

Прегравидарная подготовка



Прегравидарная подготовка – это комплекс мероприятий, направленных на подготовку к зачатию, планирование будущей беременности.

Слово "прегравидарная" происходит от двух слов - приставки "пре", обозначающей предшествование чему-либо (или расположение перед чем-либо), и латинского слова "gravida" (беременная).

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 дам 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. *grávida* -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. Преконцепционная оценка факторов риска и коррекция выявленных нарушений - наилучший доказанный способ снижения акушерских и перинатальных осложнений [1, 2]: 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 выживанием 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 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).

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

Прегавидарное 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 АД и включить их в группу риска осложнений беременности: преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, ЗРП, преждевременных родов. Стабилизация АД в прекоцепционный период с помощью антигипертензивных средств значительно снижает риск акушерских и перинатальных осложнений.

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 АД, 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.

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, то не менее чем за 3 мес. до зачатия необходимо провести вакцинацию. Противопоказания к вакцинации: иммунодефицит, онкологические заболевания, аллергия на аминогликозиды 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 №1130, женщину следует информировать о необходимости ежемесячного контроля резус-АТ в крови и на сроке 28 нед. ввести специфический антирезусный - 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.

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, Клайнфельтера 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 периконцеп-ционный 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 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.

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.

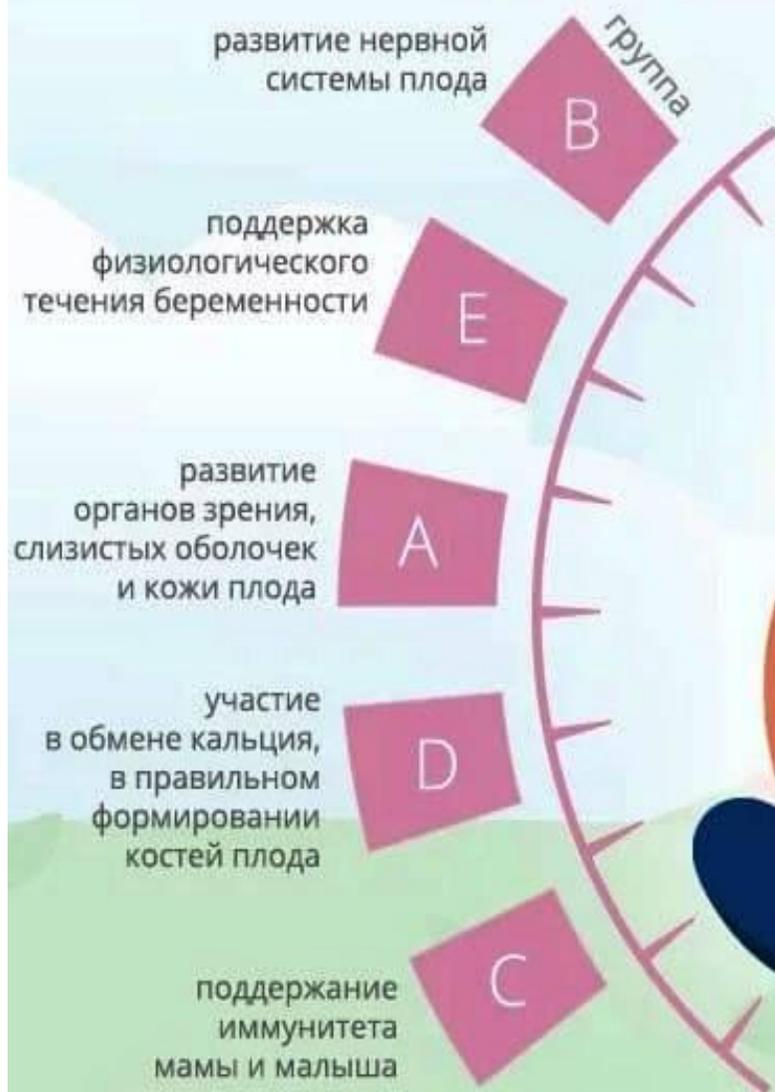
Ранняя диагностика беременности и своевременная коррекция ее патологического течения. Важно, чтобы факт успешного зачатия был выявлен уже в первые дни задержки менструального цикла, женщина сразу же встала на учет в женскую консультацию и выполняла все рекомендации врача-акушера гинеколога.

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.

- Необходимые витамины и минералы во время беременности -

Витамины



Минералы



