ИЛИ РАСКРЫВАЕТСЯ.
- Длину шейки матки оценивают методом УЗИ, раскрытие, если таковое имеется - осмотром на кресле.
- **ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ ИСТИННЫХ СХВАТОК И НАЛИЧИИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ 22 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ И ДО 35-37 МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ТЕРАПИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ЗАДЕРЖКУ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ТОКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ) В ТЕЧЕНИЕ 24-48 ЧАСОВ И НЕ БОЛЕЕ.**
- Маточные сокращения являются обязательным симптомом при угрозе преждевременных родов, а умеренные нерегулярные сокращения являются нормальным явлением на всех стадиях беременности – это схватки Бракстона Хикса (ложные схватки) - маточные сокращения, которые возникают менее восьми раз в час или менее четырех раз за каждые двадцать минут; эти сокращения не сопровождаются кровотечением или выделениями из влагалища и проходят во время отдыха. Ложные схватки являются нормой беременности и не повышают риск преждевременных родов. Однако, часто бывает трудно определить без осмотра с чем мы имеем дело, с истинными или ложными схватками.

## На помощь нам приходит 2 показателя.

-  1. Длина шейки матки - ультразвуковое измерение шейки матки может помочь предсказать риск преждевременных родов; риск возрастает по мере уменьшения длины шейки матки. Шейка шейки матки  $\leq 25$  мм, измеренная трансвагинальным ультразвуком во втором триместре, считается короткой и прогнозирует повышенный риск преждевременных родов.
-  2. Фетальный фибронектин (ограничено применение в СНГ) или тест на преждевременные роды.
  - Исследования показали, что если фетальный фибронектин отсутствует во влагалищных выделениях в высоких концентрациях у женщин с активными маточными сокращениями или у женщин с высоким риском преждевременных родов, преждевременные роды маловероятны.
  - Тем не менее, даже если фетальный фибронектин присутствует в большом количестве, это не всегда означает, что вы родите в ближайшее время, но вероятность преждевременных родов повышена.



## На помощь нам приходит 2 показателя.

-  1. Длина шейки матки - ультразвуковое измерение шейки матки может помочь предсказать риск преждевременных родов; риск возрастает по мере уменьшения длины шейки матки. Шейка шейки матки  $\leq 25$  мм, измеренная трансвагинальным ультразвуком во втором триместре, считается короткой и прогнозирует повышенный риск преждевременных родов.
-  2. Фетальный фибронектин (ограничено применение в СНГ) или тест на преждевременные роды.
  - Исследования показали, что если фетальный фибронектин отсутствует во влагалищных выделениях в высоких концентрациях у женщин с активными маточными сокращениями или у женщин с высоким риском преждевременных родов, преждевременные роды маловероятны.
  - Тем не менее, даже если фетальный фибронектин присутствует в большом количестве, это не всегда означает, что вы родите в ближайшее время, но вероятность преждевременных родов повышена.

- То есть, когда врач выставляет вам диагноз преждевременных родов, он должен опираться на 3 показателя: маточные сокращения (их регулярность, интенсивность и длительность), структурные изменения шейки матки и в идеале результат на фетальный фибронектин (тест на преждевременные роды).
- Вы должны ехать в больницу если у вас появились обильные слизистые или кровянистые выделения из влагалища, если у вас отошли околоплодные воды, если у вас более 6 маточных сокращений в час, которые не проходят во время отдыха и при смене положения тела.
- В больнице вас должны осмотреть на кресле, провести УЗИ, записать КТГ (сердцебиение плода).

 **Диагноз преждевременных родов ставится на основании ваших жалоб:**

- регулярные маточные сокращения ( $\geq 4$  каждые 20 минут или  $\geq 8$  за 60 минут)
- сопровождающиеся раскрытием шейки матки и/или ее укорочением, сглаживанием.
- Расширение шейки матки  $\geq 3$  см или
- Длина шейки матки  $< 20$  мм при трансвагинальном ультразвуке или
- Длина шейки матки от 20 до  $< 30$  мм при трансвагинальном УЗИ и положительном фетальном фибронектине

- Вы должны понять, что если процесс родов запущен, то его нельзя остановить никакими лекарственными препаратами насовсем.
- Применяя те или иные препараты, мы лишь ненадолго можем (а иногда не можем) «оттянуть» роды, чтоб успеть ввести стероиды для легких плода.
- На это требуется 48-72 часа и по их истечению – вся токолитическая терапия отменяется, потому как используемые медикаменты имеют побочные эффекты. «Хронические» недельные токолизы – это опасно, бессмысленно и не применяется нигде в мире.
- И если вы пролежали несколько недель под капельницей, а матка так и не перестала “хватать”, вас выписали из больницы и вы родили в срок, то вы абсолютно точно занимались лечением нормы беременности.



## ЛЕЧЕНИЕ

- При установленной угрозе преждевременных родов проводится так называемая токолитическая (досл. “расслабляющая матку”) терапия.
- Цель лечения – замедлить или остановить процесс родов для того, чтобы успеть провести профилактику респираторного дистресс синдрома у плода, говоря простыми словами, ввести лекарство (стероиды), которое помогает “раскрыться” легким у ребенка. Также токолиз позволяет транспортировать вас при необходимости до лечебного учреждения, в котором оказывают специализированную помощь недоношенному ребенку.



## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ТОКОЛИЗА (ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ)



### НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Токолитическая терапия проводится в сроке беременности 24-34 недели.
- Раньше 24 недель плод еще слишком незрелый, а в сроке беременности более 34 недель дети практически ничем не отличаются от тех, кто родился в срок и в целом риск возникновения каких-либо осложнений у ребенка низкий.
- Токолиз должен быть проведен, если мы точно знаем, что задержка родов на 24-48 часов обеспечит пользу ребенку, если он все-таки родится



- Выбор лекарственного препарата для токолитической терапии зависит от срока беременности
- В 24 - 32 недели беременности ИНДОМЕТАЦИН является препаратом первой линии. Он имеет относительно благоприятный профиль побочных эффектов у матери и плода и совместим с сульфатом магния
- Противопоказания к использованию индометацина:
- Низкие уровни тромбоцитов, кровотечения, серьезные заболевания печени, язвенная болезнь желудочно-кишечного тракта, почечная недостаточность или астма (для женщин с гиперчувствительностью к аспирину).
- Токолитическая терапия индометацином не должна длиться более 72 часов и не должна использоваться в сроке беременности более 32 недель из-за возможного сужения или преждевременного закрытия артериального протока у ребенка.
- Если есть противопоказания к индометацину, может использоваться нифедипин в сроке беременности 24 - 32 недели.
- В сроке беременности 32 - 34 недели нифедипин является препаратом первой линии.
- Если препарат первой линии не подавляет маточные сокращения, то его заменяют на медикаменты второй линии - нифедипин в сроке беременности 24-32 недели и тербуталин (бета-агонист) в сроке беременности 32-34 недели.

## Что используется в странах СНГ для токолитической терапии?

- Широко применяют магнезию и бэта-агонисты (гексопреналин (гинипрал), как один из наиболее распространенных агонистов).
- Что касается бэта-агонистов, то они также относятся к наиболее эффективным препаратам, но токолитическая терапия НЕ должна длиться более 48-72 часов, потому что риск возникновения серьезных побочных эффектов перевешивает любую потенциальную пользу длительного лечения бета-агонистами.
- Во время введения бета-агониста должно контролироваться кумулятивное потребление жидкости, диурез и ваше общее самочувствие, особое внимание обращают на такие симптомы как одышка, боль в грудной клетке и учащенное сердцебиение. Если частота сердцебиения перевалила за 120 ударов в минуту, введение бэта-агониста прекращают.
- Также контролируется глюкоза крови и калий каждые 4-6 часов во время введения препарата, поскольку может возникать гипергликемия (уровень глюкозы в крови повышается) и гипокалиемия (калия становится мало). Выраженную гипокалиемию следует корректировать, чтобы свести к минимуму риск возникновения нарушения сердечного ритма.
- На практике, к сожалению, чаще всего ни о каких 48-72 часах речи не идет. Женщины лежат под капельницами неделями, что недопустимо и чревато серьезными побочными эффектами.

## МАГНЕЗИЯ

 Сульфат магния - один из самых старых и давно используемых препаратов в акушерстве. Сульфат магния используется и сейчас, когда?

1. Для нейропротекции. Если коротко и по сути то это значит, что введение сульфата магния может снизить риск возникновения ДЦП у детей, рожденных РАНЬШЕ срока (после 23, но ДО 32 недель беременности). Капают магния сульфат в том случае, если беременность недоношенная (23-32 недели) и если мы понимаем, что роды неизбежны в течение следующих 24 часов. Введение препарата длится НЕ БОЛЕЕ 24 часов, а не 3 или 10 дней! и только ОДНАЖДЫ за всю беременность. Если через время возникает повторная угроза преждевременных родов, магнезию не используют.
2. Магнезию используют для профилактики/лечения судорог, если у вас возникла ПРЕЭКЛАМПСИЯ/ЭКЛАМПСИЯ

 **Может ли использоваться магнезия для снятия «тонуса» матки или лечения угрозы преждевременных родов?**

- НЕТ  
Потому что она нарушает электролитный баланс, часто крайне плохо переносится беременными, передозировка может привести к кровоизлияниям в головной мозг плода и вызвать остановку сердца у матери. Плюс магнезия является единственным препаратом, который используется для снижения риска возникновения ДЦП у недоношенных детей, для этих целей используются другие дозы и сроки введения магнезии, не такие, как для токолиза, поэтому магнезии используют для нейропротекции и добавляют к ней еще какой-то препарат для токолиза.
- МАГНЕЗИЮ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 22 НЕДЕЛЬ, как средство сохранения беременности или средство для лечения мифического «тонуса» матки.

- Самая большая проблема недоношенных детей – это незрелость их легких. Легкие недоразвиты, а значит ребенок не может нормально дышать, а без адекватного газообмена вопрос жизни или смерти стоит очень остро.
- Единственными препаратами, которые помогают легким ребенка быстрее “дозреть и раскрыться” являются стероиды (дексаметазон, бетаметазон). Они используются во всем мире и достоверно уменьшают смертность среди недоношенных новорожденных детей почти на 50%.  
Помимо этого, кортикостероиды уменьшают вероятность возникновения у недоношенных детей кровоизлияния в желудочки головного мозга, заражения крови (сепсиса) и проблем с кишечником (некротизирующего энтероколита).
- Введение кортикостероидов строго ограничено сроком беременности
- Их применяют, начиная с 23 и до 34 полных недель беременности, и при увеличении риска преждевременных родов в течение следующих семи дней.
- Вводится препарат бетаметазон 12 мг внутримышечно каждые 24 часа дважды или дексаметазон в дозе 6 мг каждые 12 часов (всего 4 укола).

- Преимущества от стероидов для легких плода имеют накопительный эффект.
- Максимальная эффективность возникает, когда роды происходят через 2-7 дней после введения первой дозы кортикостероидов.
- Эффективность достаточно слабая, если роды происходят в течение 24 и менее часов после введения препарата и она уменьшается, если проходит более 7 дней после их введения.

### Можно ли вводить стероиды после 34 недель беременности?

- В США и Европе женщинам, у которых есть показания к проведению кесарева сечения на сроке беременности 34 - 37 недель, иногда предлагают введение антенатальных кортикостероидов, ЕСЛИ ОНИ НЕ ВВОДИЛИСЬ РАНЕЕ во время беременности. Обращаю ваше внимание, речь идет только о проведении кесарева сечения по показаниям (беременность двойней, например.), потому как ПОСЛЕ 34 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ токолитическая терапия НЕ проводится, если у вас развивается спонтанная родовая деятельность – вас просто пускают в роды.
- Некоторые врачи и женщины сознательно отказываются от использования стероидов после 34 недель беременности, потому что
- Общий объем головного мозга ребенка между 34 и 37 неделями беременности увеличивается на 35 процентов, объем коры увеличивается на 50 процентов и на 25 % увеличивается объем мозжечка.
- Кортикостероиды сами по себе тормозят деление клеток, поэтому их введение на этом сроке беременности вероятно будет иметь наибольшие неблагоприятные последствия для развития мозга ребенка, чем в любой другой период его жизни.
- Вмешательство стероидами в этот критический момент МОЖЕТ (хотя пока это не доказано) привести к изменениям в работе эндокринной системы ребенка, повлиять на его поведенческие, эмоциональные и интеллектуальные способности, нарушить функцию и увеличить риски возникновения метаболических, сердечно-сосудистых заболеваний и мозговых расстройств уже в его взрослой жизни.

- Исследования на животных постоянно сообщают о неблагоприятных последствиях. В качестве примера, различные дозы дексаметазона, вводимые беременным макакам, приводили к серьезным неблагоприятным воздействиям на мозг (изменения в гиппокампе, недоразвитость мозжечка, воздействие на кору головного мозга).
- Есть беспокойство в отношении ДЦП у детей.
- И самое главное, что после 34 недель риск возникновения у плода дистресс-синдрома, для профилактики которого мы и вводим кортикостероиды, является низким, а потенциальные побочные эффекты могут превышать их пользу.
- Вот почему многие врачи не предлагают курс стероидов после 34 недель, а если и предлагают, то оставляют выбор их введения за вами.
- Я делаю также и в 90% случаев стероиды после 34 недель не назначаю.

### **МОГУТ ЛИ ПРОВОДИТЬСЯ ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ СТЕРОИДОВ?**

- Представим себе ситуацию, что у вас была угроза преждевременных родов, вы получили токолитическую терапию, вам ввели кортикостероиды, чтоб легкие плода “дозрели», но вы тогда так и не родили.
- Все было хорошо, но спустя некоторое время ситуация повторяется, у вас снова возникла угроза преждевременных родов.

## Надо ли вводить стероиды повторно?

- Если на сроке беременности 24 - 34 недели вам уже были введены стероиды, то после 34 недель при наличии угрозы преждевременных родов или при необходимости досрочного родоразрешения повторно их не вводят.
- Если у вас возникла повторная угроза преждевременных родов или необходимость в досрочном родоразрешении в сроке беременности ДО 34 и вы уже получили стероиды 14 дней назад и более + первый курс был в сроке беременности  $\leq 28$  недель, то вам могут предложить повторное введение кортикостероидов: одна доза бетаметазона 12 мг или 2 дозы бетаметазона – 24 мг. Более 2 раз за одну беременность стероиды не используются, введение стероидов строго ограничено сроком беременности, будьте внимательны.

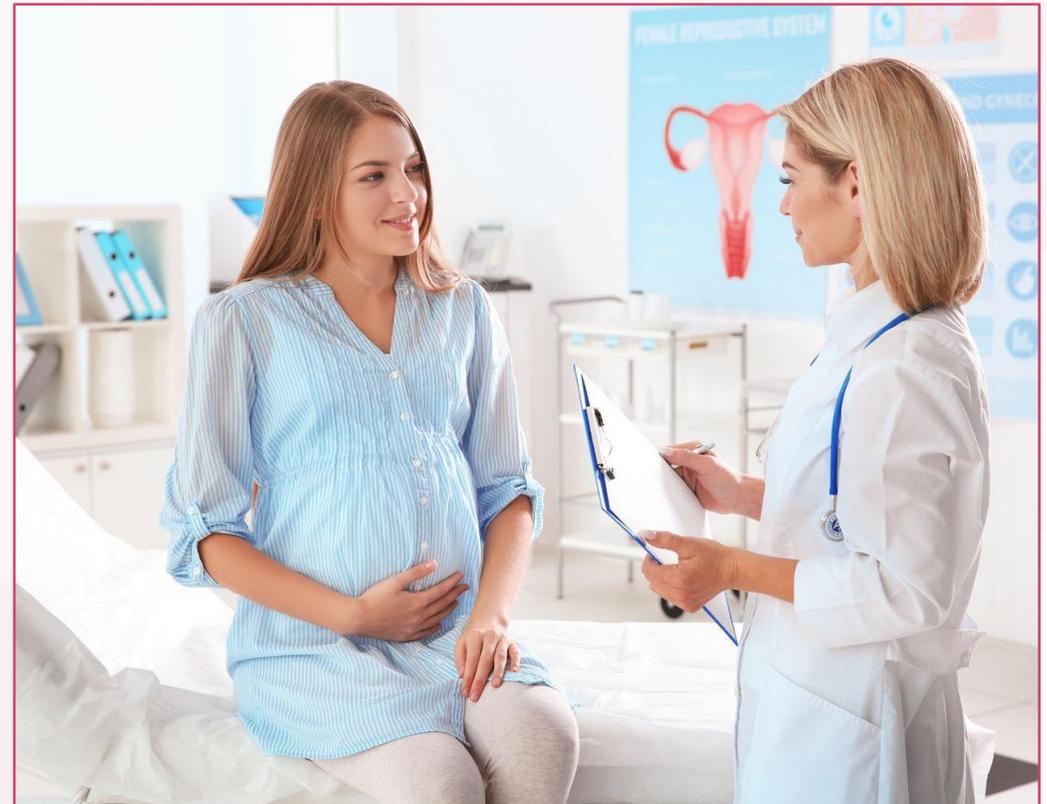
# КАК ВЫБРАТЬ СВОЕГО ВРАЧА

Задавайте вопросы, на которые вы **навверняка** знаете ответы

Когда видите простынь из назначений и обследований — стоит усомниться и услышать еще одно мнение

Паникование пациентов — **НЕПРИЕМЛЕМО В 21 ВЕКЕ**

Врач может подтвердить свои доводы международными рекомендациями, нормативными протоколами МЗ РФ





# Где брать информацию и как выбрать «своего» врача

## Источники информации:

**forums.rusmedserv.com** – сайт ВОЗ

**clinicaltrials.gov**

**www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/**

**www.nice.org.uk**

**ww.rcog.org.uk**

**m.acog.org**

**forums.rusmedserv.com** – Дискуссионный Клуб Русского Медицинского Сервера

**klnran.ru** – Комиссия по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при Президиуме Российской академии наук



- [https://amurzdprav.ru/клинические-рекомендации-протоколы/profile\\_gynecology/](https://amurzdprav.ru/клинические-рекомендации-протоколы/profile_gynecology/)
- Клинические рекомендации, где написано об обязательном обследовании во время беременности на стрептококк группы В (35-37 недель), о необходимости приема аспирина, если вы из группы риска и пр.
- Их можно распечатать и показать своему лечащему врачу.

Клинические рекомендации (протоколы лечения), утвержденные письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации

2020 год



"Внутрипеченочный холестаз при беременности" от 13.02.2020 №15-4/367-07



"Нормальная беременность" 13.02.2020 №15-4/368-07

2020 год

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

13.02.2020 № 15-4/368-07

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
исполнительной власти субъектов  
Российской Федерации в сфере  
здравоохранения

Ректорам федеральных  
государственных бюджетных  
образовательных учреждений  
высшего образования

Директорам федеральных  
государственных учреждений  
науки

