



Прегавидарная подготовка (лат. *gravida* – беременная, *pre* – предшествие), отечественный аналог прекоцепционной 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.

Общие положения прегавидарной подготовки

1) Рационально спланированная заблаговременная прегавидарная подготовка значительно снижает вероятность рождения детей с ВПР: дефектами нервной трубки (ДНТ), пороками сердца, челюстно-лицевыми пороками и хромосомными аномалиями.

2) Коррекция дефицита микронутриентов у будущей матери значительно улучшает соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни ее ребенка.

3) Прегавидарное 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.

4) Прегавидарное обследование и коррекция выявленных заболеваний женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода.

5) Репродуктивное просвещение и прегавидарное консультирование – безальтернативные методы повышения информированности населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики абортов и приверженности планирования и подготовки беременности.

6) 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.

7) Наилучший период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта до 12 нед. – 3–6 мес.

8) 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.

9) 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.

Этапы прегравидарной подготовки:

I. Определение состояния здоровья будущих родителей и оценка факторов риска:

- сбор анамнеза,
- физикальное обследование,
- лабораторный скрининг.

II. Профилактические мероприятия:

- планирование беременности,
- коррекция образа жизни (питания, веса, физической активности), отказ от вредных привычек,
- дотация витаминов и микроэлементов.

III. Дополнительные лечебно-профилактические мероприятия у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и экстрагенитальными заболеваниями.

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 аборт 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).

БАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

■Планирование беременности. Необходимым условием благоприятного течения и исхода беременности является ее планирование. Данный подход дает возможность будущим родителям подготовиться к беременности, улучшить собственное здоровье, исключить или уменьшить воздействие факторов риска и произвести зачатие в наиболее оптимальный для них период. Планирование семьи – это комплекс мероприятий, направленных на снижение количества нежеланных беременностей и числа аборт, на достижение оптимального интервала между беременностями и предупреждение деторождения у женщин моложе 19 и старше 35 лет с целью снижения риска материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

■Интервал между беременностями – это временной интервал между датой зачатия и датой окончания предыдущей беременности. При планировании семьи также учитывают интергенетический интервал (лат. inter – между и греч. genesis – рождение)– период между последовательными родами. Оптимальным интергенетическим интервалом считается 24 + 9 мес. (время от родоразрешения до зачатия плюс длительность беременности). 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

■рациональная контрацепция. Наилучший период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта до 12 нед. – 3–6 мес. По сравнению с более поздним наступлением беременности снижается частота повторного выкидыша, эктопической беременности, преждевременных родов, низкого веса при рождении, кесарева сечения и индуцированных родов.

■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. Оптимальный микронутриентный статус женщины перед зачатием достоверно положительно влияет на соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни будущего ребенка. Ожирение (ИМТ >30 кг/м²), как и недостаточная масса тела (ИМТ <18 кг/м²), ассоциировано со снижением фертильности 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 сердечно-сосудистым 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

■Прегравидарная вакцинация. Если пациентка до наступления беременности серонегативна в отношении вируса кори, краснухи и ветряной оспы (отсутствуют специфические IgG), то не менее чем за 3 мес. до зачатия необходимо провести вакцинацию. 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, зачатый от резус-положительного мужчины. Согласно Приказу МЗ N1030н, женщину следует информировать о необходимости ежемесячного контроля резус-АГ в крови и на сроке 28 нед. ввести специфический анти-D-иммуноглобулин с возможным повторным введением на сроке 34 нед. и обязательным – не позднее 72 ч после родов (при выявлении резус-положительного фактора у новорожденного).

■Дотация витаминов и микроэлементов.

Всем женщинам, планирующим беременность, обязателен прием фолиевой кислоты в суточной дозе 400–800 мкг не менее чем за 1 мес. до наступления беременности и на протяжении I триместра. Дефицит фолатов вызывает нарушение эмбриогенеза и

формирование ВПР у плода. 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, Клайнфельтера и др.

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. По обобщенным данным, латентный дефицит железа имеют от 60 до 85% женщин нашей страны. Анемия во время беременности повышает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, материнской и неонатальной 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. Следуя обновленным рекомендациям ВОЗ, всем менструирующим женщинам и девочкам-подросткам в регионах с частотой анемии более 40% необходимо принимать профилактическую дозу железа (30–60 мг элементарного железа) ежедневно в течение трех последовательных месяцев в году. Кроме того, по мнению экспертов ВОЗ, ежедневный прием железа и фолиевой кислоты должен быть рутинной практикой антенатального наблюдения беременных и продолжаться в течение 3 мес. после родов. Дотацию железа рекомендуется проводить с помощью препаратов железа, фортифицированных железом продуктов питания или назначением ВМК, содержащих железо.

■ Дотация полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Для всех женщин в периконцепционный период желательно 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.

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.

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, редуцирует негативные последствия психотравмирующего опыта предыдущей беременности и формирует благоприятную установку на реализацию репродуктивной функции.