



КОРПОРАТИВНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Выпуск № 1

# ВАШ ДОКТОР

## ТЕМА НОМЕРА: «БУДУ МАМОЙ»

**Галимат ГИПАЕВА**

Планирование беременности  
при вирусных гепатитах

**Михаил СОПОЕВ**

Нефропатия беременных

**Мадина МАКОЕВА**

Анемия беременных

**Карина ДЗИЛИХОВА**

Наблюдение детей  
первого года жизни



**Кристина КАРАЕВА**

**«Материнство – одна из самых  
важных ипостасей женщины»**



ЭЛЕКТРОННАЯ  
ВЕРСИЯ ЖУРНАЛА



Дорогие читатели!

Мы с радостью представляем вам наш новый проект – корпоративный медицинский журнал «Ваш доктор».

Многие годы мы стоим на страже здоровья жителей нашей республики. Постепенно наращивая свои ресурсы, мы расширили спектр амбулаторной помощи, открыли стационар, который в настоящее время оказывает всем нуждающимся не только терапевтическую, но и хирургическую помощь. В наших операционных трудятся лучшие врачи республики, приглашенные специалисты из соседних регионов, а также ведущие хирурги центральных клиник нашей страны. Мы многое сделали. И многое ждет еще нас впереди.



Однако мы точно знаем, что выздоровление и восстановление пациента, его возврат к полноценной жизни зависит не только от условий клиники и профессионализма медицинских работников. Успех во многом также зависит от своевременности обращения пациента за помощью.

К сожалению, часто случается так, что пациент теряет месяцы, а то и годы в поисках своего врача. Именно эти истории, когда мы обнаруживаем, что драгоценное время упущено, послужили импульсом к созданию нашего нового проекта – журнала, на страницах которого мы будем знакомить вас со специалистами нашей клиники. Они будут делиться с вами своими знаниями и опытом, информировать вас не только о новых достижениях медицины, но и рассказывать о мифах, которые уже остались в прошлом, но все еще витают в околемецинских кругах. Они постараются подсказать вам, как поступить в той или иной ситуации, словом, станут вашими проводниками в лабиринтах медицинского мира.

Первый номер журнала мы решили посвятить женскому здоровью, аспектам материнства и детства, собственно, тому, с чего начинается жизнь. На страницах этого номера вы познакомитесь с нашими врачами, с теми, с кем мы начинали путь, и с теми, кто присоединился к нам на разных этапах развития. Высокий профессионализм, схожие жизненные приоритеты и общечеловеческие ценности позволили нам создать команду, которая трудится во благо здоровья пациентов. Наши доктора постарались осветить для вас наиболее сложные аспекты, с которыми могут столкнуться мать и дитя, и ответить на самые часто задаваемые вопросы.

Также с радостью представляю вам гостью нашего номера – Розу Александровну Мзкову, руководителя центра йоги «Сарасвати», которая подробно расскажет вам о йоге для беременных.

С уважением,  
главный врач клиники «Ваш доктор»  
Игорь Петрович Кокаев

# Содержание

<b>Кокаев И.П.</b> Обращение главного врача клиники	3
<b>Караева К.Ю.</b> Планирование беременности	6
<b>Хутинаев С.Р.</b> Подготовка мужчины к зачатию ребенка	8
<b>Цаголов В.А.</b> Онкофертильность или как сохранить и поддержать репродуктивное здоровье женщинам с онкологическими заболеваниями	10
<b>Кертанов С.Р.</b> Бесплодие – диагноз, переставший звучать как приговор	12
<b>Антонянц Э.Р.</b> Тонкий эндометрий. Возможности физиотерапевтического лечения	14
<b>Бирагова С.И.</b> Ультразвуковая диагностика во время беременности	16
<b>Еналдиев Г.Н.</b> Беременность и питание: до, во время, после	18
<b>Мкртычева С.В.</b> Гестационный сахарный диабет	20
<b>Макоева М.А.</b> Анемия беременных	22

<b>Гипаева Г.Р.</b> Планирование беременности при вирусных гепатитах	24
<b>Болиева Л.З.</b> Аллергические заболевания во время беременности	26
<b>Даурова М.Д.</b> Синдром обструктивного апноэ сна и беременность	28
<b>Сопоев М.Ю.</b> Нефропатия беременных	30
<b>Дзукаева А.В.</b> Медицинский озон у беременных	32
<b>Мзокова Р.А.</b> Йога и беременность	34
<b>Дзилихова К.М.</b> Наблюдение детей первого года жизни	38
<b>Воробьева Т.Э.</b> Послеродовая депрессия	40
<b>Бибоева А.К.</b> Лактостаз	43
<b>Грудное вскармливание, памятка</b>	45
<b>Караева К.Ю.</b> Продолжая традиции или память места	46
<b>Новости клиники</b>	49

# Планирование беременности

На протяжении всего существования человечества материнство во всех культурах считалось одной из самых важных ипостасей женщины



**Караева Кристина Юрьевна**  
Врач акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук

На протяжении всего существования человечества материнство во всех культурах считалось одной из самых важных ипостасей женщины. Век сменялся веком, мы отходили от заветов предков, стремились к расширению жизненного пространства для женщин, вновь возвращались к истокам, и лишь в одном никогда не изменяли себе – в понимании ценности и значимости материнства. В памяти осознанно или неосознанно живут истории наших прародительниц (прапрабабушек, прабабушек, бабушек), для которых беременность и материнство были поистине опасным испытанием. Отсутствие знаний у женщин, нехватка фельдшерско-акушерских кадров, скудное медицинское обеспечение, удаленность мест проживания от амбулаторий, больниц приводило к высокой материнской и детской смертности.

К счастью, эти времена остались в далеком прошлом. Не может не радовать тот факт, что в настоящее время большинство беременностей планируется парой. Это позволяет будущим родителям подготовиться к беременности и родам не только соматически (телесно), но и психологически. Когда-то на приеме я объясняла молодой пациентке, что беременность и роды – это как показательное выступление, когда каждая нота должна быть сыграна правильно и точно: и тогда мелодия получится красивой. Это метафора. Мелодия – это ребенок.

Каждый родитель мечтает о рождении здорового малыша. Именно за этим приходят женщины на прием.

И от нас, гинекологов, зависит, сможем мы их подготовить к беременности или нет. Тщательный сбор анамнеза жизни, гинекологического анамнеза, изучение историй предыдущих беременностей и родов, оценка наследственных и индивидуальных факторов риска развития той или иной патологии позволяют нам составить индивидуальный план обследования и подготовки для каждой женщины.

Первоначальный план обследования включает:

- анализ на половые инфекции (ПЦР);
- кольпоскопию и цитологическое исследование мазков;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (спектр определяет врач после сбора анамнеза и осмотра);
- анализ на определение группы крови и резус-фактора (при наличии резус-отрицательной крови – резус-антитела);
- анализы крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С;
- анализ крови на гормоны, в том числе на гормоны щитовидной железы (спектр гормонов определяет врач после сбора анамнеза и осмотра);
- анализ на скрытые инфекции (TORCH-инфекции: токсоплазмоз; краснуха; цитомегаловирус; герпес);
- коагулограмму, гемостазиограмму;
- УЗИ органов малого таза (яичников и матки);
- УЗИ молочных желез (или маммография);
- спермограмму;
- гистеросальпингографию (исследование проходимость маточных труб – выполняется, если имеются данные о ранее перенесенных ИППП, хирургических вмешательствах на органах малого таза и брюшной полости, и при исключении других причин не наступления беременности в паре).

Для кого-то этот план бывает минимальным, а для кого-то – расширенным. Каким бы ни был этот план, основной целью его является определение готовности организма к беременности.



Какое облегчение испытывает врач, констатируя, что пара может спокойно планировать беременность. Не меньшее удовлетворение мы испытываем и в тех случаях, когда выявляем факторы, которые приводили к потерям беременностей или к преждевременным родам ранее, ведь теперь мы можем нивелировать их (скорректировать, пролечить) и помочь паре испытать столь желанное счастье материнства и отцовства.

Огромное значение в подготовке к беременности играет психоэмоциональное состояние женщины. Страхи о грядущей беременности (особенно, если у нее были уже репродуктивные потери), тревоги в отношении материнства (справлюсь ли я с этой миссией), предчувствие изменения всего уклада жизни в связи с рождением малыша зачастую страшат женщин. В доверительной беседе с доктором она может рассказать о том, что ее пугает.

В наших силах и в нашей компетенции помочь женщине и в этом, отвечая на ее вопросы максимально честно и подробно без использования сложной терминологии, рассказывая обо всем простыми понятными словами. Нет, мы не запугиваем ее, мы делимся с нею нашими медицинскими знаниями, отвечая на все ее вопросы, не отмахиваясь

от тех, что она задавала ранее – такие вопросы отражают не забывчивость женщины, они отражают глубину ее переживаний.

Комплексный подход к планированию беременности означает не только исключение или выявление гинекологических факторов риска у таких пациенток и назначение им лечения гинекологами. Такой подход позволяет гинекологам, консультировать наших пациенток совместно с профильными специалистами при выявлении у них тех или иных состояний и заболеваний.

**В данном номере мы решили познакомить вас с докторами разных специальностей, которые помогают при подготовке наших пациенток к беременности, консультируют их во время беременности, в родах и в послеродовом периоде, а также помогают нашим малышам расти здоровыми и счастливыми.**

# Подготовка мужчины к зачатию ребенка

Готовность будущего отца имеет такое же значение, как и матери. Узнаем все, что необходимо делать мужчине при планировании ребенка



**Хутинаев Сослан Русланович**  
Врач уролог-андролог

## Пошаговая инструкция для мужчин.

Люди нередко чувствуют растерянность перед столь важным шагом. Чтобы было проще разобраться, какие этапы нужно пройти будущему отцу, мы подготовили инструкцию.

– На качество сперматозоидов влияет многое: от образа жизни до окружающей среды, поэтому подготовку к зачатию нужно начинать с нормализации веса обоих супругов, потому что жировая ткань – гормонально-активная. Лишний вес у мужчин может привести к проблемам с гормональным фоном, поэтому похудеть нужно еще до зачатия ребенка. Мужчине, как и женщине, нужно отказаться от вредных привычек. Курение очень плохо влияет на сперматозоиды, а они для зачатия нужны здоровые. Стоит наладить питание: исключить продукты с тератогенными и мутагенными свойствами. Это фаст-фуд, газированные напитки, консервы, продукты с красителями, консервантами, ароматизаторами, «нездоровые» жиры. Сладкое тоже очень негативно влияет на сперматозоиды, они становятся вялыми и неподвижными. Мужчине обязательно нужно принимать витамины: фолиевая кислота в дозе 400 мг в сутки, витамин Д и препараты йода. Необходимо скорректировать недостаточность железа, если она выявлена в анализах. Опасна и передозировка витаминов, поэтому при подготовке к беременности лучше обратиться к врачу.

## 1. Сдаем анализы и консультируемся с врачом

Сначала нужно заглянуть «внутрь себя». Многие процессы в организме невозможно отследить по внешним признакам – в этом помогут лабораторные анализы.

Для их назначения можно обратиться к специалисту – урологу-андрологу – в центрах планирования семьи, частных и государственных клиниках. В дальнейшем врач расшифрует результаты анализов, про-

анализирует образ жизни, жалобы, другие факторы. Проконсультирует, если потребуется лечение.

**Анализ на инфекции.** По данным ВОЗ, многие мужчины являются носителями инфекций, передающихся половым путем. Часто заболевание не доставляет неприятных ощущений, но при этом ухудшает качество спермы. Существует также риск заразить женщину, когда она уже будет беременна, что опасно как для нее, так и для ребенка.

**Анализ на гормоны.** Нарушения в работе гормональной системы влияют на способность к зачатию. Проверить мужские половые гормоны можно, сделав анализ крови.

**Спермограмма.** Успешность зачатия, процесс вынашивания беременности и здоровье будущего ребенка во многом зависят от качества спермы. В отличие от женских половых клеток, которые заложены с рождения, новые сперматозоиды образуются постоянно, но при этом они крайне чувствительны к воздействию различных неблагоприятных внешних и внутренних факторов: экология, стрессы, неправильное питание, вредные привычки, болезни, малоподвижный образ жизни, работа на вредном производстве и т.д.

Под воздействием негативных факторов в организме даже у здорового мужчины может возникнуть окислительный стресс – резкое возрастание концентрации свободных радикалов. Свободные радикалы – чрезвычайно активные молекулы с мощной разрушительной силой, способные приводить к повреждению сперматозоидов и их гибели. Поврежденные и неполноценные сперматозоиды не могут оплодотворить яйцеклетку, вследствие чего возникает мужское бесплодие.

Если же оплодотворение все-таки произойдет, то статистика неутешительна: около 70% выкидышей и более 50% неразвивающихся беременностей, пороков развития плода (как диагностированных сразу



после рождения, так и некоторое время спустя) связаны с генетическими дефектами сперматозоидов.

Поэтому так важно оценить качество сперматозоидов, а для этого необходимо сдать семенную жидкость на анализ – спермограмму.

Для успешного зачатия в эякуляте должно быть необходимое количество сперматозоидов, которые, в свою очередь, должны иметь правильный вид и строение, быть активными и двигаться прямолинейно – все это покажет анализ спермограммы. На основе результата специалисты делают заключение о возможности зачатия, дают рекомендации по изменению питания, образа жизни, назначают антиоксидантные комплексы. При серьезных нарушениях могут потребоваться различные препараты, процедуры или даже операция, если проблема в физическом состоянии семенников или других органов.

## 2. Отказываемся от вредных привычек

Поскольку сперматозоиды крайне чувствительны к внешнему влиянию, улучшить качество спермы можно, просто отказавшись от вредных привычек.

Доказано, что курение и алкоголь снижают эрекцию, подавляют выработку мужских половых гормонов и уменьшают скорость и количество сперматозоидов. Никотин также угнетает антиоксидантную защиту организма, а алкоголь в организме преобразовывается в ацетальдегид – мощный токсин, который вызывает мутации и повреждает ДНК сперматозоида. По статистике, количество сперматозоидов у курильщика на 15% меньше по сравнению с некурящим мужчиной. Отказ от никотина и выпивки зачастую улучшает качество спермы без дополнительного лечения.

Отсутствие физической активности приводит к застою крови в области малого таза. Это чревато снижением потенции или даже простатитом. Регулярный спорт или хотя бы разминка во время долгого сидения полезны в том числе и для успешного зачатия.

На процесс созревания сперматозоидов негативно влияет перегрев. Тесное синтетическое белье, частые горячие ванны и сауна, долгая работа с ноутбуком на коленях повышают температуру в яичках.

## 3. Переходим на правильное питание

Быстрый ритм жизни, фастфуд часто вызывают ожирение. Помимо гормональных нарушений, ожирение приводит к излишнему окислительному стрессу не только в репродуктивных органах, но и во всем

организме, а также способствует перегреванию яичек и нарушению созревания сперматозоидов.

Недостаток питательных веществ в рационе и излишняя худоба тоже могут повредить мужскому здоровью. Современная пища довольно бедна антиоксидантами и микроэлементами, которые нужны для поддержания баланса всех систем организма. Важно питаться разнообразно, отказаться от вредной еды, большого количества сладостей, газированных напитков, есть достаточно овощей и зелени.

Жители крупных городов еще больше подвержены вредному влиянию свободных радикалов, которые возникают под воздействием негативных факторов внешней среды и образа жизни. Чаще возникают усталость, проблемы со сном, раздражительность, колебания веса. Истощенный организм производит не самую качественную сперму, что снижает вероятность зачатия и увеличивает риски возникновения отклонений развития плода.

## 4. Включаем в рацион антиоксиданты

Конечно, невозможно избежать всех вредных факторов, влияющих на качество сперматозоидов. Быстрые перекусы, недостаток овощей, фруктов и морепродуктов в рационе часто приводят к авитаминозу. Плохая экология и лекарства тоже провоцируют стрессовое состояние организма, оксидативный стресс и повреждение созревающих сперматозоидов.

## 5. Разгружаем психологически

Готовиться к появлению малыша нужно не только физически, но и психологически. Неготовность к этому и часть страхов основаны на незнании, неизвестности. Поиск информации и разумное планирование успокоят и подготовят к важному шагу. Снижение уровня стресса и достаточный отдых, здоровый сон также не помешают.

Иногда страх не зачать становится навязчивой мыслью, что еще больше осложняет решение проблемы. Психологические блоки могут служить причиной неудачи, поэтому слишком заикливаться на тему не нужно, ситуацию стоит «отпустить».

Зачастую женщины не знают, как попросить мужа вести правильный образ жизни, начать пить витамины, сдать спермограмму. Здесь важен психологический подход: нужно объяснить партнеру, для чего все это делается, что в этом нет ничего постыдного, а подготовка влияет на скорое наступление беременности и здоровье ребенка, – утверждает врач.

# Онкофертильность

или как сохранить и поддержать репродуктивное здоровье женщинам с онкологическими заболеваниями



**Цаголов Вячеслав Аланович**  
Врач-гинеколог, онколог, кандидат  
медицинских наук

Благодаря значительному прогрессу ранней диагностики и лечения большая часть пациентов репродуктивного возраста с онкологическими заболеваниями выздоравливает. Однако многие из методов лечения, которые так эффективно помогли увеличить выживаемость, имеют побочные эффекты, которые могут привести к потере фертильности (бесплодию).

- У женщин определенные методы лечения могут вызвать повреждение или недостаточность яичников, раннюю менопаузу, генетическое повреждение растущих яйцеклеток и другие репродуктивные проблемы.

- У мужчин лечение может привести к повреждению яичек и повлиять на выработку спермы.

Новые репродуктивные технологии открывают для таких пациентов возможности стать родителями, однако многие, к сожалению, недостаточно осведомлены об этих возможностях.

В большинстве случаев решение о сохранении фертильности необходимо принимать до начала лечения. Лечащий врач обязательно предоставит информацию о возможных вариантах, поможет оценить соответствие критериям и потенциальные риски, а также предоставит направления к соответствующим специалистам.

## Современные технологии сохранения фертильности

Каждый пациент уникален, поэтому влияние лечения онкологического заболевания на фертильность может варьировать. Также повлиять на принятие решения могут возраст пациента, семейное положение, личные убеждения, религиозные и культурные ограничения, прогноз и другие факторы. Все имеющиеся в настоящее время методы лечения имеют свои особенности, разную эффективность, риски и побочные эффекты. Исходя из этого, лечение для сохранения фертильности должно быть адаптировано к индивидуальным обстоятельствам и интегрировано в схему лечения основного заболевания, что требует тесного взаимодействия между лечащим врачом и репродуктологом.

## Технологии сохранения фертильности для женщин

### Криоконсервация (заморозка) эмбрионов

Во время этого процесса яичники женщины сначала стимулируются для созревания нескольких яйцеклеток, которые затем извлекают и оплодотворяют посредством экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) спермой для создания эмбрионов. Затем эмбрионы замораживают для дальнейшего использования. Весь процесс может занять до одного месяца.

### Криоконсервация яйцеклеток

Этот процесс точно такой же, как и описанный для эмбрионов, за исключением того, что яйцеклетки не оплодотворяются перед замораживанием. Это хороший вариант для одиноких женщин, у которых нет партнера-мужчины и которые не хотят использовать донорскую сперму.

### Криоконсервация ткани яичника

Один яичник или яичники целиком удаляют хирургическим путем и замораживают для последующего использования.

### Транспозиция яичников

Хирурги могут отодвинуть яичники от зоны лучевой терапии. Целью операции является перемещение яичников в ту область, где они не подвергаются излучению, но этот метод не защитит от последствий химиотерапии.

## Для женщин, которые не могут зачать или выносить ребенка существуют и другие доступные возможности.

Донорские яйцеклетки, сперма и эмбрионы:

Яйцеклетки, сперма или эмбрионы, предоставленные известным или анонимным донором.

Суррогатное материнство:

Другая женщина может выносить ребенка для семейной пары, при этом генетическими родителями будут мужчина и женщина, чьи яйцеклетки и сперматозоиды были использованы.

# ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Сохранение женского здоровья и репродуктивного потенциала в ряде случаев требует хирургического лечения. В клинике «Ваш доктор» мы придерживаемся одной из главных тенденций современной хирургии – технологии Fast Track-хирургии («быстрого пути»).

Преимуществом данного подхода является снижение уровня хирургического стресса для организма и, соответственно, быстрое восстановление пациентки после операции.

Это обеспечивается: правильной психологической подготовкой пациентки к операции, выбором адекватного метода анестезии и минимально агрессивных хирургических методик, а также эффективным обезболиванием и ускоренной мобилизацией пациентки в послеоперационном периоде.

Все операции в клинике «Ваш доктор» выполняются с соблюдением указанных стратегий.

## Операции на придатках матки при бесплодии:

- хромосальпингоскопия – проверка проходимости маточных труб;
- неосальпингостомия – восстановление проходимости маточных труб. Рассечение спаек;
- операции по поводу склерополикисто́за яичников – зуклаутеризация, фенестрация яичников;

## Операции на матке и яичниках:

- Миомэктомия;
- Субтотальная /тотальная гистерэктомия;
- Удаление кист: кист яичников, паратубарных кист и параовариальных кист;
- Оперативное лечение серозоцеле, гидросальпинксов, хирургическая стерилизация.

## Малоинвазивные технологии в диагностике и хирургическом лечении внутриматочной патологии:

- Офисная гистероскопия
- Раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии

- Гистерорезектоскопическое удаление полипов, подслизистых миоматозных узлов, рассечение внутриматочных перегородок, синехий
- Абляция эндометрия

## Операции при эндометриозе:

- Оперативное лечение при наружном генитальном эндометриозе, при спаечном процессе брюшной полости/ Коагуляция и иссечение очагов эндометриоза.

## Операции на шейке матки при различных её патологиях:

- Конизация шейки матки радиоволновая/ Биопсия шейки матки (радиоволновая, ножевая);
- Радиоволновая хирургия эрозии шейки матки;
- Высокая ампутация шейки матки с наложением швов по Штурмдорф.

## Операции при опущении половых органов:

- Традиционная кольпорафия с леваторопластикой без использования сетчатых протезов/ Манчестерская операция / Сакровагинопексия лапароскопическим доступом.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



# Бесплодие – диагноз, который перестал звучать как приговор

Бесплодие в настоящее время затрагивает миллионы людей репродуктивного возраста во всем мире. В этой статье мы ответим на вопросы, которые чаще всего задают наши пациенты



**Кертанов Сослан Русланович**  
Врач акушер-гинеколог, репродуктолог

## Когда пара должна быть направлена к репродуктологу?

Не стоит паниковать раньше времени. В большинстве случаев тактика выжидательная. Для женщин до 35 лет повод для обращения – это отсутствие беременности в течение 1 года. Для женщин старше 35 лет – в течение полугода. Если тщательное обследование обоих партнеров выявляет проблемы с зачатием естественным путем, пара должна быть направлена к репродуктологу. Лечение супругов у гинеколога и/или андролога, дольше года бессмысленно. Дальнейшее затягивание/продолжение приводит к необоснованной отсрочке обращения некоторых пар на годы. В некоторых случаях даже самое скрупулезное обследование пары не выявляет у них причины ненаступления беременности, такие пары также должны быть направлены на консультацию к репродуктологу.

## Чем грозит промедление в обращении к репродуктологу?

Чем раньше супружеская пара обращается к репродуктологу, тем лучше, так как время наш противник. С каждым менструальным циклом количество яйцеклеток уменьшается. К сожалению, повлиять на это мы не можем. Но для тех, кто не готов к рождению ребенка сейчас, но хочет иметь детей в будущем, идеально подходит программа отложенного материнства и заморозка половых клеток. Это абсолютно безопасно и не влияет на ментальное и физическое здоровье ребенка в будущем.

## Донорские яйцеклетки и сперматозоиды – одна из тревожных тем. Кто может стать донором? Как обследуют доноров?

Донорами яйцеклеток становятся здоровые женщины от 18 до 35 лет, имеющие как минимум 1 здорового ребенка. Донорами спермы могут стать здоровые мужчины в возрасте от 18 до 35 лет с нормальными показателями спермограммы. Они могут быть как не анонимными (знакомые и родственники), так и анонимными. Доноры проходят жесткий отбор. Согласно приказу 803н от 31.07.2020 года обследование для доноров спермы включает в себя: спермограмму, консультацию уролога, терапевта, кариотипирование (исследование набора хромосом), медико-генетическое консультирование (заключение врача-генетика), определение группы крови и резус – фактора, обследование на ВИЧ, гепатиты В и С, венерические заболевания. Для доноров яйцеклеток вместо консультации уролога необходимо получить консультацию гинеколога. Также донорам потребуется справка из психоневрологического и наркологического диспансеров.

## Какие заболевания исключают у доноров спермы?

Исключают как общетерапевтические (гипертензия, сахарный диабет, лёгочные заболевания, врожденные пороки развития) так и заболевания мочеполовой системы (пороки развития, воспалительные и инфекционные заболевания (в том числе половые инфекции)). Генетик в свою очередь исключает наследственную патологию. К сожалению, донорам не проводят анализ на рецессивные заболевания (то есть на носительство генетической патологии (муковисцидоз, фенилкетонурия, и т.д.). Это достаточно редкие заболевания. Как правило, доноры здоровы, но никто не защищен от рисков на все 100%, приходится довольствоваться 99,99999%.

## Как узнать о наличии вредных привычек доноров?

Достоверно – никак. Но можно судить об этом, если мы будем учитывать, что курение и алкоголь ухудшают качество спермы и такие мужчины просто не пройдут отбор. Хочу отметить, что донорам необходимо сдавать сперму несколько раз, чтобы пройти отбор. Таким образом, мы опять снижаем риски.

## Дадут ли нам описание людей, которые станут донорами, чтобы мы могли представить, как может выглядеть наш ребенок?

Конечно! Банк спермы даёт описание доноров по следующим параметрам: национальность, расовая принадлежность, образование, профессия, рост, вес, тип и цвет волос, разрез глаз, цвет глаз, форма носа, форма лица, размер одежды и обуви.



## Можно ли привести наших родственников, чтобы донорами стали они?

Родственник может стать донором, если у него нет противопоказаний. Но нужно учитывать, что в программах суррогатного материнства использовать донорский материал запрещено. Исключение – донорская сперма для одинокой женщины, у которой есть противопоказания к вынашиванию плода.

## Если оставить замороженные яйцеклетки, сперматозоиды или эмбрионы, сколько они могут храниться без риска, что с ними что-то произойдет?

Эмбрионы, яйцеклетки и сперматозоиды замораживают с помощью жидкого азота (-195°C), поэтому их хранение ограничивается жизнью обладателя биологического материала (после смерти биологический материал утилизируют). В 2020 году родилась здоровая девочка, которую заморозили на стадии эмбриона 30 лет назад. Самый критичный момент – это замораживание и размораживание. Лучше всего это переносят эмбрионы и сперматозоиды, а вот яйцеклетки более чувствительны к этой процедуре, поэтому их стоит замораживать в больших количествах.

## Суррогатное материнство как последняя надежда. Возникает множество вопросов, связанных с этим видом помощи. Кто решает, что эта женщина может быть суррогатной мамой?

Решение принимает врач-акушер-гинеколог на основании проведенного им обследования, заключения терапевта, заключения врача-генетика, справки из наркологического диспансера и справки из психоневрологического диспансера об отсутствии постановки на учёт. Также у будущей суррогатной матери должен быть как минимум один здоровый ребенок и гражданство РФ. Естественно, есть возрастные ограничения: суррогатной матерью может стать женщина

от 20 до 35 лет. Если женщина соответствует критериям, установленным законодательно, то она может быть суррогатной матерью.

## Суррогатная мать во время беременности должна жить в том же городе, что и родители, или она может жить в другом городе?

Это допустимо, чтобы суррогатная мать и потенциальные родители жили в разных городах.

## Кто контролирует суррогатную мать, кто следит за тем, чтобы она проходила все обследования (пара или клиника?)

Это зависит от условий договора, заключенного между суррогатной матерью и потенциальными родителями. Если договор заключался через агентство, то ответственность лежит на агентстве.

## Кто выбирает, где будут проходить роды?

Этот пункт также должен быть прописан в условиях договора.

Тема бесплодия несет в себе огромное напряжение для обоих супругов. В данной статье мы постарались прояснить некоторые вопросы, так или иначе встающие перед парой. Однако мы понимаем, что у каждой женщины и у каждого мужчины могут возникнуть собственные вопросы, отличные от тех, которые мы осветили выше. Первичная консультация репродуктолога не обязывает пару к принятию немедленного решения о вступлении в протокол ЭКО. Она проводится для того, чтобы пациенты могли задать все свои вопросы и получить на них прямые ответы. Достоверная информация, полученная от репродуктолога, позволяет паре принять взвешенное решение и в будущем испытать радость материнства и отцовства.

# Тонкий эндометрий

Возможности физиотерапевтического лечения



**Антонянц Эдуард Рафаилович**  
Врач физиотерапевт-реабилитолог, кандидат медицинских наук

Проблема так называемого маточного фактора бесплодия не потеряла своей актуальности в наше время. С уточнением причин неудавшейся имплантации эмбрионов сталкивается практически каждая третья супружеская пара, обратившись в клиники репродукции. Прикрепление эмбриона к слизистой тела матки (эндометрию) – многофакторный процесс. Одной из важных причин, определяющих успех наступления беременности, является качество эндометрия, которое характеризуется его структурой, толщиной, наличием признаков воспалительного процесса.

Считается, что одним из косвенных признаков неблагополучия эндометрия является его толщина и кровоснабжение в маточных и спиральных артериях.

Понятие «тонкий» эндометрий относится к ультразвуковой характеристике эндометрия, когда его толщина не соответствует фазе менструального цикла и составляет менее 8 мм в преовуляторном периоде, что оказывает выраженное негативное влияние на наступление беременности как естественным путем, так и при использовании ЭКО.

Основными причинами такого состояния эндометрия являются:

- хронический эндометрит, когда в результате воспалительных процессов происходит нарушение циклической трансформации эндометрия;
- механическая травма полости матки с последующей воспалительной реакцией в результате перенесенных внутриматочных вмешательств (выскабливаний полости матки) по поводу искусственного аборта, невынашивания беременности (замершей или неразвивающейся беременности), патологии эндометрия (гиперплазии или полипов);
- внутриматочные синехии, после удаления которых эндометрий не восстанавливается до исходного состояния, а остается функционально неполноценным;

- перенесенные операции, которые затрагивают полость матки – удаление подслизистых миом, разрушение внутриматочной перегородки, наличие рубца на матке после предшествующего кесарева сечения.

При «тонком» эндометрии физиотерапия является обязательным компонентом лечебного комплекса, а в ряде случаев – самостоятельным методом лечения.

Физиотерапия оказывает противовоспалительное, сосудорасширяющее, обезболивающее действие и улучшает питание тканей эндометрия, что увеличивает его толщину, способствует повышению его рецептивности, функциональных возможностей, а как следствие, имплантационного потенциала.

В клинике «Ваш доктор» применяются современные, преимущественно полостные физиотерапевтические методики, обладающие доказанным максимально выраженным терапевтическим эффектом:

- воздействие импульсными токами низкой частоты (интерференционными, диадинамическими, синусоидальными модулированными, флюктуирующими);
- низкочастотная магнитотерапия переменным и бегущим полем;
- воздействие ультразвуком;
- электровоздействие с тепловым эффектом (ультратонтерапия).

При выборе индивидуального комплекса физических факторов и методик обязательно учитываются:

- характер сопутствующей гинекологической и соматической патологии;
- планируемые сроки проведения попыток ЭКО (через 2-3-4 месяца, в очередном цикле).

Курс лечения в среднем составляет 15 процедур.

Период последействия составляет от 1 месяца до 3-4 месяцев.

## УПРАВЛЯЕМАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ТЕСТИКУЛЯРНЫХ ВЕН

### ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле – заболевание, при котором происходит патологическое варикозное расширение вен яичек и семенного канатика. Данная болезнь у мужчин встречается достаточно часто. Самое печальное и неприятное последствие патологии – бесплодие. Вылечить варикозное расширение семенной вены возможно исключительно оперативным путем.

#### Преимущества:

- Малая вероятность развития рецидива
- Проводится под местной анестезией
- Небольшая длительность (около 1 часа)
- Проводится под рентген контролем
- Не требует госпитализации

В клинике «Ваш доктор» эмболизация тестикулярных вен проводится в комфортных для пациента условиях и выполняется опытными профессионалами.

**8 (8672) 53-03-03**

Клиника «Ваш доктор», РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Тамаева, 51

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ





# Ультразвуковая диагностика во время беременности



**Бирагова Серафима Иосифовна**  
Врач ультразвуковой диагностики

Значение ультразвуковой диагностики во время беременности вряд ли можно переоценить. Высокоинформативный, неинвазивный, безопасный метод диагностики, позволяющий акушеру-гинекологу и маме на протяжении всей беременности мониторить состояние плода и всех структур, важных для его развития – что может быть лучше? Широкое распространение и доступность также являются преимуществами данного метода. Первое УЗИ при подозрении на беременность направлено на то, чтобы подтвердить или исключить ее, а при подтверждении уточнить локализацию (маточная/вне-маточная), количество плодов и срок беременности. С этим заключением пациентка чаще всего и обращается в женскую консультацию для постановки на учет.

Согласно приказу 1130н от 20.12.2020 года, скрининговые УЗИ при беременности проводятся всем беременным два раза: первый скрининг – в сроки 11-13 недель 6 дней, второй скрининг – в сроки 18-22 недели. В прежнем приказе был указан еще и третий скрининг, который проводился в сроки 30-34 недели. В настоящее время его проводят по рекомендации акушера-гинеколога или по желанию женщины. О ценности данного скрининга будет сказано чуть ниже.

**Первый скрининг.** Сроки проведения первого скрининга строго регламентируются 11 неделями и 13 неделями 6 днями. Этому есть объяснение. Поскольку первый скрининг ставит своей целью оценку вероятности рождения ребенка с хромосомными аномалиями, которые могут быть несовместимы с жизнью и могут стать показаниями к прерыванию беременности.

В этом скрининге особое значение имеют два параметра. Первый из них – толщина воротникового пространства, которая измеряется по задней стенке шеи плода. И в норме не должна превышать 2,5 мм. Изменения толщины воротникового пространства, ее увеличение, наблюдаются у плода только до 13 недель 6 дней. Каким бы ни было это пространство между 11 и 13 неделями, даже если оно составляло 3-4 мм, то есть значительно превышало норму, к 13 неделям 6 дням оно может уменьшиться до нормальных значений. Однако это не говорит

о том, что все в порядке. Это говорит о том, что теперь мы не можем опереться на этот критерий.

Второй параметр – носовая кость плода. До 11 недель беременности спинка носика плода представлена хрящевой тканью, невидимой для УЗИ. Начиная с 11 недели, хрящевая ткань спинки носика замещается костной тканью, которую уже можно увидеть на УЗИ. При синдроме Дауна не происходит полноценного формирования носовой кости. Это не говорит о том, что у ребенка нет или не будет носика. Он будет, но он будет «мягким», поэтому отсутствие или гипоплазия носовой кости в сроках 11 недель – 13 недель 6 дней – является одним из маркеров данной патологии.

В первый скрининг входит также доплерометрия маточных артерий, в ходе которой производится измерение пульсационного индекса. Женщины, у которых в ранних сроках беременности выявляются нарушения кровотока в маточных артериях, входят в группу риска по развитию преэклампсии – осложнения, опасного как для матери, так и для плода. Кроме доплерометрии беременным в этих сроках рекомендуется сдать анализ крови, в котором определяют PLGF – плацентарный фактор роста. Он также является маркером риска развития преэклампсии. Своевременное выявление женщин с высокими рисками позволяет назначить им соответствующее лечение и предотвратить развитие этого грозного состояния.

**Второй скрининг.** К срокам 18-22 недели беременности все органы малыша уже бывают сформированы и их можно хорошо рассмотреть. УЗИ исследование в эти сроки позволяет установить, насколько в целом благоприятно протекает беременность и определить основные врожденные пороки развития центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, мочеполовой, пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата, скелетные дисплазии. Помимо этого, оцениваются экстраэмбриональные структуры (локализация, толщина, структура плаценты, количество околоплодных вод) и проводится цервикометрия (оценка состояния шейки матки), что актуально у женщин с истмико-церви-



кальной недостаточностью. На основании фетометрических показателей можно оценить соответствует ли развитие плода сроку беременности, нет ли отставания, что в целом позволяет врачу акушеру-гинекологу определить дальнейшую тактику ведения данной женщины.

**Третий скрининг.** Как было сказано в начале статьи, ультразвуковое исследование в 30-34 недели выполняется по рекомендации акушера-гинеколога или желанию женщины. Данный скрининг позволяет оценить рост, развитие, предполагаемую массу плода, состояние плаценты, количество околоплодных вод (маловодие/многоводие), а также в ходе доплерометрии оценить маточно-плацентарный кровоток. Кроме того, во время данного скрининга можно определить поздно манифестирующие пороки развития плода, к которым относятся обструкция толстого или тонкого кишечника, различные кисты внутренних органов, гемангиомы, тератомы, очаги кровоизлияний в головной мозг, гидроцефалия, аневризма вены Галена и различные дисплазии опорно-двигательного аппарата. Эти пороки можно увидеть только после 28 недель, поэтому они и называются позднеманifestирующими.

Своевременное проведение скрининговых УЗИ, а также УЗИ-наблюдение в динамике обеспечивает акушера-гинеколога необходимой информацией, позволяющей ему корректировать тактику ведения беременной. Это дает возможность сохранить и пролонгировать беременность, а в более поздние сроки провести адекватную подготовку к родам и выбрать наиболее благоприятный для мамы и ребенка способ родоразрешения.



# Беременность и питание

До, во время, после



**Еналдиев Габриель Николаевич**  
Врач эндокринолог-терапевт,  
автор программы по коррекции массы тела «Пищевая независимость»

Планирование беременности – подготовка матери и отца к зачатию – во многом определяет здоровье будущего малыша и минимизирует угрозу для здоровья мамы в период беременности и после родов. Подтверждена связь между сбалансированным питанием женщины и благоприятным вынашиванием плода.

**Дефицит или избыток пищевых веществ** могут привести к таким последствиям, как невынашивание беременности, задержка внутриутробного развития, преждевременные роды, аномалии развития органов младенца.

Избыточную массу тела имеют 30-60% женщин репродуктивного возраста. У 27% имеется ожирение. Избыточная масса тела и ожирение при беременности являются факторами риска осложнённого течения беременности и родов, анемии, преэклампсии, преждевременных и оперативных родов, рождения крупных плодов. К заболеваниям, связанным с питанием, у женщин детородного возраста относят сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, гиповитаминоз, авитаминоз, анемию, остеопороз и другие.

Основными последствиями нарушений питания женщин детородного возраста являются дефицит фолиевой кислоты, цинка, железа, магния, йода, кальция и полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 и омега-6), поэтому прием адекватных количеств витаминов и минеральных веществ является важным условием для поддержания репродуктивного здоровья.

**Фолиевая кислота** предупреждает развитие у плода дефектов нервной системы, а также гипотрофии и недоношенности. Она необходима для процессов эмбриогенеза и нормального образования клеток крови. Суточная потребность в фолиевой кислоте у беременной составляет 400 мкг. Основным источником фолиевой кислоты является зелень (шпинат, салат, капуста, брокколи). В большинстве случаев фолиевой кислоты, получаемой из продуктов питания, недостаточно.

В связи с этим для процессов эмбриогенеза требуется дополнительный прием препаратов фолиевой кислоты. Начать прием их лучше еще до наступления беременности.

**Дефицит кальция** может приводить к артериальной гипотензии, преэклампсии, остеопорозу, нарушению формирования костей у ребёнка, а избыток кальция, поступающий при неконтролируемом приеме БАДов, может приводить к отложению кальция в плаценте, преждевременному закрытию швов и родничков черепа плода. Суточная потребность в кальции у беременной составляет 1000 мг. Основным источником кальция являются молочные продукты (сыр, творог, молоко и др.).

**Недостаток железа** приводит к анемии, нарушениям когнитивных функций и иммунитета у женщины, проблемам с вынашиванием ребенка, увеличивает вероятность рождения ребёнка с проявлениями железодефицита. Суточная потребность в железе у беременной составляет 18 мг. Основным источником железа является красное мясо.

**Йодный дефицит** приводит к эндемическому зобу с гипотиреозом, замедлению обмена веществ, угрозе прерывания беременности, а также повышает риск формирования врожденных пороков развития плода, физическому и умственному отставанию ребёнка. Суточная потребность в йоде до беременности составляет 150 мкг, после зачатия потребность в йоде увеличивается и составляет 200-250 мкг.

**Полиненасыщенные жирные кислоты** являются структурными элементами клеточных мембран. Омега-6 содержится практически во всех растительных маслах, омега-3 – в жирных сортах рыб и некоторых морепродуктах.

Также нужно отметить, что во время беременности у многих женщин появляются проблемы с нормальным

опорожнением кишечника, развивается склонность к запорам. Для нормальной работы кишечника необходимо включать в ежедневный рацион неусвояемые углеводы, которые содержатся в оболочке злаков, овощах и фруктах, а также кисломолочные продукты и пробиотики.

## Питание во время беременности

Одной из серьёзных медицинских проблем при беременности является увеличение массы тела женщины. Оптимальным увеличением массы тела считают 11-13 кг за весь период беременности. При индексе массы тела к моменту наступления беременности менее 18,5 диапазон общей прибавки массы тела должен составлять 12-18 кг, при ИМТ до 25 прибавка массы тела 11-16 кг, при избыточной массе тела диапазон общей прибавки массы тела должен составлять 7-11,5 кг, при ожирении первой степени диапазон прибавки массы тела составляет 5-9 кг. Наибольшая прибавка массы тела должна приходиться на 2-3 триместры.

Значительное превышение этих величин может явиться причиной ожирения и других форм метаболического синдрома, сохраняющегося и после родов. Также и меньшее увеличение массы тела женщины свидетельствует о нарушениях здоровья женщин и может быть сопряжено с дефектами развития плода.

Особенности питания беременной женщины обусловлены формированием системы мать-плод. Плацента отвечает за доставку пищевых веществ в течение всей беременности. На рост и работоспособность плаценты оказывает прямое влияние нутритивный статус матери до беременности и на очень ранних сроках.

**Рост и развитие плода требуют его адекватного снабжения энергией и всем комплексом незаменимых и заменимых факторов питания. Вместе с тем важно обеспечить всеми необходимыми пищевыми веществами самой беременной женщины.**

**В первом триместре** беременности энергетические траты женщины возрастают незначительно, она продолжает вести активный образ жизни. В этот период необходимо разнообразие рациона, обогащение его необходимыми витаминами и микроэлементами. На начальных этапах беременности нередко возникает извращение аппетита (потребность в солёном и кислом, желание есть мел, скорлупу яиц и другое).

**Второй и третий триместры** характеризуются существенным повышением потребности в энергии и пищевых веществах. Повышение потребности в питательных веществах обусловлено значительным увеличением плода и ростом плаценты. Дополнительно беременная женщина во второй половине беременности должна получать 350 ккал, 30 г белков, 30 г углеводов, 12 г жиров.

Важным является контроль за потреблением соли, способствующей развитию отёков и артериальной гипертензии.

**Для ежедневного употребления** беременным рекомендуется говядина, свинина, баранина не жирные, мясо птицы, за исключением мяса утки и гуся, молоко, сметана, кефир, творог и сыры, растительные масла, картофель, все виды капусты, морковь, свекла, огурцы, кабачки, петрушка и другая зелень, томаты, яблоки, груши, бананы, хлеб ржаной или пшеничный, крупы (рис, пшено, овсяная крупа, гречневая и другие). Макароны из твёрдых сортов пшеницы, чай, кондитерские изделия (пастила, мармелад, зефир).

К продуктам, которые не рекомендуется включать в рацион, относят: мясо утки и гуся, люля-кебаб, копчёные колбасы, закусочные консервы, рыбные деликатесы, бараний жир, сало, майонез, кулинарные жиры, продукты, приготовленные во фритюре, пончики, чебуреки, торты, пирожные, чипсы, маринованные овощи и фрукты, молоко без термической обработки.

## Питание во время лактации

Во время лактации, особенно в первый месяц, когда объём молока может достигать литра и более, требуется увеличение количества энергии и питательных веществ. В этот период дополнительно необходимо получать 500 ккал энергии, 40 г белков, 40 г углеводов, 15 г жиров.

Следует отметить, что наличие в рационе кормящей матери большого количества сладостей, солёных продуктов способно оказывать существенное влияние на становление вкусовых предпочтений младенца.

Таким образом, правильное сбалансированное питание беременной и кормящей женщины является залогом здоровья не только ее самой, но и ее малыша на всю его жизнь.



# Гестационный сахарный диабет



Мкртычева Софья Валерьевна  
Врач-эндокринолог

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критерию «манifestного» СД

## Причины развития гестационного сахарного диабета

Во время беременности с каждым днем нарастает инсулинорезистентность, которая является основной причиной развития ГСД. Главную роль в этом процессе играют фетоплацентарные гормоны (плацентарный лактоген и прогестерон) и гормоны матери (кортизол, эстрогены, пролактин), концентрация которых в крови также возрастает с увеличением сроков беременности. Данный процесс компенсируется повышенной продукцией эндогенного инсулина матери. Инсулинорезистентность усугубляется увеличением калорийности принимаемой матерью пищи, снижением физической активности, а также прибавкой веса. При наследственной предрасположенности к СД 2 типа и ожирению, секреция инсулина становится недостаточной для преодоления инсулинорезистентности, что приводит к появлению гипергликемии.

Можно ли заранее оценить риск развития ГСД? Да, так как существуют факторы риска этого заболевания. К ним относятся:

- Возраст (старше 30)
- Избыточная масса тела или ожирение и привычно низкая физическая активность
- Набор массы тела во время беременности выше допустимых значений (в зависимости от изначальной массы тела за всю беременность допускается прибавка от 9 до 18 кг)
- Наличие родственников с сахарным диабетом 2 типа или ГСД на фоне беременности
- Гестационный СД и/или рождение крупного ребенка в предшествующую беременность
- Артериальная гипертензия ( $\geq 140/90$  мм рт. ст.)
- Нарушение обмена холестерина
- Синдром поликистозных яичников
- Азиатское, афроамериканское, латиноамериканское или индейское происхождение
- Бессимптомная глюкозурия (выделение глюкозы с мочой) при нормальном сахаре крови

## Клиническая картина

В большинстве случаев ГСД не проявляется клинической картиной, характерной для дебюта СД, или симптомы гипергликемии могут расцениваться пациенткой как проявления беременности, например, частое мочеиспускание.

## Диагностика

Диагностика нарушения углеводного обмена во время беременности проводится следующим образом:

1. При первом обращении беременной к врачу любой специальности на сроке с 6-7 недели до 24 недель рекомендуется определение глюкозы венозной плазмы натощак.
2. Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24 и 28 неделями рекомендуется проводить пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы (тест может быть проведен вплоть до 32 недели беременности).

## Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД

ГСД, при первичном обращении	
Глюкоза венозной плазмы <sup>1</sup>	ммоль/л
Натощак	$\geq 5,1$ , но $<7,0$
ГСД, в ходе ПГТТ с 75 г глюкозы на 24 – 28 неделе беременности	
Глюкоза венозной плазмы <sup>2</sup>	ммоль/л
Натощак	$\geq 5,1$ , но $<7,0$
Через 1 ч	$\geq 10,0$
Через 2 ч	$\geq 8,5$ , но $<11,1$

1. Исследуется только уровень глюкозы в венозной плазме. Использование проб цельной капиллярной крови не рекомендуется.

2. По результатам ПГТТ для установления диагноза ГСД достаточно хотя бы одного значения уровня глюкозы венозной плазмы из трех, которое было бы равным или выше порогового. При получении аномальных значений в исходном измерении нагрузка глюкозой не проводится; при получении аномальных значений во второй точке третьего измерения не требуется.

ПГТТ – безопасный нагрузочный диагностический тест. Во время беременности в ходе ПГТТ проводится определение глюкозы венозной плазмы: натощак, через 1 и 2 часа после нагрузки.

Противопоказания к проведению ПГТТ:

- ГСД/манifestный сахарный диабет, установленный до 24 недели беременности;
- Синдром мальабсорбции (синдром резецированного желудка, бариатрические операции, демпинг-синдром);
- Рвота, тошнота;
- Острое воспалительное или инфекционное заболевание;
- Обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- Строгий постельный режим в стационаре в связи с акушерскими осложнениями (угроза прерывания беременности, наложение швов на шейку матки, инфузии  $\beta_2$  адреномиметиков, профилактики дистресс-синдрома новорожденного).

## Лечение:

1. Модификация образа жизни:

- Питание с полным исключением легко усваиваемых углеводов и ограничением жиров.

Рекомендованное количество углеводов: 175 г для адекватного обеспечения потребностей матери и плода или не менее 40% от расчетной суточной калорийности питания под контролем гликемии и кетоновых тел в моче.

При появлении кетонурии увеличить количество разрешенных углеводов. Углеводы распределяются на 3 основных приема пищи и 2-3 перекуса в день. Каждый прием пищи должен содержать медленно усваиваемые углеводы, белки, моно – и полиненасыщенные жиры, пищевые волокна. Суточное количество пищевых волокон должно быть не менее 28 граммов суммарно из клетчатки, разрешенных овощей, фруктов, листовых салатов, злаковых и отрубей.

- Дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 минут в неделю, плавание в бас-

сейне, акваэробика и йога для беременных, скандинавская ходьба.

2. Ежедневный самоконтроль гликемии с помощью портативных приборов (глюкометров), калиброванных по плазме: натощак, через 1 час от начала основных приемов пищи, если пациентка находится только на диетотерапии.

Цели гликемического контроля:

- глюкоза плазмы натощак/перед едой/на ночь/ночью  $<5,1$  ммоль/л;
- глюкоза плазмы через 1 час после еды  $<7,0$  ммоль/л.

Самоконтроль кетонурии 1 раз в 2 недели.

## Ведение родов при ГСД

- Плановая госпитализация в стационар.
- Срок и метод родоразрешения определяются акушерскими показаниями.
- ГСД не является показанием для операции кесарева сечения.

Рекомендуется руководствоваться общепринятыми в акушерстве показаниями к абдоминальному родоразрешению.

## Тактика после родов при ГСД

- После родов у всех пациенток с ГСД отменяется диета;
- В течение первых 2 суток после родов обязательное измерение уровня глюкозы венозной плазмы натощак с целью выявления возможного нарушения углеводного обмена;
- Через 4–12 недель после родов всем женщинам с уровнем глюкозы венозной плазмы натощак  $<7,0$  ммоль/л проводится ПГТТ с 75 г глюкозы (исследование глюкозы плазмы натощак и через 2 ч после нагрузки);
- Диета, направленная на снижение массы при ее избытке;
- Расширение физической активности;
- Планирование последующих беременностей. Необходимо информирование педиатров о необходимости контроля за состоянием углеводного обмена и профилактики СД 2 типа у ребенка, мать которого перенесла гестационный сахарный диабет.

Будьте внимательнее к своему здоровью, придерживайтесь принципов рационального питания и расширяйте свою физическую активность. Период планирования и сама беременность – отличное время для этого!

# Анемия беременных

как выявить истинные и скрытые (латентные) формы анемии



Макоева Мадина Аслановна  
Врач-гематолог

Если говорить об анемии, возникающей во время беременности, то важно понимать, что при нормально протекающей беременности уровень гемоглобина может немного снижаться, что не требует назначения препаратов железа. Основная причина «лже-анемии» – увеличение объема жидкой части крови, при этом общее содержание гемоглобина в организме не снижается, в отличие от истинных анемий.

Согласно действующим рекомендациям, нормальным могут считаться следующие значения гемоглобина:

1-й триместр – не ниже 110 г/л;

2-й триместр – не ниже 105 г/л (по некоторым данным, не ниже 97 г/л);

3-й триместр – не ниже 110 г/л (по некоторым данным, не ниже 97 г/л).

Попытки самостоятельно интерпретировать результаты анализа неспециалистами могут привести к неправильным выводам, так как значение имеет не только уровень гемоглобина, но и то, как «выглядят» эритроциты в общем анализе крови, а именно объем (MCV), содержание (MCH) и концентрация (MCHC) гемоглобина в них.

На практике, к сожалению, чаще встречаются истинные анемии, и самыми частыми из них являются анемии, связанные с дефицитом железа.

## Здесь есть несколько важных моментов.

**Во-первых**, реально уровень запасов железа отражает не анализ на содержание железа в сыворотке крови, а уровень ферритина и некоторые более тонкие показатели обмена железа.

**Во-вторых**, нижняя граница нормы ферритина в большинстве лабораторий 30 нг/мл. Но беременной женщине желательнее иметь не просто нормальный, а очень хороший уровень ферритина, свидетельствующий о достаточных запасах железа в ее организме. Связано это с тем, что в третьем триместре плод начинает активно создавать свои запасы железа, «забирая» его у матери. Кроме того, ей предстоит некоторая потеря железа с кровью при родоразрешении и при грудном вскармливании.

**В-третьих**, нужно помнить, что вместе с ферритином мы всегда оцениваем уровень С-реактивного белка, чтобы избежать ложно-нормальных или ложно-завышенных результатов.

**В-четвертых**, низкий уровень ферритина при нормальном уровне гемоглобина свидетельствует о латентном дефиците железа, который требует обязательной коррекции препаратами железа.

Дефицит железа – латентный или явный – обязательно нужно восполнить. Это важно, в первую очередь, для ребенка. Если плод не запасется достаточным количеством железа внутриутробно, то в будущем, если проблема своевременно не выявится, ребенок может столкнуться с проблемами с запоминанием и концентрацией внимания, и, конечно, с анемией, а у девочек при беременности может повториться история мамы.

Дефицит железа лечится только препаратами железа!

В мясе и субпродуктах оно содержится в правильной форме, но в количестве, недостаточном для качественного восполнения запасов. В растительных продуктах (свекла, гречка) железо содержится в форме, плохо доступной для усвоения.

Наряду с железodefицитной анемией у беременных довольно часто встречаются витамин В12-дефицитные состояния.

Учитывая важнейшую роль, которую играют витамины группы В для пра-



вильного развития нервной системы плода, думаю, можно смело рекомендовать рутинное исследование витамина В12 и фолиевой кислоты в комплексе с ферритином и С-реактивным белком всем беременным с выявленной анемией.

Важно помнить, что дефицитные состояния очень часто связаны с патологией желудочно-кишечного тракта. После разрешения беременности и восстановления следует посоветоваться с лечащим врачом о целесообразности эндоскопического исследования желудка и кишечника.



# Планирование беременности при вирусных гепатитах



**Гипаева Галимат Абдурашидовна**  
Врач инфекционист, кандидат медицинских наук, доцент

В настоящее время вирусные гепатиты по-прежнему остаются огромной медико-социальной проблемой и относятся к числу повсеместно распространенных болезней как в нашей стране, так и во всем мире. Высокая заболеваемость, поражение лиц репродуктивного и наиболее трудоспособного возраста, разнообразие клинических форм, частая хронизация процесса, значительные расходы государства на лечение – все эти факторы определяют широкий интерес исследователей к вопросам диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), предположительно 325 млн человек в мире живут с хронической инфекцией, вызванной вирусами гепатитов В (ВГВ) или С (ВГС).

Среди больных парентеральными вирусными гепатитами немало женщин и мужчин, готовых создать семью и иметь детей. Если в семье кто-то из будущих родителей болен гепатитом В или С – это не противопоказание к планированию беременности и рождению детей.

Обследование беременных на ВГВ и ВГС регламентировано санитарными правилами. Частота выявления ВГВ у беременных несколько меньше частоты выявления антител к ВГС.

## Существуют 3 возможных пути передачи вируса гепатита В от инфицированной матери к ребенку:

- перинатально (внутриутробно или трансплацентарно);
- интранатально (во время родов);
- постнатально (во время ухода за детьми).

Наиболее часто передача вируса происходит во время, или непосредственно перед родами, в связи с этим своевременно проведенные профилактические мероприятия предотвращают инфицирование новорожденных в 80-95% случаев. Риск передачи ВГВ во время родов зависит от количества вируса в крови матери (ДНК ВГВ) и наличия HBeAg.

В соответствии с национальным календарем прививок детей, рожденных от HBsAg-положительных (маркер ВГВ) матерей вакцинируют по схеме 0-1-2-12 месяцев. Вакцинацию сочетают с введением специфического иммуноглобулина (Ig), новорожденные в течение 12 часов получают одну дозу Ig и первую дозу вакцины против ВГВ. По данным ВОЗ программа по скринингу беременных и пассивно-активная иммунопрофилактика новорожденных позволили сократить передачу ВГВ на 10%. Тем не менее, при высоком уровне материнской ДНК ВГВ в крови (более 200000 МЕ/мл), отмечаются случаи неудачи иммунопрофилактики. В таких случаях беременной в III триместре должна быть рекомендована противовирусная терапия препаратами из группы нуклеозидных/нуклеотидных аналогов.

Несмотря на то что HBeAg был обнаружен в грудном молоке, грудное вскармливание не увеличивает риск передачи ВГВ новорожденному. Таким образом, дети, которым введен Ig и первая доза вакцины против ВГВ, могут находиться на естественном вскармливании.

При ВГС единственным источником инфекции является человек, больной острым или хроническим гепатитом. Один из путей естественного заражения вертикальный, т.е. передача вируса от матери к ребенку. Этот путь при ВГС

реализуется реже, чем при ВГВ, что связано с более низкой концентрацией вируса С в биологических субстратах. Риск заражения ребенка серопозитивной матерью составляет в среднем около 2%, увеличивается до 7% при выявлении в крови беременной вирусной РНК, до 10% если женщина практикует внутривенное введение наркотических средств и до 20% в случае регистрации у беременной ко-инфекции ВИЧ/ВГС. При этом наличие ВГС у беременной не является противопоказанием к естественным родам. Новорожденным, родившимся от инфицированных матерей, проводятся все профилактические прививки в соответствии с национальным календарем. Также наличие ВГС у матери не является противопоказанием к грудному вскармливанию, если женщина ВИЧ-негативна и не употребляет наркотические препараты. Нет необходимости в ограничении бытовых контактов, исключение составляют лишь те, которые могут повлечь за собой контакт с инфицированной кровью.

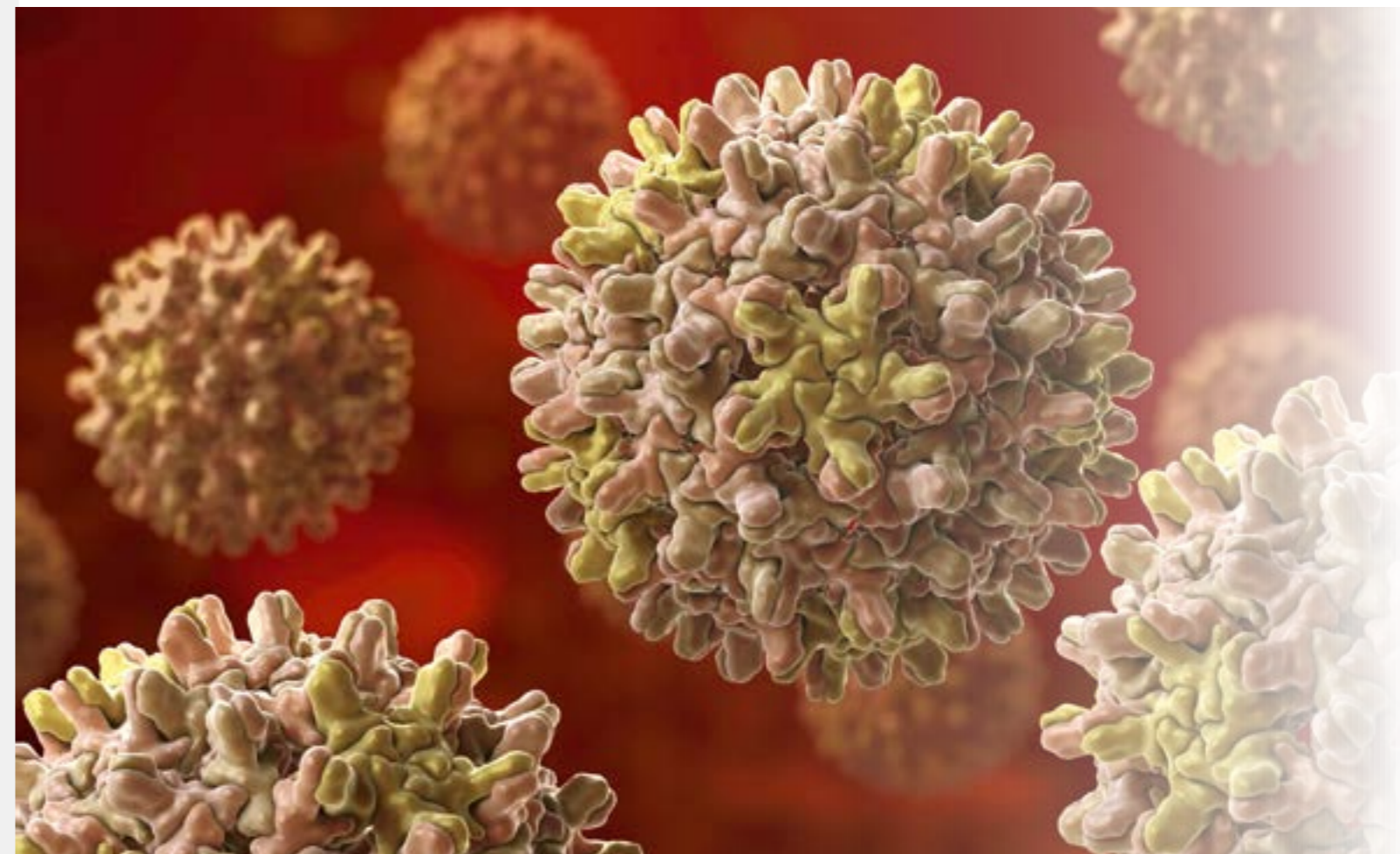
В настоящее время наступила новая эра в противовирусной терапии ВГС, создана большая группа препаратов прямого противовирусного действия (ПППД), что позволяет значительно повысить эффективность лечения (при использовании некоторых схем до 90-95%). Данная группа препаратов демонстрирует высокий профиль безопасности, снижает риск развития цирроза печени, но в отличие от ВГВ применение противовирусной терапии ПППД во время беремен-

ности противопоказано, поэтому оптимальным является обращение за медицинской помощью при планировании беременности.

Беременные с острым ВГВ и ВГС подлежат обязательной госпитализации в инфекционные стационары, а роженицы – в городские наблюдательные родильные дома (палаты), где обеспечивается противоэпидемический режим.

Важно помнить, что вирусы гепатита В и С не являются противопоказанием к планированию детей, не влияют на развитие плода и не увеличивают риск врожденных аномалий и мертворождений.

Таким образом, наличие вирусного гепатита не является показанием для прерывания беременности.



# Аллергические заболевания во время беременности



**Болиева Лаура Зелимхановна.**

Врач аллерголог-иммунолог, пульмонолог, доктор медицинских наук, профессор

Распространенность аллергических заболеваний у беременных составляет, по данным разных авторов, до 30%. Наиболее частые проявления аллергии при беременности следующие: со стороны респираторного тракта – аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА), со стороны кожи и подкожной клетчатки – крапивница, ангионевротический отек, атопический дерматит (АД). Но необходимо помнить, что целый ряд неаллергических заболеваний у беременных может иметь сходные с аллергической патологией симптомы.

Течение аллергии при беременности вариабельно. Известно, что примерно у трети беременных может наступить спонтанное улучшение, при этом у 35-50% может наблюдаться ухудшение течения заболевания.

**Назальные симптомы** (заложенность носа, ринорея, сухость слизистой полости носа и др.) у беременных при отсутствии признаков инфекции верхних дыхательных путей могут быть обусловлены как аллергическим ринитом, так и ринитом беременных, развитие которого связывают с повышением уровней половых гормонов.

Симптомы АР в период беременности переносятся более тяжело, они значительно снижают качество жизни, вызывают гипоксию, нарушают повседневную активность и сон. Часто для облегчения симптомов ринита используют назальные деконгестанты (ксилометазолин, оксиметазолин и др.), однако применения этих препаратов во время беременности следует избегать. Имеются данные, что деконгестанты способны проникать в системный кровоток и уменьшать плацентарное кровообращение. Кроме того, не исключено тератогенное действие ряда деконгестантов как системного, так и интраназального применения.

Бронхиальная астма может оказывать негативное влияние на течение беременности и развитие плода и ассоциируется с возрастанием риска преэклампсии, плацентарной недостаточности, увеличением частоты преждевременных родов, кровотечений, материнской смертности. Как правило, ухудшение течения и обострения БА отмечаются с 24–36-й недели бере-

менности. Именно на этом сроке гестации происходят уплощение диафрагмы, некоторое повышение внутригрудного давления за счет растущей матки и рост потребности в кислороде (примерно на 30%). Обычно ухудшение контроля или обострения БА развиваются при отсутствии адекватной базисной терапии. Базисная терапия БА обязательно должна быть продолжена во время беременности, при этом у 42% беременных с БА средней или тяжелой степени тяжести может потребоваться усиление базисной противоастматической терапии.

Типичными проявлениями алергодерматозов являются **кожный зуд**, нередко мучительный и приводящий к нарушению сна и астеноневротическим расстройствам, **кожные высыпания** и **сухость кожи**. В период беременности у женщин, не страдающих аллергическими заболеваниями, могут возникнуть неаллергические гестационные зудящие дерматозы – зуд беременных, чесуха беременных, полиморфный дерматоз беременных.

Для эффективного лечения аллергических заболеваний и профилактики осложнений необходимо своевременно, желательно еще при планировании беременности, обратиться к врачу аллергологу-иммунологу. Адекватная базисная терапия позволит обеспечить стабильное течение заболевания без обострений в период беременности и снизит риски возможных осложнений.

Если аллергическое заболевание впервые возникло при беременности, возможно проведение всего комплекса диагностических мероприятий, за исключением исследований *in vivo* (кожные пробы, провокационные тесты и др.), для постановки диагноза и назначения терапии.

Лечение аллергических заболеваний складывается из мероприятий по элиминации аллергенов и триггеров и лекарственной терапии.

Удаление аллергенов и триггеров является обязательной частью лечения, так как эти меры способствуют уменьшению выраженности, а иногда и полному купи-

рованию симптомов и снижению потребности в лекарственных средствах. Индивидуальные рекомендации по необходимому объему элиминационных мероприятий дает врач. Всем беременным с АР и БА можно рекомендовать использовать очистители воздуха, учитывать факторы, провоцирующие приступы БА: резкие запахи, физические нагрузки, пищевые добавки, медикаменты и др. Категорически запрещается активное и пассивное курение.

Если симптомы аллергии не контролируются полностью элиминационными мероприятиями, необходимо назначить медикаментозное лечение.

**Лекарственная терапия беременной проводится только по назначению врача, самолечение недопустимо.**

Для облегчения симптомов можно рекомендовать ряд безрецептурных средств.

Микродисперсный порошок целлюлозы в спрее-дозаторе защищает от развития аллергии, предотвращая контакт слизистой полости носа с аэроаллергенами (пыльца растений, домашняя пыль, эпидермальные аллергены животных и др.) и поллютантами. Действует как естественный барьер по отношению к аэроаллергенам, препятствуя развитию аллергии.

Для увлажнения слизистой оболочки носа можно использовать средства, содержащие гиалуроновую кислоту, препараты из морской воды с содержанием солей в изотонической концентрации. Применять масла (персиковое, льняное) нужно очень ограничено, так как длительное применение масел может пагубно отразиться на работе «ресничек» слизистой – они начинают терять свою подвижность.

Для лечения АД, а также при сухости кожи, неаллергических зудящих дерматозах обязательно назначаются эмоленты – топические увлажняющие и смягчающие средства. Эмоленты достаточно эффективны для контроля симптомов и безопасны как в отношении плода, так и самой женщины. Выбор средства зависит от особенностей морфологии кожного процесса и определяется его составом и лекарственной формой.

**Абсолютно доказано, что наличие аллергического заболевания не является противопоказанием для беременности и рождения здорового ребенка.**



# Синдром обструктивного апноэ сна и беременность



**Даурова Мадина Даурбековна**  
Врач сомнолог, кандидат медицинских наук

У беременной женщины храп может быть одним из проявлений синдрома апноэ сна – серьезной проблемы, негативно влияющей как на будущую маму, так и на плод. В данной статье речь пойдет о причинах, осложнениях, диагностике и лечении храпа и апноэ у женщин в период беременности.

## Что такое храп и апноэ?

Храп возникает из-за вибрации мягких тканей дыхательных путей при прохождении через них потока воздуха из-за сужения просвета верхних дыхательных путей или излишнего расслабления мышц гортани. Согласно статистике, почти 60% беременных храпят вследствие набора веса, увеличения кровенаполнения носоглотки и других физиологических изменений, свойственных женщинам в период беременности. Неосложненный храп (без нарушений дыхания) не опасен и, как правило, после родов исчезает. Осложненный храп сочетается с нарушениями нормального процесса дыхания и является одним из симптомов синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС).

Апноэ сна называют преходящие остановки дыхания во сне, эпизоды которых длятся более 10-15 секунд, количество которых при тяжелой форме заболевания может достигать нескольких сотен за ночь. Суммарно за одну ночь беременная может не дышать 2-3 часа, соответственно, ее организм испытывает сильный стресс из-за кислородного голодания. Каждый вдох после остановки дыхания сопровождается микро-пробуждением: они практически никогда не запоминаются, но не позволяют организму полноценно отдохнуть и восстановиться. Плод также начинает страдать от кислородного голодания (гипоксии).

## Причины храпа и СОАС у беременных

Возможно два варианта развития событий:

- В первом случае женщина храпела и до беременности, а во время беременности ситуация значительно усугубилась
- Во втором случае, когда до беременности женщина не храпела, сама беременность вызвала ряд изменений в организме, которые, в свою очередь, способствовали развитию храпа и синдрома обструктивного апноэ сна

## К явным факторам риска возникновения апноэ относятся:

1. Избыточная масса тела. В идеале женщина должна набрать за беременность не более 10 кг. Но нередки случаи, когда беременные набирают и 20-30, и даже 40 кг. У таких женщин развивается выраженная степень ожирения, при этом жир откладывается практически везде, включая мягкие ткани шеи вокруг дыхательных путей, что приводит к их сдавлению. Сами структуры глотки (мягкое небо, миндалины) также способны накапливать жир и сужать просвет глотки.

2. Отеки. Они делятся на физиологические, обусловленные повышенной гидрофильностью тканей во время беременности, и патологические – обусловленные заболеваниями почек, преэклампсией. Отеки физиологического и патологического характера также сужают просвет дыхательных путей из-за набухания слизистой оболочки стенок глотки.

3. Возникновение «ринита беременных», что приводит к ухудшению носового дыхания. Повышение уровня женских гормонов во время беременности в числе прочего приводит к переполнению тканей кровью и отеку слизистых носоглотки. В результате сужаются верхние дыхательные пути и затрудняется носовое дыхание.

4. Смещение диафрагмы вверх. Этот процесс уменьшает на четверть емкость легких, что способствует более тяжелому кислородному голоданию на фоне проблем с дыханием.

## К чему может привести апноэ сна беременной?

Кислородное голодание у плода (при СОАС у матери):

- вызывает задержку роста, нарушения и аномалии в развитии
- в тяжелых случаях угрожает жизни
- плод при гипоксии может быть слишком активным, что чревато обвитием пуповины вокруг его шеи или неправильным положением в утробе матери

Для женщины СОАС опасен:

- повреждением сосудов
- нарушением в работе сердца и других органов
- появлением головных болей, сонливости, забывчивости
- возникновением синдрома хронической усталости
- преэклампсией и эклампсией в третьем триместре беременности
- развитием гестационного диабета

В большинстве случаев апноэ, появившееся во время беременности, проходит после родов, так как уменьшается отек слизистой и снижается вес. Значительное уменьшение индекса апноэ/гипопноэ и улучшение насыщения крови кислородом происходит через 3-6 месяцев после родов.

Но для предотвращения и профилактики развития осложнений, особенно если СОАС средней или тяжелой степени был диагностирован еще до зачатия малыша, в ходе беременности будущей маме назначают лечение.

## Диагностика и лечение СОАС при беременности

Выбор конкретного метода или комплекса методов лечения храпа и СОАС у беременных зависит от сочетания причин и тяжести расстройств дыхания во сне. Прежде всего необходимо провести специальное обследование – кардиореспираторное мониторирование, компьютерную сомнографию или полисомнографию, которое позволит определить степень апноэ, а значит, и его тяжесть. Для этого следует обратиться к врачу-сомнологу. Доктор поможет подобрать правильный режим и метод СИПАП-терапии, даст ценные рекомендации и будет осуществлять контроль за проведением лечения.

При неосложненном храпе, который не несет потенциальных рисков для самой женщины и плода, тактика может быть выжидательной. После благополучного разрешения беременности храп исчезает самостоятельно.

При избыточной массе тела у беременной показана определенная диета.

При физиологических отеках необходимо ограничить количество жидкости, преимущественно во второй половине дня. Хорошие результаты также дает снижение употребления поваренной соли.

При патологических отеках проводится соответствующее лечение в зависимости от установленного диагноза.

При рините беременных возможно соблюдение следующих рекомендаций: теплый пар для облегчения состояния, использование увлажнителя в спальне, избегание раздражителей, возвышенное положение головы и груди во время сна и т.д.

Согласно степени тяжести, рекомендованы подбор индивидуальной капы от храпа в сочетании с индивидуальной программой для снижения веса и постоянной гимнастикой для повышения тонуса мышц языка и глотки, а также показана СИПАП-терапия на время беременности или на продолжительное время (если после родов ситуация не улучшилась).

## СИПАП-терапия при беременности

СИПАП-терапия совершенно безопасна во время беременности и гарантированно защищает будущую маму и малыша от негативных последствий кислородного голодания, связанного с остановками дыхания во время сна.

Она проводится при помощи специального прибора – СИПАП-аппарата, который создает положительное давление в дыхательных путях, препятствует появлению храпа и остановок дыхания во сне.

Абсолютных противопоказаний у СИПАП-терапии нет. Есть рекомендации об относительных противопоказаниях, т.е. о случаях, когда метод необходимо применять с осторожностью, взвешивая все возможные риски. Побочные эффекты при применении аппарата минимальны. Даже при постоянном лечении у большинства беременных пациенток не возникает никаких осложнений.



# Нефропатия беременных

Не будет преждевременно рождающих и бесплодных в земле твоей; число дней твоих сделаю полным.

Исход 23:26



**Сопоев Михаил Юрьевич**  
Врач нефролог, кандидат медицинских наук

**Гестоз** – Hesto (носить, быть беременной).

**Эклампсию** – вспышка, внезапно возникающее.

Беременность, являясь абсолютно физиологическим состоянием, тем не менее в некоторых случаях может протекать не совсем физиологично.

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из осложнений беременности и наблюдается в 5-10% случаев. Особенно внимательно следует относиться к возникновению АГ после 20-й недели беременности в тех случаях, когда давление ранее никогда не повышалось. АГ является следствием возникновения прогрессирующего несоответствия маточно-плацентарного кровотока потребностям формирующегося плода. Отсюда активация множества вазоактивных веществ, спазмирующих сосуды. Организм матери таким образом пытается как бы усилить кровоснабжение плода. Но вместо желаемого благотворного влияния, наступает явление гиперфильтрационной перегрузки почек и возникновение нефропатии беременных.

Почки активно включаются в патологический процесс и определяют в дальнейшем прогрессирование артериальной гипертензии, задержку жидкости, появление отеков. Данное состояние называется преэклампсия.

Последующее развитие при отсутствии своевременного вмешательства неминуемо приведёт к кризовому подъёму АД, появлению головных болей, судорог, потере сознания. Это эклампсия – опасное жизнеугрожающее состояние как для матери, так и для ребенка. В такой ситуации наступает необходимость либо в экстренном родоразрешении, либо в прерывании беременности.

## Важно!

– При выявлении АГ нужно незамедлительно назначить антигипертензивную терапию и начать ежедневно мониторировать артериальное давление, чтобы остановить дальнейшее прогрессирование патологического процесса.

Только гестационная артериальная гипертензия не повод прерывать беременность.

– При наличии прогрессирующей гипертензии прибегают к выжидательной тактике со стационарным ведением пациентки вплоть до родоразрешения (в идеале срочного).

– Плановый мониторинг АД, общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, дают понимание о наличии либо отсутствии протеинурии, основного лабораторного признака нефропатии.

– Наличие АГ, протеинурии, отеков, то есть преэклампсии должно быть оценено постадийно. При легкой и умеренной степени преэклампсии показано стационарное ведение и также выжидательная тактика.

– Экстренное родоразрешение показано при преэклампсии, сопровождающейся неконтролируемым подъёмом АД, тошнотой, рвотой, головной болью; прогрессирующем снижении числа тромбоцитов в общем анализе крови; прогрессировании почечной и печёночной недостаточности.

Совместное ведение беременных с высоким риском акушером-гинекологом и нефрологом позволяет пролонгировать беременность без угрозы здоровью и жизни матери до сроков родоразрешения, наиболее благоприятных для плода.



**Только гестационная артериальная гипертензия не является показанием для прерывания беременности**



# Медицинский озон у беременных

Озон уже около 100 лет с успехом применяется в различных областях медицины



Дзукаева Альбина Васильевна  
Врач реабилитолог

Озон уже около 100 лет с успехом применяется в различных областях медицины. Лечебный эффект озона для парентерального (внутривенного или внутримышечного) введения при различной патологии основан на активации кислородзависимых процессов. Озоны модифицируют клеточные мембраны, что обеспечивает усиление обменных процессов выработки энергетических субстратов. Иммуномодулирующее действие озона основано на его способности активировать фагоцитоз. Озон вызывает снижение вязкости крови, улучшает функции сосудистой стенки, что приводит к улучшению микрогемодинамики и газообмена на тканевом уровне.

Медицинский озон уже в течение нескольких десятилетий успешно применяется у беременных женщин.

Определены следующие показания к озонотерапии в акушерстве:

- невынашивание беременности
- гестоз
- анемия беременных
- ранний токсикоз
- воспалительные заболевания гениталий
- задержка внутриутробного развития плода
- повышенный риск внутриутробного инфицирования плода

Под влиянием озона поддаются коррекции базисные звенья патогенеза и важнейшие клинические проявления заболеваний:

- улучшается макро – и микрогемодинамика, что имеет следствием нормализацию гормонопродуцирующей функции плаценты
- снижается активность процессов перекисного окисления липидов с одновременной стимуляцией антиоксидантной системы защиты организма
- уменьшается (при ее наличии) гиперкоагуляционная активность крови
- использование озонотерапии благоприятно влияет на клиническое течение угрожающего выкидыша, гестоза, анемии беременных, задержки внутриутробного развития плода, снижает риск внутриутробного инфицирования плода и риск развития осложнений беременности при ожирении, улучшает прогноз этих заболеваний
- уменьшается длительность пребывания пациенток в стационаре, сокращается использование лекарственных препаратов
- значительно снижается вероятность таких осложнений, как слабость родовой деятельности, послеродовые и ранние послеродовые кровотечения
- использование озона в комплексе лечения улучшает перинатальную адаптацию новорожденных

Безопасность используемых в акушерстве концентраций озона с точки зрения отрицательного влияния на плод подтверждена в большом числе исследований.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

В гинекологической практике медицинский озон также может быть применен.

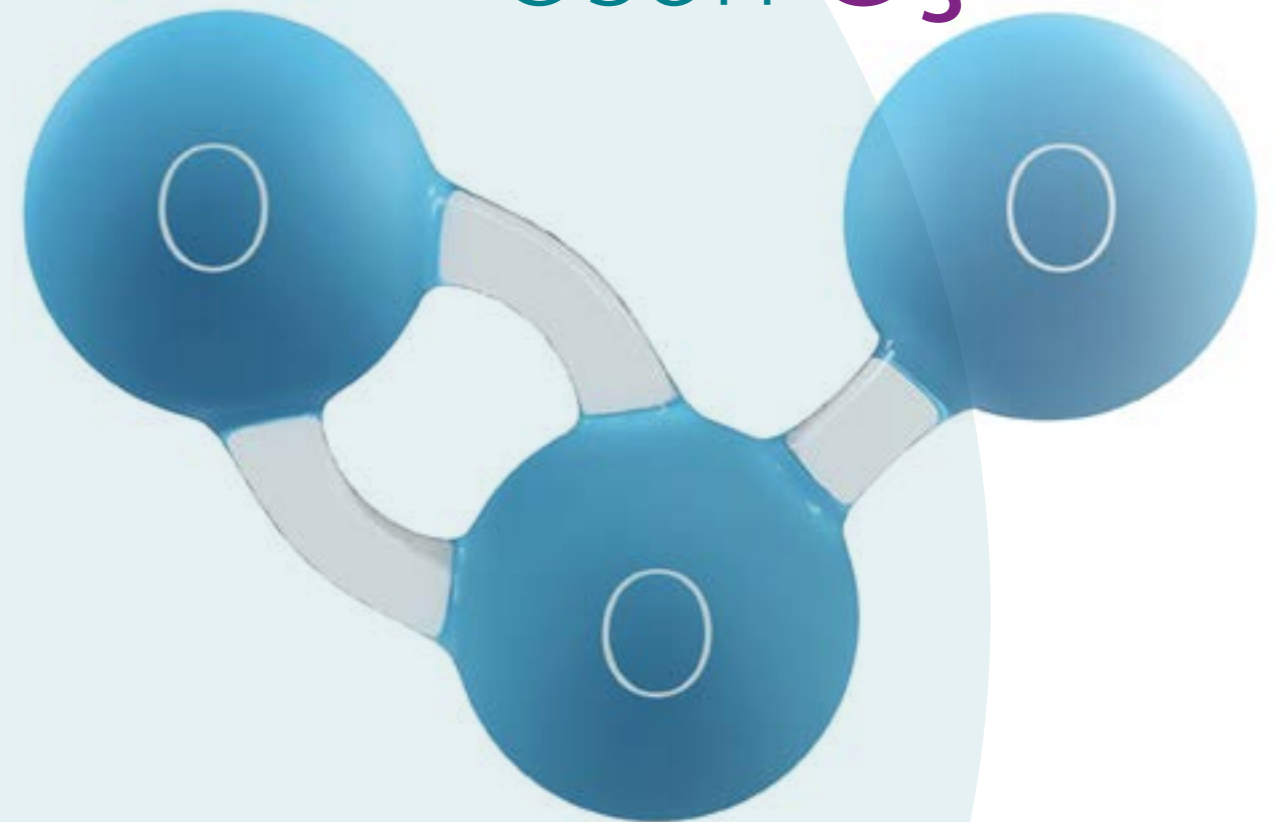
Орошение слизистой влагалища озонированным физиологическим раствором является эффективным методом лечения кольпитов различной этиологии. Сочетание озонированного физиологического раствора с аппликациями озонированными маслами дает хороший терапевтический эффект у пациенток с атрофическими кольпитами. В лечении рецидивирующего вульво-вагинального кандидоза может также использоваться озон в связи с его фунгицидным действием (способностью подавлять рост и деление грибов рода *Candida*).

Исследования показали, что орошения полости матки озонированным раствором может быть одним из компонентов комплексного лечения такой актуальной проблемы, как хронический эндометрит и тонкий эндометрий, являющихся одним из факторов бесплодия.

В настоящее время ведутся исследования эффективности использования озонотерапии в комплексном лечении трубного фактора бесплодия. Ряд полученных результатов демонстрирует хорошие показатели после лечения (увеличение частоты наступления беременности, снижение рецидивов), однако окончательных результатов пока нет.

Озонотерапия заняла свое место среди многих других методов лечения, применяемых в акушерстве и гинекологии. Комплексный подход (совместное ведение пациенток акушером-гинекологом и реабилитологом) позволяет подобрать для каждой пациентки лечение с учетом ее показателей и провести его в условиях физического и психоэмоционального комфорта.

ОЗОН  $O_3$



## Гость номера

# Йога и беременность

Перинатальная йога – инструмент, помогающий женщине лучше осознать возможности своего организма

**Мзокова Роза Александровна**  
Руководитель центра йоги «Сарасвати»

Стремясь к максимально естественному рождению ребёнка, женщина уделяет большое внимание оздоровлению своего организма и заботе о плоде. Перинатальная йога – инструмент, помогающий женщине лучше осознать возможности своего организма.

Попробуем разобраться в пользе йоги и выяснить, что можно, а что противопоказано во время беременности на занятиях.

**Что такое классическая хатха-йога, чем она полезна для беременных?**

Б.К.С. Айенгар – один из самых выдающихся современных мастеров йоги в мире. Он написал много фундаментальных книг по философии и практике йоги и имеет миллионы последователей по всему миру. Взяв за основу классическую хатха – йогу, Айенгар адаптировал ее, выполняя позы с дополнительными опорами, сделал ее удобной и эффективной для любого желающего заниматься.

В йоге Айенгара основное внимание уделяется правильному положению тела, чтобы оно могло гармонично развиваться и стать анатомически безупречным.

Занятия йогой помогают женщине лучше себя узнать во время практики, тело вовлечено в движение, и будущая мама, наблюдая за своими ощущениями, начинает больше доверять своему телу.

Асаны йоги не перенапрягают тело, они благотворно сказываются на позвоночнике и репродуктивной системе и способствуют нормальному протеканию беременности и родов. Однако, прежде чем приступить к занятиям, необходимо проконсультироваться с врачом.

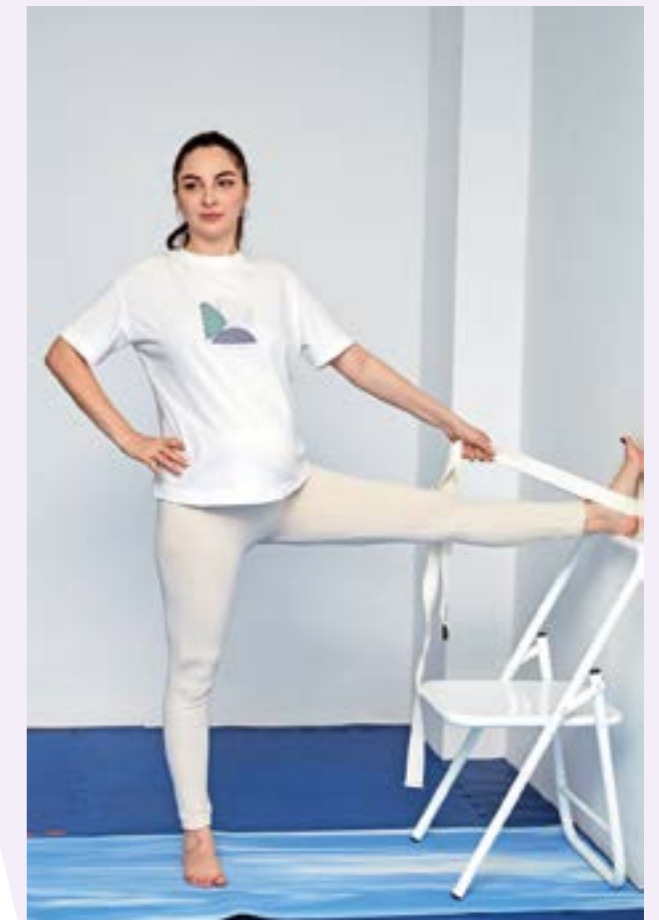
**На каком сроке беременности можно начать занятия?**

Женщина может начать заниматься по специальной программе с первого месяца беременности, если нет противопоказаний.

Заниматься лучше под руководством опытного инструктора, так как практика во время беременности отличается от обычных занятий: многие асаны выполняются особым образом, а некоторые делать вовсе нельзя.

В первом триместре лучше делать позы сидя с вытяжением позвоночника и позы лёжа на спине, в которых идёт работа с тазом и диафрагмой, облегчая тем самым дыхание и улучшая самочувствие в целом.

Во втором триместре очень хорошо включать в практику позы стоя, неглубокие наклоны вперёд с вытяжением позвоночника, легкие прогибы назад на опоре и лёгкие скручивания.



Есть женщины, которым противопоказаны позы стоя во втором триместре, и они занимаются по специальной программе.

В третьем триместре идет подготовка к родам и выполняются позы согласно потребностям. В этот период больше внимания уделяется позам, которые улучшают кровообращение в ногах, а также позам, которые работают с диафрагмой.

При таких занятиях у женщины будет меньше отёков и растяжек, тело станет более подготовлено к родам и кормлению грудью.

**Есть ли противопоказания для беременных во время занятий йогой?**

Наличие противопоказаний определяет ваш доктор. В большинстве случаев у здоровой женщины абсолютных противопоказаний нет. Однако, если врач не рекомендовал занятия йогой, то нужно следовать его совету.

**Знакомство с Пранаямой (дыхательные упражнения)**

Прана – это жизнь и дыхание, а Яма означает расширение и вытяжение. На своих занятиях с беременными я учу регулировать, удлинять и сдерживать вдохи, выдохи и паузы между ними. В 2018 году в Москве на семинаре у старшего учителя йоги Айенгара Фаека Бириа особое внимание уделялось обучению системе подготовки, практики и преподаванию пранаям.

Дыхательная практика и позы избавляют от усталости и нервного напряжения. Умение расслабляться необходимо будущей маме не только для того, чтобы справляться со стрессами или получать положительные эмоции, но и для того, чтобы потом данный навык применить в родах.

**Нужно ли заниматься йогой после родов?**

После родов рекомендуется возобновить практику йоги, если нет противопоказаний, наличие или отсутствие которых определит врач-гинеколог во время консультации.

Постнатальная практика помогает женщине восстановить силы после родов, поддерживать себя на качественном физическом и энергетическом уровне, что несомненно важно для неё самой и для малыша.

Задачи постнатальной практики йоги: восстановление мышц тазового дна, восстановление тканей брюшной полости и низа живота, укрепление и вытяжение мышц поясницы, укрепление мышц рук и ног, налаживание лактации, эмоциональный комфорт.

Важным моментом является также социальная адаптация. Занимаясь йогой в группе с такими же женщинами, вы можете получить не только необходимые знания, но и столь необходимую, особенно после первых родов, моральную поддержку.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ  
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

КЛИНИКА  
**ВАШ ДОКТОР**  
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В КОМФОРТАБЕЛЬНОЙ КЛИНИКЕ

**Амбулаторно-поликлиническая помощь:**

- Аллергология и иммунология
- Гастроэнтерология
- Гематология
- Гинекология
- Дерматология
- Инфекционные болезни
- Кардиология
- Неврология
- Нефрология
- Оториноларингология
- Педиатрия
- Пульмонология
- Психология
- Психиатрия
- Реабилитация
- Ревматология
- Терапия
- Травматология и ортопедия
- Урология
- Физиотерапия
- Флебология
- Хирургия
- Эндокринология

**Помощь на дому (врачебная и медсестринская)**

**Лабораторная и инструментальная диагностика:**

- Все виды медицинских анализов
- Ультразвуковые исследования
- Функциональная диагностика (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, спирометрия)
- Эндоскопическая диагностика (гастро- и колоноскопия)

**Дневной и круглосуточный стационар:**

Отделение терапии;  
Отделение хирургии (общая и эндоскопическая хирургия)

- Травматология
- Микрохирургия кисти
- ЛОР-хирургия (взрослые, дети)
- Гинекология
- Урология (взрослые, дети)
- Флебология
- Нейрохирургия



**КОНТАКТЫ**

ул. Тамаева, 51, г. Владикавказ, РСО-Алания. Телефон: 8 (8672) 53-03-03

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

**Я родился!**



# Наблюдение детей первого года ЖИЗНИ

Грудной возраст оказывает влияние на всю последующую жизнь человека



**Дзилихова Карина Михайловна**  
Врач педиатр, кандидат медицинских наук

Первый год жизни (грудной возраст) – один из самых важных, сложных, динамичных периодов детства, оказывающий влияние на всю последующую жизнь человека.

Он характеризуется высокими темпами физического и психомоторного развития, процессами функционального совершенствования органов и систем организма, изменением характера питания, постепенным увеличением числа социальных контактов, а, следовательно, возрастанием риска инфекционных заболеваний малыша.

Поэтому в этот период для сохранения здоровья ребенка очень важно соблюдение основных правил.

1. Организация полноценного рационального вскармливания, обеспечивающего все потребности растущего организма (поддержка грудного вскармливания, а при его дефиците – правиль-

ный подбор адаптированной смеси, своевременное введение продуктов прикорма).

2. Правильно организованный уход за чувствительными, легко ранимыми кожей и слизистыми оболочками ребенка.
3. Соблюдение режима дня (обеспечение адекватной возрасту продолжительности сна, постепенное увеличение периодов бодрствования, длительные прогулки на свежем воздухе).



4. Занятия с ребенком для приобретения им новых навыков (обязательное регулярное общение с ребенком с использованием тактильной, зрительной, слуховой стимуляции, игровых приемов).
5. Профилактика наиболее распространенных заболеваний раннего детства: рахита, железодефицитной анемии, гипотрофии.
6. Профилактика инфекционных заболеваний (включая специфическую профилактику – вакцинацию).

Процесс воспитания здорового ребенка – сложный даже для опытных мам, поэтому очень важным является динамическое наблюдение педиатра и узких специалистов за его состоянием.

Так, согласно плану диспансеризации детей, на первом году жизни педиатр должен осматривать ребенка ежемесячно. Во время приема доктор проводит измерение массы, длины тела, окружностей головы и груди ребенка, оценивает психомоторное развитие, характер питания, изучает работу органов и систем, дает рекомендации по вопросам рационального вскармливания, ухода, профилактики заболеваний.

На первом году жизни ребенок должен быть осмотрен также и узкими специалистами: невропатологом, окулистом, хирургом, ортопедом, стоматологом, ему в обязательном порядке проводят ряд лабораторных и инструментальных исследований.

**Схема диспансерного наблюдения детей первого года жизни**

Возраст	Врач	Необходимые анализы
Новорожденный	Педиатр	Аудиологический скрининг (проверка слуха специальным прибором), неонатальный скрининг на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, адреногенитальный синдром и галактоземию
1 месяц	Педиатр, детский хирург, офтальмолог, невролог	УЗИ органов брюшной полости, сердца, тазобедренных суставов, головного мозга (нейросонография), аудиологический скрининг
2 месяца	Педиатр	–
3 месяца	Педиатр, травматолог-ортопед, невролог	Аудиологический скрининг, общие анализы мочи и крови
4 месяца	Педиатр	–
5 месяцев	Педиатр	–
6 месяцев	Педиатр, невролог, детский хирург	Общие анализы мочи и крови
7 месяцев	Педиатр	–
8 месяцев	Педиатр	–
9 месяцев	Педиатр, стоматолог	Общие анализы мочи и крови
10 месяцев	Педиатр	–
11 месяцев	Педиатр	–
12 месяцев	Педиатр, ЛОР, детский психиатр, детский хирург, офтальмолог, детский стоматолог	Общие анализы мочи и крови, ЭКГ, определение уровня сахара в крови

**Родители должны помнить, что регулярное, своевременное обследование ребенка у специалистов, выполнение всех медицинских рекомендаций – залог сохранения здоровья малыша.**

# Послеродовая депрессия

Среди 10–20% женщин в первые полгода послеродового периода могут обнаруживаться стойкие эмоциональные расстройства



Воробьева Татьяна Эдгардовна  
Врач клинический психолог

По данным последних исследований среди 10–20% женщин в первые полгода послеродового периода могут обнаруживаться стойкие эмоциональные расстройства, основными проявлениями которых становятся:

- Нарушение сна
- Апатия
- Усталость
- Отсутствие аппетита вплоть до истощения или компульсивное переедание
- Систематические нервные срывы: злость, агрессия по отношению к близким или ребенку
- Тревожность
- Страх «случайно причинить вред здоровью и жизни ребенка»
- Чувство безысходности (обесценивание жизни и смысла рождения детей), опустошенность
- Общение с ребенком не приносит радости, а напротив – вызывает напряжение и чувство вины
- Постоянная самокритика и заниженная самооценка
- Мысли о причинении себе вреда

Вопреки распространенному мнению, депрессивное состояние может развиваться и без видимых причин. О патологическом снижении настроения говорят в том случае, если оно сохраняется не менее двух недель, не завися от внешних факторов. При отсутствии лечения может продолжаться до нескольких месяцев и даже лет.

Тяжесть депрессивного страдания может нарушать качество жизни человека, он не может нормально общаться с близкими и друзьями, чувствует себя одиноким и беспомощным.

Если же перейти к вопросу послеродовых депрессий, то этим термином правильнее называть впервые возникшее депрессивное состояние у женщины в первые 6 месяцев после родов. Здесь уместно дифференцировать от случаев, если у пациентки и ранее наблюдались депрессивные эпизоды. Тогда выраженное снижение

настроения в послеродовом периоде свидетельствует об обострении «Рекуррентной депрессии», заболевании, при котором эпизоды депрессии повторяются и, как правило, имеют сезонную периодичность.

**Исследования нарушений психики в послеродовом периоде выделяют три основных варианта расстройств:**

«Послеродовый блюз» – **baby blues** – колебания настроения от легкой подавленности до эйфоричности, порой плаксивости, редких нарушений сна, продолжающиеся несколько дней (до недели) после родов. При этом явно подавленного настроения нет, женщина продолжает вести нормальную жизнь. Бейби-блюз проходит за 2, максимум 3 недели и не требует медикаментозного вмешательства.

**Материнская или послеродовая депрессия (postpartum depression, PPD)** начинается примерно через месяц после родов, второй вариант – через 7–8 месяцев. К этому моменту накапливается усталость, дефицит сна, напряжение, субъективное ощущение непонятности со стороны близких. Высокая частота материнской депрессии в популяции противоречит расхожему мнению о деторождении как панацее. Молодая мать, затрачивающая огромные силы на уход за ребенком, нередко практически не заботится о своем психическом состоянии, питании, отдыхе.

Третий вариант – **послеродовый психоз**: тяжелые психические нарушения, при которых возможны нарушения ясности сознания, зрительные или слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования,

греховности, воздействия, отравления, измененное восприятие собственной личности (деперсонализация) или окружающей реальности, пространства, времени (дереализация), сопровождающиеся острой тревогой или страхом смерти, или же психомоторным возбуждением, агрессией и т.д.

Остановимся подробнее на втором виде психических расстройств.

## Почему возникает послеродовая депрессия?

В настоящее время обоснована полиэтиологическая гипотеза развития любых депрессий, в том числе послеродовых: наследственность, психическая травма и соматические нарушения. Большинство женщин, страдающих послеродовой депрессией, имеют наследственную предрасположенность к депрессивным расстройствам.

В послеродовом периоде имеют место значимые соматические факторы: неизбежно возникает гормональная перестройка, а зачастую наблюдаются осложнения родов, которые становятся дополнительной причиной формирования депрессии. Резкая смена гормонального фона является мощным импульсом, оказывающим влияние на мозг в целом. По этой причине возникают колебания настроения в пубертате, во время беременности и родов, перед менструацией и в перименопаузе.

Беременность – доминирует прогестерон. Он оказывает влияние на мозг как антиконвульсант, нормотимик, действующий в ГАМК-эргической системе. Женщины, которые исходно возбудимы и активны, иногда уже имеют **БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО** (часто не диагностированное до родов). Таким женщинам прогестерон помогает чувствовать себя более спокойно и расслаблено. Но сразу же после родов его концентрация падает, что резко провоцирует избыточное возбуждение, ажитацию.

Существует другая категория женщин, изначально склонная к меланхолии и апатии. В таких случаях прогестерон действует как депрессант. Во время беременности они становятся эмоционально нестабильными, более плаксивыми и обидчивыми.

Однако после родов, вопреки ожиданиям, их состояние не улучшается, так как на смену прогестерону приходит пролактин, который еще более депрессогенен и может мягкую или скрытую депрессию (субдепессию) пере-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



вести в тяжелую клиническую форму с витальной тоской и суицидальными мыслями. Такие пациентки становятся заторможенными, с трудом справляются с уходом за ребенком, утрачивают интерес к общению.

Оба описанных варианта депрессий являются эндогенными, а беременность и роды служат лишь триггером. Нередко депрессия после родов – это не что иное, как первый тяжелый эпизод биполярного расстройства или рекуррентной депрессии.

Но нельзя недооценивать и психогенные депрессии. К группам риска относятся роженицы подросткового возраста, матери-одиночки, безработные женщины, случаи незапланированной беременности или тяжелого ее протекания, нарушения питания. Повышенный уровень стресса во время беременности, жестокость в семье также негативно сказывается на психологическом состоянии молодой матери. Кроме того, свою роль играет количество детей в семье, уровень социальной поддержки и взаимоотношения с родственниками и особенно с отцом ребенка.

При любом варианте течения заболевания чрезвычайно важна ранняя диагностика послеродовой депрессии. Для этого чаще всего используется Эдинбургская шкала – тест, включающий в себя 10 вопросов, касающихся самочувствия и настроения женщины за последние 7 дней.

При депрессии легкой и в ряде случаев умеренной степени тяжести не вызывает сомнения эффективность психотерапии, также крайне важна поддержка со стороны семьи и особенно супруга.

Современная лекарственная терапия послеродовых депрессий направлена в первую очередь на модуляцию активности дофаминергической и серотонинергической систем мозга непосредственно при помощи антидепрессантов. Однако препаратов, для которых было бы достоверно показано отсутствие негативного влияния на потомство, пока нет!

#### Решение задачи послеродовых депрессий возможно осуществлять в двух векторах:

Раннее выявление патологии благодаря опросу беременных и рожениц специалистами, осуществляющими их патронаж (гинекологи, терапевты). Преимущество своевременной диагностики депрессии позволит без применения фармакологических препаратов справиться с ней!

Поиск новых методов лечения PPD, принципиально отличающихся от традиционных антидепрессантов. Исследования в этом направлении показали изучение возможностей опиоидного антагониста налоксона, низких доз эстрогенов, а также агонистов рецепторов дофамина.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



**Бибоева Алана Казбековна**  
Врач маммолог

О пользе грудного вскармливания известно всем. Педиатры призывают мам сохранять лактацию всеми возможными способами, потому что это не только питание ребенка, но и путь передачи антител, которые защищают его от острых респираторных заболеваний в первые месяцы жизни. Гинекологи пропагандируют грудное вскармливание, поскольку во время акта сосания происходит лучшее сокращение матки, что исключает или значительно снижает риски развития послеродовых осложнений. Кроме того, грудное вскармливание способствует возврату массы тела женщины к исходным значениям, что защищает ее от развития метаболического синдрома, инсулинорезистентности, сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. Маммологи же являются сторонниками этого вида вскармливания, поскольку знают, сложные процессы, происходящие в молочной железе во второй половине беременности, когда железы готовятся к лактации, во время самой лактации и после ее завершения, могут защитить женщину в отдаленном будущем от развития онкологических заболеваний молочной железы.

Лактация, процесс формирования и выделения грудного молока, является естественным продолжением беременности и родов для организма женщины. Однако и в этом естественном процессе что-то может пойти не так. Может случиться **лактостаз** – **застойный процесс, при котором нарушается выделение секрета (молока) из выводных протоков груди**. Молочная железа состоит из 15-20 долей, в которых синтезируется молоко. Из каждой доли выходит отводящий проток, который открывается на соске. Отсутствие выделения молока из доли в течение нескольких суток приводит к образованию молочной пробки. Это и составляет морфологическую основу лактостаза.

По распространенности лактостаз может быть **одно- или двусторонним**.

В первые несколько суток после родов лактостаз развивается из-за того, что под влиянием гормонов молока образуется много, а выделяется оно пока недостаточно.

## Лактостаз

**Застой молока в груди кормящей женщины – одно из самых распространенных осложнений при грудном вскармливании**

#### Причинами этого могут быть:

- неправильная техника прикладывания младенца к молочным железам;
- редкие кормления (не по требованию, а с выдерживанием определенного временного интервала);
- болезненные ощущения и трещины в области сосков;
- вялое сосание;
- определенные состояния матери и младенца, которые не позволяют организовать полноценное грудное вскармливание;
- анатомические особенности груди, когда имеются тонкие и извитые млечные протоки, затрудняющие сосание, особенности строения соска;
- рубцы в ткани молочной железы после перенесенных операций или травм;
- галактоцеле – жировые кисты молочной железы ретенционного происхождения;
- чрезмерное давление пальцами на молочную железу;
- грубое сцеживание;
- сдавливающая грудь одежда, автомобильные ремни или ляжки от слинга.

К симптомам лактостаза относятся: **болезненные ощущения или дискомфорт в одной или обеих молочных железах, нагрубание, покраснение кожи, отек, чувство распирания в области пораженной груди, затруднение выделения молока, повышение температуры тела до 37,5°C, общее недомогание, вялость, сонливость**.

Очень важно своевременно решить проблему лактостаза. Если после кормления и сцеживания боль и уплотнение не проходят или даже усиливаются, а температура тела остается повышенной, следует полагать, что присоединилась инфекция, развивается мастит. В таком случае нужно отбросить страх и незамедли-



тельно обследоваться: обратиться к ультразвуковому диагносту и врачу-маммологу. Своевременное обращение позволит сохранить здоровье молочных желез.

**Диагностика лактостаза** проводится врачом-маммологом или хирургом и основана на результатах осмотра и пальпации. После постановки диагноза, молочную железу опорожняют. Если после удаления содержимого самочувствие женщины улучшилось, то выявленные изменения расцениваются как лактостаз. Дальнейшее лечение не проводится, антибиотики не назначаются.

Пациентке объясняют **меры профилактики рецидива лактостаза**, к которым относятся:

- соблюдение правил прикладывания малыша к груди (во время кормления положение матери должно быть максимально удобным, голова и тело ребенка должны находиться в одной плоскости, ребенок должен захватывать сосок вместе с ареолой),
- выполнение массажа молочных желез по ходу протоковой системы для обеспечения правильного дренажа,
- соблюдение правил гигиены, ассоциированных с кормлением: мытьё рук с мылом перед

кормлением, ежедневный душ, уход за кожей соска (увлажнение) для профилактики сухости и образования трещин.

- контроль за опорожнением молочной железы – дополнительное сцеживание молока при недостаточном отсасывании его ребенком.

Грозным осложнением лактостаза является **лактационный мастит** – воспалительный процесс, обусловленный ростом бактериальной флоры в застойном содержимом протоковой системы. При маститах боль в пораженных участках становится более интенсивной, температура тела превышает рубеж 38°C, нарастают симптомы интоксикации: мышечная боль, выраженная слабость, быстрая утомляемость. Лечение маститов – хирургическое с обязательным назначением антибактериальной терапии. Грудное вскармливание в период лечения рекомендуют прервать, но опорожнение молочных желез обязательно.

**Последние годы о пользе грудного вскармливания говорят и пишут не только врачи, но и психологи. По их мнению, грудное вскармливание создает и поддерживает прочную связь между матерью и ребенком, что способствует гармоничному развитию психики ребенка.**

# Памятка для родителей

*«Грудное молоко – это подарок, сделанный с любовью и длиной в жизнь!»*

## ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

### Грудное молоко

- Полноценное питание
- Легко усваивается и полноценно используется
- Защищает от инфекций
- Стоит дешевле искусственных смесей

### Грудное вскармливание

- Обеспечивает эмоциональный контакт и развитие
- Помогает избежать новой беременности
- Защищает здоровье матери

## ОПАСНОСТИ, СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

### Для ребенка

- Чаще возникает диарея (понос) и респираторные инфекции (насморк, воспаление уха, кашель, больное горло)
- Недостаточность питания, например, дефицит витамина А
- Повышен риск смерти
- Выше риск аллергии и непереносимости молока
- Избыточный вес
- Снижен уровень умственного развития

### Для матери

- Не способствует тесному общению с ребенком
- Может возникнуть новая беременность
- Повышен риск анемии, рака яичников и молочной железы, остеопороза

## ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ МОЖЕТ ОКОНЧИТЬСЯ НЕУДАЧЕЙ ИЗ-ЗА СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ:

1. Раздельное нахождение матери и ребенка после родов
2. Отсрочка первого кормления
3. Ограничение частоты кормления
4. Кормление по режиму
5. Отъем ребенка от груди прежде, чем он закончит есть
6. Ребенка докармливают искусственным питанием
7. В промежутках между кормлениями ребенку дают обычную воду, воду с глюкозой или «чай»
8. Использование накладок для сосков, сосок и пустышек
9. Применение во время родов лекарственных препаратов, оказывающих седативное действие на ребенка

## НЕДОСТАТОК МОЛОКА

### Ложные выводы о нехватке молока:

- ребенок сосет слишком часто (это просто потребность в сосании)
- ребенок выглядит голодным через час после сосания (молоко быстро усваивается)
- ребенок сосет дольше и чаще, чем раньше (многие дети «просыпаются» ко 2–3 неделям, есть скачки роста и развития)
- ребенок сосет меньше, чем раньше (может вырасти и насыщаться быстрее)
- ребенок беспокоится, плачет или нервничает (миллион причин)
- молоко из груди подтекает мало или перестало подтекать, грудь стала мягкой (установилась лактация)
- мама не чувствует приливов или перестала чувствовать их (установилась лактация, не все мамы чувствуют приливы, но их можно «увидеть» по ребенку, который начинает активно глотать)
- взвешивания до и после кормления (не информативны, дети сосут по-разному в разное время)
- ребенок охотно сосет бутылочку после кормления (высокая потребность в сосании)
- мама не может сцедить молока (сцеживание – навык, ему нужно учиться)

**Единственно верный способ узнать о том, хватает ребенку молока или нет – следить за количеством мочеиспусканий (не менее 10–12 раз в сутки с 3-й недели жизни до 6 месяцев) и еженедельной прибавкой веса (не менее 125 гр).**

**И только если оба эти показателя будут ниже нормы, можно говорить о нехватке молока.**



# Продолжая традиции

или память места



Лечебница доктора К. А. Исаковича. Владикавказ.

Выбирая новое здание для клиники, мы искали просторное светлое помещение, в котором было бы комфортно и пациентам, и врачам. Помимо этого, оно должно было соответствовать определенным критериям, предъявляемым к медицинским помещениям. Таких зданий было много. Что сыграло решающую роль в пользу нашего сегодняшнего помещения? Наверное, память места. Тот факт, что здание это было построено еще в конце XIX века под лечебницу, стал определяющим. Кроме того, история лечебницы, созданной Константином Акимовичем Исаковичем, в которой он сам практиковал как хирург, была созвучна с историей нашей клиники.

Переехав в новое здание, обживаясь в нем, мы продолжили традиции. В те далёкие времена Константин Акимович не ограничился только хирургией. Помимо хирургического покоя, в клинике были созданы отделения нервных болезней, внутренних болезней, женских болезней, а также родильный приют. Сегодня специалисты всех этих профилей ведут приемы в нашей клинике. Помощь пациентам может быть оказана как амбулаторно, так и в условиях дневного или круглосуточного стационара. Чем не отделения? Хирургическое отделение является отдельной гордостью клиники. Абдоминальная хирургия, травматология, гинекология, проктология, хирургия кисти, нейрохирургия, рентген-хирургия, операции на ЛОР-органах, детская хирургия, пластическая и реконструктивная хирургия – неполный спектр наших хирургических вмешательств.



Лечебница доктора К. А. Исаковича. Владикавказ.

Гостиная.

Чтим мы и традиции электросветового лечебного института, который Константин Акимович организовал чуть позже открытия лечебницы. Лечение токами разного рода, электросветовые, углекислые, паровые и суховоздушные ванны, душ Шарко, вибрационный электрический массаж – все эти методы, новаторские для своего времени, использовались в лечении пациентов в те годы. Опираясь на опыт наших предшественников, понимая ценность комплексного



Лечебница доктора К. А. Исаковича. Владикавказ.



Электросветовой кабинет.

лечения пациентов с самой разной патологией, мы создали физиотерапевтическое отделение, в котором на сегодняшний день помимо основного лечения можно получить гирудотерапию, озонотерапию, баротерапию, иглорефлексотерапию.

Мы рады, что стали продолжателями традиций не только лечебницы доктора К. А. Исаковича и его современников, но и традиций советских врачей, трудившихся в Республиканском эндокринологическом диспансере, располагавшемся в этом здании вплоть до 2011 года. Наши эндокринологи продолжают оказывать помощь больным с сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, гипофиза и надпочечников, вспоминая, как в годы учёбы они занимались в лекционных залах и учебных комнатах диспансера, как учились у старших коллег у постелей больных, как

вели здесь своих первых пациентов.

Мы заняли свое место в этом ряду и чтим память о тех, кто был до нас. Мы стараемся передать свой опыт молодым специалистам, тем, кто идет за нами. Опыт и доброе отношение к истории нашей клиники и нашего здания. Память места. Что тут еще сказать...



Лечебница доктора К. А. Исаковича. Владикавказ.

Рентгеновский и Д. Арсоновский Кабинет.



## МЕДИЦИНСКИЕ АНАЛИЗЫ В КЛИНИКЕ «ВАШ ДОКТОР»

КЛИНИКА  
**ВАШ ДОКТОР**  
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Лабораторная диагностика является одним из самых информативных методов, позволяющих поставить правильный диагноз и оценить эффективность проводимого лечения.

С 2019 г. мы сотрудничаем с Центром молекулярной диагностики ФБУН Центральный НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора г. Москва – одним из крупнейших лабораторно-диагностических центров в России, ведущим производителем тест-систем и реагентов на основе молекулярных методов.

Центр молекулярной диагностики оснащен современным медицинским оборудованием, которое позволяет провести широкий спектр диагностики и получить достоверные результаты в оптимальные сроки.

Прямой партнерский договор, а также собственные научные разработки НИИ Эпидемиологии позволяют устанавливать цены на медицинские анализы ниже, чем в других медицинских лабораториях.

### Что мы учитывали при выборе лаборатории?

- Наличие сертификата международной или российской системы оценки качества, лицензии
- Компетенция лаборатории, ее уровень
- Участие во внешних системах оценки контроля качества (с предоставлением результатов)
- Современное оборудование, выполнение унифицированных методик
- Квалификация персонала
- Возможность полной интеграции с медицинской информационной системой
- Готовность выполнения новых методик по нашим заявкам
- Возможность повтора исследований в случае непредвиденных обстоятельств

### Какие виды исследований мы выполняем?

- Общеклинические исследования
- Биохимические исследования
- Гормональная панель
- Диагностика инфекций (ПЦР, ИФА, бактериологические исследования)
- Гистологические исследования
- Цитологические исследования
- Иммунологическая диагностика
- Диагностика аллергии
- Гематологические исследования

## Адреса лабораторий и график работы

ул. Тамаева 51, г. Владикавказ, РСО-Алания  
Клиника «Ваш доктор»  
Ежедневно с 08.00 до 12.00

ул. Иристонская 41/6, г. Владикавказ, РСО-Алания  
Лаборатория «Ваш доктор»  
Ежедневно с 08.00 до 12.00

## Новости клиники

В ноябре 2022 года произошло очень приятное событие для нас.

Наша клиника получила премию ПроДокторов «Топ 10 лучших клиник Северной Осетии – Алании».

Спасибо, что так высоко оцениваете профессионализм наших врачей.

Благодарим вас за рекомендации и замечания.

Мы стремимся стать ещё лучше и всегда радуемся положительным результатам вместе с вами.

**ВАШЕ ДОВЕРИЕ — ЛУЧШАЯ НАГРАДА ДЛЯ НАС!**



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

КЛИНИКА   
**ВАШ ДОКТОР**  
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
ЛИЦЕНЗИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСО-АЛАНИЯ № ЛО-1-02001044 ОТ 25.09.2019 Г. ООО «ДИАМЕД», ОГРН 1111513011642

**Тираж:** 600 экземпляров, распространяется бесплатно

**Адрес:** РСО-Алания, г Владикавказ, ул.Тамаева, 51

**Телефон:** 8(8672)53-03-03

**Сайт:** [vdoctor-clinic.ru](http://vdoctor-clinic.ru)

**Главный редактор:** Кристина Караева

**Руководитель проекта:** Ирина Гасинова

**Учредитель:** ООО «Диамед», клиника «Ваш доктор».

Лицензия ЛО-15-01-000972



**Харизма**

Издательство «Харизма» (ИП Харкиладзе А. Д.), 2023 г.  
[harisma71@yandex.ru](mailto:harisma71@yandex.ru), +7(928)480-51-90