

Рождение ребёнка — важнейшее событие в жизни любой семьи. Однако, в отличие от большинства праздников, готовятся к нему далеко не все. Врачи настоятельно призывают к тому, чтобы будущие мама и папа позаботились о здоровье малыша еще до зачатия. Именно по этой причине наиболее оптимальным вариантом является планирование семьи.

Что такое прегравидарная подготовка

Ребёнок должен быть желанным. Эта аксиома неоспорима. И, тем не менее, около большинство детей в нашей стране появляются на свет незапланированными. Остальные, хоть и рады тому, что заветный тест показал две полоски, однако никаких предварительных обследований у специалистов они не проходили, анализы не сдавали.

И лишь небольшой процент женщин репродуктивного возраста всесторонне готовятся к зачатию ребёнка, следуют всем рекомендациям врачей на протяжении всей беременности, так как считают это крайне важным мероприятием в своей жизни. Таким образом они соблюдают все основные принципы и правила прегравидарной подготовки. Последним термином называют комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в рамках подготовки к вынашиванию и рождению малыша.

Врачи-акушеры гинекологи настоятельно советуют прислушаться к следующим рекомендациям, касающимся зачатия и родов.

- Идеальным возрастом женщины для рождения ребёнка считается 19-35 лет. Отклонения в обе стороны возможны, однако в каждом случае повышается риск различных осложнений для матери и плода.
- Интервал между родами должен составлять 2 полных года и 9 месяцев вынашивания последующей беременности.
- Если интервал между родами составляет более 10 лет, то второе рождение малыша приобретает характер первого (имеется в виду сложность).
- Наилучшее время для наступления беременности после самопроизвольного аборта в сроке до 12 недель — от 3 до 6 месяцев.

Прегравидарная подготовка (лат. *gravida* -беременная, *pre* - предшествие), отечественный аналог преконцепционной подготовки (англ. *conception* - зачатие), включает комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на подготовку супружеской пары к полноценному зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка. Прекоцепционная оценка факторов риска и коррекция выявленных нарушений - наилучший доказанный способ снижения акушерских и перинатальных осложнений : материнской и перинатальной смертности, материнской и неонатальной заболеваемости, распространенности врожденных пороков развития (ВПР) и хромосомных аномалий у плода, частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, а также социальных и экономических последствий для общества, связанных с выхаживанием и реабилитацией недоношенных детей и детей-инвалидов.

Общие положения прегравидарной подготовки.

- Рационально спланированная заблаговременная прегравидарная подготовка значительно снижает вероятность рождения детей с ВПР: дефектами нервной трубки (ДНТ), пороками сердца, челюстно-лицевыми пороками и хромосомными аномалиями.
- Коррекция дефицита микронутриентов у будущей матери значительно улучшает соматическое здоровье,

когнитивные способности и продолжительность жизни ее ребенка.

■ Прегравидарное консультирование необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу. Врачи любых специальностей должны также учитывать возможность наступления беременности у таких женщин и информировать о предполагаемых рисках для их здоровья, плода и новорожденного как самого заболевания, так и проводимого лечения.

■ Прегравидарное обследование и коррекция выявленных заболеваний женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода.

■ Репродуктивное просвещение и прегравидарное консультирование - безальтернативные методы повышения информированности населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики аборт и приверженности планирования и подготовки беременности.

■ В интересах сохранения здоровья матери и ребенка интергенетический интервал должен составлять не менее 24 + 9 мес. (время от родоразрешения до зачатия плюс 9 мес. беременности). При наличии экстрагенитальных заболеваний оптимальная длительность интергенетического интервала зависит от сроков их компенсации. Единственный путь гарантированного обеспечения оптимального периода между беременностями - рациональная контрацепция.

■ Наилучший период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта до 12 нед. - 3-6 мес.

■ Акушерский и перинатальный риски минимальны у пациенток в возрастной группе 19-35 лет; беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода.

■ Прегравидарная подготовка необходима обоим будущим родителям, поскольку они в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и несут сопоставимую ответственность за здоровое зачатие и рождение здорового ребенка. При этом в минимальном объеме она необходима всем супружеским парам, планирующим беременность. Избежать избыточности позволяет дифференцированный подход, основанный на выделении групп высокого риска.

Прегравидарная подготовка необходима обоим будущим родителям, поскольку они в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и несут сопоставимую ответственность за здоровое зачатие, и рождение, здорового ребенка.

Этапы прегравидарной подготовки:

В прегравидарной подготовке выделяют три основных этапа, во время которых проводятся различные обследования и даются определенные лекарственные рекомендации.

- Периконцепционная оценка здоровья супругов. При этом как женщина, так и мужчина проходят разнообразные методы исследования, сдают анализы. После получения результатов доктор оценивает исходное состояние здоровья и решает насколько велик риск рождения ребёнка с определенной патологией.
- Дотация витаминов и микроэлементов, восполнение дефицитов.
- Ранняя диагностика беременности и своевременная коррекция ее патологического течения. Важно, чтобы факт успешного зачатия был выявлен уже в первые дни

задержки менструального цикла, женщина сразу же встала на учет в женскую консультацию и выполняла все рекомендации врача-акушера гинеколога.

Периконцепционная оценка здоровья супругов.

При этом как женщина, так и мужчина проходят разнообразные методы исследования, сдают анализы. После получения результатов доктор оценивает исходное состояние здоровья и решает насколько велик риск рождения ребёнка с определенной патологией.

I. Определение состояния здоровья будущих родителей и оценка

факторов риска:

Базовый объем первичного обследования

1. Сбор анамнеза

Сбор общего анамнеза:

- перенесенные ранее заболевания, травмы или операции,
- наличие хронических заболеваний,
- наличие наследственных заболеваний, воздействие экологических факторов (радиация, химические агенты),

условия труда и риски, связанные с профессиональной деятельностью,

- бытовые условия, образ жизни,
- особенности пищевого поведения,
- приверженность вредным привычкам,
- прием медикаментов, противопоказанных беременным, аллергические реакции,
- семейный анамнез: заболевания с наследственной предрасположенностью (инсульт, инфаркт, артериальная гипертензия (АГ), онкологические заболевания, эндокринопатии).

Сбор репродуктивного анамнеза женщины:

- Менструальная функция: возраст менархе, длительность менструального цикла, регулярность и болезненность менструаций, обильность кровопотери.
- Возраст начала половой жизни, сексуальная активность, количество половых партнеров и их смена за последние 6 мес., применяемые методы контрацепции (вид, длительность).
- Акушерский анамнез: число и исход предыдущих беременностей, рождение детей с ВПР, антенатальная гибель плода, эктопическая беременность, использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), осложнения предыдущих беременностей - преэклампсия, АГ, гестационный диабет, преждевременные роды, задержка роста плода (ЗРП), отслойка плаценты.
- Наличие бесплодия: отсутствие беременности в течение 1 года при регулярной половой жизни без использования методов предохранения от беременности до возраста женщины 35 лет или 6 мес. - старше 35 лет; невынашивания беременности.
- Оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, указания на осложнения после абортов и родов.

- Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).

2. Осмотр и физикальное обследование женщины

- Измерение роста, индекса массы тела (ИМТ), артериального давления (АД), частоты дыхательных движений, частоты сердечных сокращений.

- Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, опорно-двигательного аппарата, молочных желез.

- Гинекологический осмотр: влагалищное исследование при помощи зеркал со взятием мазков, бимануальное влагалищное исследование.

3. Лабораторное и инструментальное обследование

- Клинический анализ крови.

Определение группы крови и резус-фактора (при отрицательном резус-факторе женщины необходимо уточнить резус-принадлежность партнера).

- Определение сывороточных антител (АТ) к бледной трепонеме, вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), выявление HBsAg, HCVAg. Рутинный скрининг на вирус цитомегалии, простого герпеса и токсоплазму не проводится.

- Определение уровня глюкозы в плазме венозной крови (верхняя граница нормы 5,1 ммоль/л).

- Определение специфических IgG к вирусам кори и ветряной оспы (желательно).

- Общий анализ мочи.

- Исследование отделяемого женских половых органов на ИППП методом ПЦР (качественное исследование) для определения *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

- Цитологическое исследование мазков с шейки матки (РАР-тест).

- Трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза.

УЗИ молочных желез/маммография (5-11-й день цикла).

Дополнительный спектр лабораторного и инструментального скрининга, а также потребность в дополнительных консультациях смежных специалистов определяется индивидуально, ориентируясь на результаты базового обследования.

Прегравидарное обследование и коррекция выявленных заболеваний женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода

Профилактические мероприятия:

- планирование беременности,

коррекция образа жизни (питания, веса, физической активности), отказ от вредных привычек

Акушерский и перинатальный риски минимальны у пациенток в возрастной группе. 19-35 лет; беременность и роды у женщин моложе. 19 и старше. 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода

АД. Регулярное измерение АД позволяет выявить женщин с АГ и включить их в группу риска осложнений беременности: преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, ЗРП,

преждевременных родов. Стабилизация АД в преконцепционный период с помощью антигипер-тензивных средств значимо снижает риск акушерских и перинатальных осложнений [12].

Модификация образа жизни (питания, веса, физической активности)

Соблюдение режима дня, умеренные физические нагрузки, исключение стрессов и сбалансированный режим питания являются наиболее важными аспектами эффективности прегравидарной подготовки [2]. Оптимальный микронутриентный статус женщины перед зачатием достоверно положительно влияет на соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни будущего ребенка [13-15].

Ожирение (ИМТ >30 кг/м²), как и недостаточная масса тела (ИМТ <18 кг/м²), ассоциировано со снижением фер-тильности и осложненным течением беременности. У женщин с ожирением рекомендована редукция массы тела путем коррекции питания, увеличения физической

нагрузки и медикаментозной терапии. В противном случае значительно повышается риск таких осложнений беременности, как АГ, преэклампсия, гестационный диабет, аномалии родовой деятельности, кесарево сечение, послеоперационные осложнения, а также хромосомные аномалии у плода. Недостаточное питание вызывает дефицит витаминов, электролитов, приводит к сердечнососудистым и желудочно-кишечным заболеваниям, а также ассоциировано с высоким перинатальным риском (недоношенность, низкий вес при рождении, микроцефалия), поэтому перед планированием беременности женщинам с низким ИМТ необходимо повышение веса до достижения ИМТ ≥ 19 кг/м² и более [13-15].

Следует обсудить с обоими будущими родителями негативное влияние табакокурения (в том числе пассивного вдыхания табачного дыма), злоупотребления алкоголем, употребления наркотических средств на сперматогенез, оогенез, возможность зачатия, вынашивание и исход беременности.

Прегравидарная вакцинация

Если пациентка до наступления беременности серо-негативна в отношении вируса кори, краснухи и ветряной оспы (отсутствуют специфические 1дС), то не менее чем за 3 мес. до зачатия необходимо провести вакцинацию [16]. Противопоказания к вакцинации: иммунодефицит, онкологические заболевания, аллергия на аминокликозиды и белок яйца, срок менее 3 мес. после внутривенного введения иммуноглобулина.

Профилактика резус-конфликта

Резус-конфликт возникает при беременности резус-отрицательной матери резус-положительным плодом, зачатым от резус-положительного мужчины. Согласно Приказу МЗ №572, женщину следует информировать о необходимости ежемесячного контроля резус-АТ в крови и на сроке 28 нед. ввести специфический ан ти-Э-иммуноглобулин с возможным повторным введением на сроке 34 нед. и обязательным - не позднее 72 ч после родов (при выявлении резус-положительного фактора у новорожденного).

II Дотация витаминов и микроэлементов.

Дотация фолатов. Всем женщинам, планирующим беременность, обязателен прием фолиевой кислоты в суточной дозе 400 мкг не менее чем за 3 мес. до наступления беременности и на протяжении I триместра. Дефицит фолатов вызывает нарушение эмбриогенеза и формирование ВПР у плода, в том числе ДНТ.

Также следствием дефицита фолатов являются аномалии конечностей, ушей, мочевыделительной системы, расщелина верхнего неба, омфалоцеле, часто диагностируют пороки сердечно-сосудистой системы [19].

Дотация фолатов в периконцепционный период сокращает частоту аномалий развития нервной трубки плода на 75% . Дополнительный прием фолатов до и после зачатия

достоверно снижает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, преэклампсии и отслойки плаценты при этом только стартовая терапия фолатами в прегравидарном периоде позитивно влияет на течение и исход беременности, тогда как начало приема фолатов после наступления беременности такого эффекта не имеет.

Сочетанное применение фолиевой кислоты с другими витаминами группы В (В6, В12) улучшает метаболизм фолатов в организме, обеспечивая деятельность ферментов фолатного цикла, что особенно важно у женщин, которые имеют нарушения их функции вследствие генетического полиморфизма.

Более высокие дозы (4000-5000 мкг) фолатов в периконцепционный период назначают женщинам, имеющим высокий риск ДНТ у плода: ДНТ в анамнезе, сахарный диабет, прием антиконвульсантов, синдром мальабсорбции. При этом 400-800 мкг фолатов должно поступать в организм из ВМК (например, Элевит Пронаталь), а остальное количество - из монопрепарата синтетической фолиевой кислоты.

После 12 нед. беременности рекомендуется возврат к физиологическим дозировкам (менее 1 мг/сут), учитывая имеющиеся данные о неблагоприятном влиянии на здоровье матери и ее ребенка длительного приема высоких доз фолиевой кислоты. С избытком синтетических фолатов ассоциирован риск злокачественных, сердечно-сосудистых заболеваний и когнитивных расстройств. Высокое потребление синтетических фолатов матерями во время беременности также является фактором риска инфекционно-воспалительных и аллергических заболеваний у детей, инсулинорезистентности, злокачественных заболеваний, нарушения когнитивных способностей и зрения

Мужчинам в период планирования зачатия ребенка, так же как и будущей матери, рекомендовано принимать профилактическую дозу фолиевой кислоты. У мужчин фолиевая кислота влияет на количество и генетическое качество сперматозоидов. Регулярное употребление фолиевой кислоты препятствует анеуплоидии, которая может быть причиной бесплодия, выкидышей и рождения детей с синдромом Дауна, Шерешевского - Тернера, Кляйнфельтера и др.

Слишком короткий промежуток между последовательными родами, как и чрезмерное удлинение интергенетического интервала, значительно повышает риск ВПР, перинатальной смертности, преждевременных родов, рождения маловесных детей, материнской и неонатальной заболеваемости. Единственный путь гарантированного соблюдения оптимального интервала между родами - рациональная контрацепция

Дополнительный прием йода. Всем женщинам, планирующим беременность, необходимо потребление йода не менее 150 мкг/сут. При проживании в эндемичном по йододефициту районе рекомендуется его дополнительная дотация. В популяциях с йододефицитом отмечается высокий уровень эндемического кретинизма, врожденных заболеваний щитовидной железы. Дополнительный прием препаратов йода в периконцепционный период снижает показатели неонатальной и младенческой смертности и улучшает психосоматическое развитие детей после рождения.

Профилактика железодефицитной анемии. Женщины репродуктивного возраста наиболее часто страдают от дефицита железа и анемии. К группе риска развития анемии ВОЗ относит абсолютно всех менструирующих женщин независимо от характера кровотечений. Анемия во время беременности повышает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, материнской и нео-натальной смертности, гнойно-септических осложнений и кровотечений после родов. Недостаток железа также неблагоприятно влияет на нейрогенез плода. Вследствие гипоксии и снижения интенсивности энергетического обмена происходит недостаточное ветвление дендритов, уменьшается количество и сложность нейронных сетей коры головного мозга, нарушается обмен дофамина и норадреналина (отвечающих за циклы сна и бодрствования, обучения, памяти), нарушаются процессы миелинизации нейронов, что в конечном итоге неблагоприятно отражается на умственном и психическом развитии ребенка

Дотация полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Для всех женщин в периконцепционный период желателно дополнительное поступление ПНЖК в дозировке 200-300 мг/сут с последующим продолжением во время гестации для профилактики осложнений беременности и обеспечения физиологического формирования структур головного мозга, органа зрения и иммунной системы плода. Оптимальный способ увеличения поступления ПНЖК - расширение диеты, при невозможности - медикаментозно.

Коррекция дефицита витамина Д3 (холекальциферол).

■ При дотации витаминов и минеральных веществ необходимо учитывать возможные негативные последствия их избыточного потребления (тератогенность, риск многоплодия, аллергические реакции, снижение функции щитовидной железы, токсическое воздействие на печень и желудочно-кишечный тракт).

Дополнительные мероприятия у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и экстрагенитальными заболеваниями

У женщин, имеющих гинекологические и соматические заболевания, значительно не только ухудшен прогноз наступления и вынашивания беременности, но и повышен риск для здоровья, связанный с беременностью.

Диагностические и лечебно-профилактические мероприятия у женщин с экстрагенитальными заболеваниями проводятся совместно с врачами смежных специальностей. Тактика регламентирована Приказом №1130 н от 20.10.2020 г.

Коррекция выявленных соматических и гинекологических заболеваний в период планирования беременности обеспечивает профилактику осложнений беременности и улучшает прогноз рождения здорового ребенка. Психологическое сопровождение пациенток, переживших критические акушерские состояния (near miss), редуцирует негативные последствия психотравмирующего опыта предыдущей беременности и формирует благоприятную установку на реализацию репродуктивной функции.

Мероприятия, противопоказанные в период прегравидарной подготовки

1. Избыточные назначения. Излишне глубокое обследование супружеских пар молодого возраста при отсутствии факторов риска, равно как и неоправданно широкий спектр медикаментозной профилактики и лечения, приравнивают к дефектам оказания медицинской помощи. Необходимость диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, проводимых в рамках прегравидарной подготовки, должна быть обоснована с позиций доказательной медицины.

2. Полипрагмазия.

3. Профилактическая санация влагалища

III. Ранняя диагностика беременности и постановка на «Д» учет.

Ранняя диагностика беременности и своевременная коррекция ее патологического течения. Важно, чтобы факт успешного зачатия был выявлен уже в первые дни задержки менструального цикла, женщина сразу же встала на учет в женскую консультацию и выполняла все рекомендации врача-акушера гинеколога.

Таким образом, прегравидарное консультирование необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу. Прегравидарная подготовка должна стать необходимой составной частью медицинского наблюдения всех женщин репродуктивного возраста, такой же, как обследование их во время беременности.

В целом прегравидарное консультирование, следует рассматривать, как реализацию конституционного права каждого гражданина РФ на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также, меру государственной поддержки семьи, материнства и детства.

