

Серия
«Доктор Ольга Белоконь
Доказательная медицина»

Доктор Ольга Белоконь

Я беременна, что делать?

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



Издательство АСТ
Москва

УДК 618.2

ББК 57.16

Б 43

Все права защищены.

Ни одна часть данного издания не может быть воспроизведена или использована в какой-либо форме, включая электронную, фотокопирование, магнитную запись или иные способы хранения и воспроизведения информации, без предварительного письменного разрешения правообладателя.

Издательство не несет ответственности
и не предоставляет гарантий в связи с публикацией фактов,
данных, результатов и другой информации.

Белоконь, Ольга.

Б 43 Я беременна, что делать? 2-е издание, дополненное и переработанное / Ольга Белоконь. – Москва : Издательство АСТ, 2024. – 448 с.

ISBN 978-5-17-136489-2

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

За годы существования блога Ольге удалось собрать огромную аудиторию читателей-женщин, которые, живя в условиях постсоветской медицины, теряются во врачебных мнениях, находятся в замешательстве от советов подруг, информации в Рунете и собственных домыслов. Так как все-таки правильно? Почему походы в женскую консультацию становятся настоящей пыткой для беременной женщины? Сколько лекарственных препаратов получает средне-статистическая беременная? 5, 10, 15? Что такое препараты с недоказанной эффективностью и какой максимум обследований должна пройти каждая женщина, ожидающая ребенка? Как не попасться на несуществующие диагнозы и трехэтажные схемы их лечения?

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

УДК 618.2

ББК 57.16

ISBN 978-5-17-136489-2

© Белоконь Ольга, текст, 2021
© ООО «Издательство АСТ», 2024

Предисловие

Добро пожаловать на страницы моей книги.

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

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

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

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

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

Обследования перед зачатием

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

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

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

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

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

Что я рекомендовала бы исследовать?

1) Анализ крови на ТТГ (сдается в любой день менструального цикла) — скрининг заболеваний щитовид-

ной железы, ее «правильная работа» очень важна для нормального развития эмбриона/плода.

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

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

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

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

Если вы никогда не болели ранее краснухой и не делали прививку и вдруг во время беременности заболели красну-

хой — это может быть чревато очень серьезными последствиями, вплоть до гибели плода. Смотрите подробнее в отдельной главе.

Поэтому сделать вакцинацию очень желательно.

4) Анализы на инфекции, которые передаются половым путем.

Мазок из влагалища на выявление методом ПЦР (качественно)

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

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

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

Также можно сдать кровь на выявление:

Гепатита В:

- 1) HBsAg
ИЛИ
- 2) ПЦР. Вирус гепатита В (качественно).

Гепатита С:

- 1) ИФА, суммарные антитела к гепатиту С IgM, IgG
ИЛИ
- 2) ПЦР. Вирус гепатита С (качественно).

ВИЧ:

ИФА, выявление антител к ВИЧ.

Сифилис:

ИФА, суммарные антитела к *Treponema pallidum*.

Ни один из этих методов обследования не имеет 100-процентной точности.

Результаты могут быть ошибочными.

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

В случае малейших сомнений анализы лучше пересдать.

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

Результат ПАП-теста действителен минимум год, можно избежать его сдачи во время беременности.

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

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

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

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

- Можно сдать общий анализ крови, если последний раз вы его сдавали очень давно (более года назад).
- Можно исследовать уровень ферритина, если вы из группы риска по железодефициту и железодефицитной анемии. Нормы ферритина от 30 мкг/л.
- Лечение и консультации у смежных специалистов, если у вас есть хронические заболевания (сахарный диабет, болезни почек и пр.).
- Можно сдать IgG к токсоплазме/цитомегаловирусу и герпес-вирусам, чтобы понимать, была ли встреча ДО беременности с этими инфекциями. Но в целом это необязательно, так как специфической профилактики не существует.

Надо ли проводить какие-то генетические обследования, чтобы устранить/уменьшить риски генетических заболеваний у вашего будущего ребенка?

Здесь вы должны понимать кое-какие важные моменты.

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

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

В связи с этим, конечно же, никакое обследование родителей ДО беременности не проводится, потому что та-

ких не существует, и возникновение этой патологии с родителями НЕ связано (за очень редким исключением, вдаваться в подробности не буду).

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

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

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

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

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

Рекомендации АСОГ

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

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

В идеале скрининг и консультирование носителей следует проводить ДО беременности.

Но можно это делать и во время беременности.

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

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

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

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

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

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

Это:

Спинальная мышечная атрофия (СМА).

Муковисцидоз (МВ).

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

и/или

с определенным анамнезом (у мамы преждевременная необъяснимая менопауза в возрасте 35 лет, например, или

среди ваших родственников есть люди с фенилкетонурией и пр.), или для желающих знать больше.

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

В него может входить скрининг на синдром ломкой X-хромосомы.

Болезнь Тея — Сакса, Каравана и другие.

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

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

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

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

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

У КАЖДОГО человека СВОЕ «ЛУЧШЕ».

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

Каждый человек имеет **ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ**.

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

Наступила эпоха геномной медицины.

Она быстро меняет будущее всей медицины в целом.

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

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

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

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

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

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

СМА приводит к атрофии этих мышц и их сильной слабости.

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

СМА не влияет на умственные способности человека.

Есть четыре типа СМА.

I тип — наиболее распространенный и самый неблагоприятный.

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

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

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

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

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

У человека со СМА есть две неисправные копии SMN1: одна — от отца и вторая — от матери.

Что значит быть носителем СМА?

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

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

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

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

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

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

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

Исследуется кровь.

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

Скрининг НЕ МОЖЕТ ответить на этот вопрос со 100-процентной точностью.