

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА

Преграavidарная подготовка (от лат. *gravidā* — беременная, *pre* — предшествующий) — комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнёров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и др.) и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.

Преграavidарная подготовка необходима обоим будущим родителям, поскольку и мужчина, и женщина в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье ребёнка.

Главная задача преграavidарной подготовки — корригировать имеющиеся нарушения здоровья родителей с тем, чтобы пара вступила в гестационный период (беременность) в наилучшем состоянии здоровья и полной психологической готовности.

Преграavidарная подготовка обеспечивает снижение:

- уровня материнской смертности и заболеваемости;
- уровня перинатальной смертности и заболеваемости, в том числе недоношенных новорождённых;
- распространённости врождённых пороков развития, хромосомных аномалий и нарушений функционального развития плода (включая синдром Дауна), сформировавшихся на фоне дефицита фолатов и микроэлементов (йода, железа и др.);
- частоты преждевременных родов, особенно ранних и сверхранних;
- социальных и экономических последствий для общества, связанных с выживанием и реабилитацией детей-инвалидов;
- количества осложнённых беременностей, требующих госпитализации;
- частоту самопроизвольных выкидышей.

Оптимальный микронутриентный статус (насыщенность организма витаминно-минеральными веществами) женщины перед зачатием благоприятно отражается на соматическом здоровье, когнитивных способностях и продолжительности жизни будущего ребёнка.

Доказано, что к моменту установления факта беременности (2–3-я неделя после зачатия) многие органы и системы плода заложены, большинство стратегий по предупреждению неблагоприятных исходов беременности (включая профилактику ВПР плода) неэффективны.

Как и любая другая профилактика, **преграavidарная подготовка гораздо эффективнее, чем лечение и реабилитация** в случае гестационной неудачи.

Одним из главных показателей преграavidарной подготовки является **интергенетический интервал**. Это период времени между предыдущими и

последующими родами. При планировании семьи также учитывают временные интервалы между родами и последующей беременностью и между самопроизвольным абортom и последующей беременностью.

По данным ряда популяционных и рандомизированных исследований, слишком короткий промежуток между последовательными родами значительно **повышает риск**:

1. врождённых пороков развития;
2. смерти плода или новорождённого;
3. преждевременных родов;
4. рождения маловесных детей;
5. заболеваний матери и новорождённого.

Чрезмерное удлинение этого интервала также увеличивает частоту неблагоприятных перинатальных исходов. Современные рекомендации Всемирной организации здравоохранения (2013) регламентируют оптимальный интергенетический интервал между двумя последовательными родами длительностью 24+9 мес. (промежуток времени между родами и следующим зачатием плюс 9 мес. гестации).

Этот срок достаточен и после оперативного родоразрешения для стабилизации рубца на матке и снижения риска разрыва матки в ходе следующей беременности, а также для уменьшения вероятности вставания плаценты в рубец.

Для обеспечения адекватной послеродовой контрацепции необходимо консультировать женщину до выписки из родильного дома, а лучше обсудить этот вопрос ещё во время беременности. Лактационную аменорею следует считать надёжным методом предохранения от наступления беременности только в первые 6 месяцев после родов и при неукоснительном соблюдении следующих условий:

- на фоне эксклюзивного грудного вскармливания по требованию — без допаивания и докорма;
- при отсутствии кровянистых выделений из влагалища по истечении 56 дней после родов.

Через 6 месяцев с момента родоразрешения, а также при частичном грудном вскармливании необходимо использовать дополнительные методы, разрешённые во время кормления грудью:

- барьерную контрацепцию;
- чисто прогестиновые оральные контрацептивы — сразу после родов;
- подкожные контрацептивные имплантаты — с 6 нед после родов, а при условии дополнительного наблюдения — с 3-х суток*;
- внутриматочные системы с левоноргестрелом (через 4 нед после естественных родов либо через 6 нед после кесарева сечения) или медью (в первые 48 ч или через 4 нед после родов).
- Комбинированные эстроген-гестагенные средства допустимо назначать через 6 месяцев после родов без прекращения грудного вскармливания.

- Если женщина не кормит грудью, она может начать использовать комбинированные препараты через 42 дня после родоразрешения.
- В целом гормональная контрацепция в 1,9 раза лучше обеспечивает оптимальный интергенетический интервал, чем барьерные методы.

Наилучшее время для наступления новой беременности — период 3–6 месяцев после самопроизвольного аборта. По сравнению с зачатием, произошедшим позднее, в это время значительно ниже частота повторного выкидыша, эктопической беременности, преждевременных родов, низкой массы тела при рождении, кесарева сечения и индуцированных родов.

Возраст женщины достоверно влияет на степень акушерского риска.

Беременность в возрасте 15–19 лет сопряжена с повышенным риском анемии, преждевременных родов и преэклампсии в сравнении с беременными в возрасте 20–35 лет.

Беременные старше 35 лет ещё более подвержены акушерскому риску: значительно возрастает частота преждевременных родов, рождения маловесного ребёнка, артериальной гипертензии, гестационного диабета, предлежания и отслойки плаценты.

У женщин в возрасте старше 35 лет также увеличен риск врождённого порока развития и хромосомных аномалий плода. Риск гибели от причин, связанных с беременностью и родами, у женщин 35–39 лет в 2,5 раза выше, а после 40 лет — в 5,3 раза выше, чем в возрастной категории 20–33 лет.

Поскольку возраст — немодифицируемый фактор риска, пациентки старше 35 лет особенно нуждаются в расширенной прегравидарной подготовке для снижения акушерского риска и улучшения репродуктивного прогноза.

Прегравидарное консультирование по вопросам профилактики возможных рисков для беременности следует осуществлять как минимум за 3 мес. до планируемого зачатия.

1. Консультации специалистов: стоматолога, оториноларинголога; других специалистов — по показаниям.
2. Модификация факторов риска. Не является секретом негативное влияние табакокурения (в том числе пассивного вдыхания табачного дыма), злоупотребления алкоголем, употребления наркотических средств на сперматогенез, оогенез, возможность зачатия, вынашивание и исход беременности.
3. Необходимы нормализация режима дня (отход ко сну не позднее 23.00–24.00 обоим супругам для обеспечения физиологических условий синтеза гормонов; длительность сна 7–8 ч), умеренные физические нагрузки (снижают риск невынашивания и преждевременных родов)
4. Минимизация воздействия стрессов (в том числе социально-обусловленных).
5. Сбалансированный режим питания:
 - а. Белковый компонент рациона питания должен составлять не менее 120 г в сутки. Не следует злоупотреблять фруктами (оптимально съесть два крупных плода в день). Целесообразно ограничить употребление

кондитерских изделий, обогатить меню продуктами, содержащими повышенное количество полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК): главным образом ω -3- и ω -6-жирных кислот (рыба и морепродукты). Количество потребляемой рыбы должно превышать 350 г в неделю.

6. Нормализация массы тела:
 - а. Женщинам и мужчинам с ожирением рекомендовано снижение массы тела во избежание осложнений беременности и родов, для минимизации рисков генетической патологии плода.
 - б. Недостаточное питание служит причиной дефицита витаминов, электролитных нарушений, неблагоприятных изменений функций сердечно-сосудистой системы и заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), значимо повышающих перинатальный риск.
7. Мужчинам следует рекомендовать отказ от привычных интоксикаций (курение, употребление алкоголя, в том числе пива, и др.), медикаментов, оказывающих тератогенный эффект. Желательна нормализация массы тела. Следует ограничить воздействие вредных физических факторов, в первую очередь не допускать перегрева репродуктивных органов (как локального — например, при подогреве сидений автомобиля, так и общего — горячие ванны, банные процедуры). Необходимо также информировать мужчину о негативном влиянии на фертильность вредных производственных факторов (например, электромагнитных полей, что актуально для работников дата-центров). Информацию о коррекции образа жизни будущие родители также могут почерпнуть на сайте www.takzdorovo.ru. Следует также обратить внимание будущих родителей, что оптимальный для зачатия режим регулярной половой жизни — 2–3 раза в неделю без использования каких-либо методов контрацепции.
8. Вакцинация: Если пациентка до наступления беременности серонегативна в отношении вируса кори, краснухи и ветряной оспы (отсутствуют специфические IgG), то перед планированием зачатия необходимо провести вакцинацию. Оптимальные сроки вакцинации — не менее чем за 3 мес. до зачатия. Эффективность вакцинации составляет 96% и обеспечивает иммунитет на период 12 лет и дольше.
9. Препараты:
 - а. Фолаты — обязательное назначение. Для профилактики ДНТ, других пороков развития и осложнённого течения беременности всем без исключения женщинам, готовящимся к зачатию, необходимо в течение 3 мес. до зачатия и как минимум на протяжении I триместра гестации принимать фолаты (оптимально в составе фолатсодержащих комплексов) в дозировке 400–800 мкг/сут. В группах высокого риска ДНТ доза должна быть увеличена до 4000 мкг/сут (под контролем содержания гомоцистеина в крови)А .
 - б. Йод. В йоддефицитных регионах (95% территории РФ) для профилактики эндемического кретинизма и врождённых заболеваний щитовидной железы у ребёнка в течение 3 мес. до зачатия необходимо дополнительное назначение препаратов йода: женщинам — в дозе 250 мкг/сут, мужчинам — 100 мкг/сутА . При наступлении беременности количество потребляемого женщиной йода должно быть увеличено.

- c. Железо. Решение о дотации железа необходимо основывать на данных лабораторной оценки показателей красной крови.
- d. Витамин D. Всем женщинам, готовящимся к зачатию, желательно получать витамин D в дозе 600–800 МЕ/сут.
- e. ПНЖК. У всех женщин в периконцепционный период желательно дополнительное поступление ПНЖК в дозировке 200–300 мг/сут с последующим продолжением на протяжении всей гестации для профилактики осложнённого течения беременности и физиологического формирования структур головного мозга, органа зрения и иммунной системы плода. Оптимальный способ увеличения поступления ПНЖК — расширение диеты, при невозможности — медикаментозно.