

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА И ГЕНОФОНД НАЦИИ**З. А. Дусчанова**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской Академии, Ургенч, Узбекистан

Ключевые слова: предгравидарная подготовка, беременность, фолиевая кислота, здоровый ребёнок.**Таянч сўзлар:** хомиладорликка тайёргарлик, хомиладорлик, фолат кислота, соғлом авлод.**Key words:** pregravid preparation, pregnancy, folic acid, healthy child.

Предгравидарная подготовка включает в себя комплекс мероприятий, направленных для подготовки супружеских пар к полноценному зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка, а также сохранить здоровый генофонд нации. Проведение предгравидарной подготовки рекомендовано женщинам, планирующим беременность, с жалобами и без них, пациенткам с бесплодием, при наличии невынашивания беременности в анамнезе. Комплекс мероприятий, направленных на подготовку женщины к беременности, включает в себя сбор анамнеза, клинико-лабораторное обследование с целью выявления экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, а также комплексное лечение, если оно необходимо.

ХОМИЛАДОРЛИККА ТАЙЁРГАРЛИК ВА МИЛЛАТ ГЕНОФОНДИ**З. А. Дусчанова**

Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали, Урганч, Ўзбекистон

Хомиладорликка тайёргарлик – ўз ичига комплекс чора-тадбирларни олиб, эр-хотин жуфтлигини тўлақонли хомилани уруғлантиришга, уни муддатида туғилиши ва соғлом фарзанд кўриш, шу билан биргалликда соғлом миллат генофондини сақлашга қаратилгандир. Барча хомиладорликни режалаштираётган аёлларга унинг шикоятлари бор йўқлигидан қатъий назар, бепуштлиги бўлган ёлларда ва агар анамнезида асоратли хомиладорлик бўлган барча аёлларга хомиладорликка тайёрланиш тавсия этилади. Хомиладорлик учун аёлни тайёрлашга қаратилган қатор тадбирлар экстрагенитал ва гинекологик касалликларни аниқлаш учун керак бўладиган анамнез, клиник ва лаборатория текширувини, шунингдек, зарур

PREGRAVID PREPARATION AND NATIONS GENOFUND**Z. A. Duschanova**

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

Pregravid preparation includes a set of activities aimed at preparing married couples for full conception, bearing a pregnancy and having a healthy child, as well as preserving the nation's healthy gene pool. Pregravid preparation was recommended for women planning pregnancy with and without complaints; patients with infertility, in the presence of miscarriage in history. A set of measures aimed at preparing a woman for pregnancy, includes collecting anamnesis, clinical and laboratory examination to identify extragenital and gynecological diseases, as well as comprehensive treatment, if necessary.

Предгравидарная подготовка (лат. Gravid – беременная, pre – предшествие) необходима обоим будущим родителям, поскольку они в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и несут сопоставимую ответственность за здоровое зачатие и рождение здорового ребенка. В настоящее время вопросам плановой подготовки супружеских пар к беременности и родам уделяется большое внимание. Согласно данным литературы, более 40% беременностей являются незапланированными.

В зарубежные гинекологические клиники с целью подготовки к предполагаемой беременности обращается каждая 3–4-я супружеская пара. Количество супружеских пар, решающих аналогичные проблемы в нашей стране, намного ниже, что связано с отсутствием знаний о программах предгравидарной подготовки, как у врачей акушеров-гинекологов, так и у пациенток. Здоровье ребенка начинает формироваться во внутриутробном периоде и во многом определяется здоровьем родителей и течением беременности.

Оценка факторов риска и коррекция нарушений – это лучший 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 для общества, связанных с выхаживанием и реабилитацией недоношенных детей и детей-инвалидов, что нарушает генфонд нации.

Общие положения предгравидарной подготовки

- Рационально запланированная беременность значительно снижает вероятность рождения детей с пороками развития (ВПР) такими как: дефектами нервной трубки (ДНТ), пороками сердца и хромосомными аномалиями.

- Коррекция дефицита витаминов и минералов значительно улучшает состояние здоровья будущей матери.

- Предгравидарное консультирование – врачи акушеры-гинекологи должны проводить всем женщинам репродуктивного возраста при любом визите.

- Предгравидарное обследование и коррекция выявленных заболеваний женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода.

- В интересах сохранения здоровья матери и ребенка интергестационный интервал должен составлять не менее 2-2,5 года. При наличии экстрагенитальных заболеваний оптимальная длительность интергестационного 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.

Этапы предгравидарной 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, коррекция витаминного и минерального баланса.

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

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 еще более подвержены акушерскому риску, в том числе АГ, гестационного диабета, отслойки плаценты. Риск материнской смертности в 35 – 39 лет в 2,5 раза выше, а после 40 лет – в 5,3 раза выше, чем женщин 20-30 лет. После 35 лет увеличивается риск ВПР и хромосомных аномалий плода.

В целом около 2–3% всех детей рождаются с различными аномалиями развития. Консультацию генетика при планировании беременности необходимо настоятельно рекомендовать супругам, имеющим в настоящем или предыдущих браках ребенка с ВПР или наследственными заболеваниями, а также при выявлении аномального кариотипа в остатках плодного яйца после досрочного прерывания беременности.

Регулярное измерение артериального давления позволяет выявить женщин с артериальной гипертензией и включить их в группу риска осложнений беременности: преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, ЗВРП, преждевременных родов.

Правильный образ жизни (питания, веса, физической активности)

Соблюдение режима дня, умеренные физические нагрузки, исключение стрессов и сбалансированный режим питания являются наиболее важными аспектами эффективности прегравидарной подготовки.

Ожирение (ИМТ>30кг/м²), ассоциировано со снижением фертильности и пациенткам

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 сахарный 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.

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.

Профилактика резус-конфликта

Резус-конфликт возникает при беременности резус-отрицательной матери резус-положительным плодом, зачатым от резус-положительного мужчины. Согласно Приложению №17 к приказу МЗ Республики Узбекистан №137 от 18.05.2012, женщину следует информировать о необходимости ежемесячного контроля резус-АТ в крови с 12 недель, при отсутствии иммунизации в 28 недель и в первые 72 часа после родов.

Приём 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 до 12 недель беременности по 1мг/сут. Дефицит фолатов вызывает нарушение эмбриогенеза и формирование ВПР у плода, в том числе ДНТ. В европейских странах частота ДНТ составляет 100 на 100 000 новорожденных, в странах Латинской Америки достигает 500, в России – 200-300.

Также следствием дефицита фолатов являются аномалии конечностей, ушей, мочевыделительной системы, расщелина верхнего неб, омфалецеле, часто диагностируют пороки сердечно-сосудистой системы.

Назначение фолатов в составе витаминно-минеральных комплексов (Элевит Пронаталь, содержащий 800 мкг фолиевой кислоты) также эффективно снижает риск пороков развития у плода. Сочетанное применение фолиевой кислоты с другими витаминами группы В (В6, В12) улучшает метаболизма фолатов в организме, обеспечивая деятельность ферментов фолатного цикла, что особенно важно у женщин, которые имеют нарушения их функции вследствие генетического полиморфизма.

Мужчинам в период планирования зачатия ребенка, также как и будущей матери, рекомендовано принимать профилактическую дозу фолиевой кислоты, которая 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, необходим дополнительный прием йода. При проживании в эндемичном по йододефициту районе рекомендуется доза 200 мкг/сут. 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.

Заключение. Таким образом, предгравидарная подготовка способствует наступлению беременности с оптимальными показателями, предупреждает развитие гестационных осложнений и позволяет улучшить перинатальные исходы, и тем самым улучшает здоровье будущего поколения.

Использованная литература:

1. Бахарева И.В. РМЖ. Рубрика: Гинекология Акушерство. Мать и дитя №12 от 13.06.2017 стр. 889-894.
2. Овсянникова Т.В. Предгравидарная подготовка пациенток с воспалительными заболеваниями женских половых органов. “Эффективная фармакотерапия. Акушерства и гинекология” №3 (28) 2013
3. Пустотина О.А. Прегравидарная подготовка. Медицинский совет №13, 2017. Стр. 64-69.
4. Пустотина О.А. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности в анамнезе. Медицинский совет №04, 2016. Стр. 130-136.
5. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан №137 от 18.05.2012. Об организации и обеспечения антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.
6. Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в 21 веке. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.Стр. 17.
7. Радзинский В.Е. Предгравидарная подготовка: клинический протокол. М.: Редакция журнала Status Praesens, 2016.80с.