

И.Н. Коротких¹, В.Ю. Бригадирова¹, Е.В. Косых¹

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА: НОВАЯ МОДА ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?

¹ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. акушерства и гинекологии №1;

²БУЗ ВО Воронежская городская клиническая больница № 3, г. Воронеж

Резюме. В современной клинической практике врач акушер гинеколог все чаще сталкивается с необходимостью «дородовой» подготовки для достижения оптимального состояния здоровья для успешной беременности. Каждый день появляются десятки научных статей и изданий о прегравидарной подготовке, так что же это – новая мода или необходимость? Целью этой работы было провести обзор литературных данных о прегравидарной подготовке, ее влиянии на течение гестации, исходы для матери и плода и профилактику возможных осложнений, и тем самым помочь разобраться практикующему врачу в целесообразности ее назначения.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, беременность, перинатальные исходы.

По общемировым данным почти 52% беременностей наступают в парах, которые эту беременность не планировали, что означает около половины беременностей происходят по случайности, а не по осознанному выбору. Чаще всего женщина узнает о наступившей гестации в сроке 4-5 недель, когда основные эмбриональные структуры уже начали формироваться, и будет ли такая беременность иметь успех остается актуальной проблемой. Именно поэтому заблаговременное планирование беременности и, как следствие, вступление в здоровую гестацию являются важным аспектом как для супружеской пары, так и для всех акушеров-гинекологов.

Прегравидарная подготовка - это комплекс профилактических мероприятий для уменьшения репродуктивных рисков у конкретной пары. Основной задачей является наступление гестации в период наилучшего состояния здоровья и полной психологической готовности [2]. Прегравидарная подготовка актуальна как для женщин, так и для мужчин, поскольку эмбрион получает их генетический материал в равной степени [1]. Следуя бюллетеню ВОЗ "Политика прекоцепционной подготовки", о прегравидарной подготовке необходимо консультировать любую женщину репродуктивного возраста, вне зависимости от причины ее визита к акушеру-гинекологу, если данная женщина не использует надежных методов контрацепции или не против факта наступления беременности [3]. Однако, Прохорова О.В., Обоскалова Т.А., Воронцова А.В., Киселева М.К. выяснили, что прегравидарное консультирование у первородящих проделось только у каждой второй женщины, а у повторнородящих в 67,5% [10]. К настоящему времени в литературе накопилось большое число публикаций и данных о целесообразности прегравидарной подготовки, а также ее благоприятном влиянии на репродуктивные исходы.

Так, например, целесообразно прекоцепционно оценить перинатальные риски для матери и плода, в частности уделить внимание хроническим заболеваниям, отягощенному акушерско-гинекологическому анамнезу, наследственным болезням,

типу питания, вредным привычкам. Прегравидарная подготовка в данных группах значительно улучшает перинатальные исходы, а также снижает частоту осложнений в родах [13] [14] [15].

Многие авторы утверждают, что прегравидарное назначение фолиевой кислоты, в том числе в составе пренатальных поливитаминных комплексов, ассоциировано со снижением рисков врожденных аномалий плода, в том числе пороков нервной трубки [7][8][9]. В 2016 году прекоцепционное назначение (в течение 3 месяцев) фолиевой кислоты в дозировке 400-800 мкг/сут утверждено в официальном российском клиническом протоколе по прегравидарной подготовке, а ее неназначение предписывается к дефектам оказания медицинской помощи [2].

У женщин с гипергомоцистеинемией прегравидарное назначение фолатов и мультивитаминных комплексов позволяет снизить перинатальный риск при наступлении беременности [21].

Курмачева Н.А. считает, что своевременная прекоцепционная профилактика йододефицита у женщин, планирующих беременность, является одним из аспектов правильного развития мозга плода, а также снижает риск когнитивных дисфункций у потомства. [11], а Ковалева А.И. – что прегравидарная терапия препаратами железа снижает частоту анемии младенцев в 2 раза (3,1 – 21,9% в три и 12,2 – 37,8% в шесть месяцев) [12].

Так же есть сведения о том, что независимо от прибавки веса в течение гестации, у женщин с индексом массы тела больше 30 в прегравидарном периоде возрастает риск гестационной гипертензии и сахарного диабета по сравнению с женщинами с нормальным индексом (18,5-24,9), а у женщин с недостаточной массой в прегравидарном периоде (ИМТ менее 18,5) увеличивается риск преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела [28].

Прегравидарная подготовка у женщин с генитальным герпесом, по мнению Владимировой Н.Ю., с использованием ацикловира, имунофана, плазмафереза снижает частоту невынашивания, а также способствует неосложненной беременности [16].

По данным Белоусова Д.М., терапия при нарушениях гемодинамики матки и неполноценного эндометрия у женщин с привычным невынашиванием, назначение прегравидарно за 2-3 месяца до предполагаемой гестации (или до нормализации состояния) вазоктивных препаратов (аспирин 0,25 г через один день через 30 минут после еды с 1-го по 21 день менструального цикла, курантил 0,025 г 3 раза в день в непрерывном режиме) и эстрогенгестагеновых препаратов с усилением гестагенного эффекте во вторую фазу (фемостон 1/5 по 1 таблетке в день с 1 по 28 день менструального цикла, дюфастон по 1 таблетке в день с 16 дня по 25 день менструального цикла) способствовала предупреждению привычной потери беременности I триместра, а также пролонгации беременности в 89,4% случаев [5].

У женщин с сахарным диабетом 1 типа, прошедших прекоцепционную подготовку, отмечаются более благоприятные исходы для плода, а именно меньше случаев антенатальной гибели плода, хронической внутриутробной гипоксии плода, синдрома внутриутробной задержки роста плода, беременность реже осложняется гестозом и преэклампсией, в 2 раза реже происходят преждевременные роды, и в 1,5 раза реже диабетическая фетопатия [18].

В литературе имеются убедительные данные, о том что прегравидарное лечение заболеваний щитовидной железы достоверно улучшает перинатальные исходы [24]. Среди женщин, страдающих тиреотоксикозом, прогноз для матери и потомства был лучше в большинстве исследований, у той части женщин, которые начали контролировать заболевание прекоцепционно, в сравнении с теми, кому диагноз был установлен на ранних сроках беременности и немедленно была начата соответствующая терапия [23]. Аналогичным образом, в исследованиях показано, что женщины с гипотиреозом, лечение которых начато заблаговременно перед беременностью, не имеют повышенного риска перинатальной заболеваемости, по сравнению с теми, кому диагноз был выставлен на момент уже текущей гестации [25].

Таким образом прегравидарная подготовка достоверно улучшает перинатальные исходы как для матери, так и плода, снижает риск развития осложнений во время течения беременности и в родах, является неотъемлемой частью любой успешной гестации, а прекоцепционная консультация должна проводиться каждым акушером-гинекологом всем женщинам репродуктивного возраста вне зависимости от цели визита.

Исходя из этого, прегравидарная подготовка является крайне актуальной для современного акушерства, а следовательно требует дальнейшего изучения и оптимизации схем ее назначения, для достижения максимального эффекта.

Литература.

1. Van der Zee B., De Beaufort I.D. Preconception care: a parenting protocol: a moral inquiry into the responsibilities of future parents towards their future children // Bioethics. 2011. Vol. 25. №8. P. 451–457. [PMID: 21929704]
2. Прегравидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.
3. Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. URL:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf?ua=1
4. Клиническое руководство под редакцией А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, И.В. Игнатко, Л.Д. Белоцерковцевой «Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечение», Москва, 2011
5. Прегравидарная подготовка женщин с привычным невынашиванием беременности ранних сроков/Белоусов Д.М./автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Москва, 2007
6. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности в анамнезе/Пустотина О.А., Ахмедова А.Э./Медицинский совет. 2016. № 4. С. 130-136.
7. Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. J Obstet Gynaecol Can. 2006;28(8):680–9. [PubMed]

8. De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Peña-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(10):CD007950. [PMC free article] [PubMed]
9. Мультивитаминные препараты для прегравидарной подготовки: оптимальное содержание фолиевой кислоты/Донников А.Е./Медицинский алфавит. 2016. Т. 2. № 17 (280). С. 13-19.
10. Оценка осведомленности преобладающих пациенток об особенностях прегравидарной подготовки/Прохорова О.В., Обоскалова Т.А., Воронцова А.В., Киселева М.К./Уральский медицинский журнал. 2017. № 6 (150). С. 36-39.
11. Роль адекватного потребления йода во время беременности для профилактики нарушений интеллекта у детей: выбор дозы йодсодержащих препаратов/Курмачева Н.А./Гинекология. 2015. Т. 17. № 5. С. 20-23.
12. Влияние прегравидарной подготовки препаратом железа на состояние новорожденных и частоту возникновения анемий в первые шесть месяцев жизни/А.И. Ковалева, Т.Ю.Егорова, В.Г. Вакульчик, Н.Э. Малейтина/Журнал ГГМУ 2005. №3. С. 132-135
13. Spronsen F.J., Smit G.P., Erwich J.J. Inherited metabolic diseases and pregnancy // *BJOG.* 2005. Vol. 112. № 1. P. 2–11.
14. Stubblefield P.G., Coonrod D.V., Reddy U.M. et al. The clinical content of preconception care: reproductive history // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. № 6. Suppl. 2. P. S373– S383.
15. McDiarmid M.A., Gardiner P.M., Jack B.W. The clinical content of preconception care: environmental exposures // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. № 6. Suppl. 2. P. S357–3361.
16. Дифференцированный подход к прегравидарной подготовке и ведению беременности у женщин с "синдромом потери плода"/Владимирова Н.Ю./автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Челябинск, 2007 .
17. Прегравидарная подготовка женщин с сахарным диабетом(СД) 1 типа: исход для матери и плода/Гаджиева В.Д., Жданова В.Ю., Рыкалина Н.А., Измайлова Ф.А./Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2009. №6. С. 72-76.
18. Elwood M., Little J., Elwood J.H. Epidemiology and control of the neural tube defects/ Oxford: Oxford University Press, 1992.
19. Pregravid preparation of fertile aged women with infertility. Podolskiyi V.I., Podolsky V.V. *Перинатология и педиатрия.* 2016. №3 (67). С. 53-57.
20. Прегравидарная подготовка от теории к практике. Дискуссионные вопросы прегравидарной подготовки в России. Соловьёва А.В., Оленев А.С. *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* 2014. № 1 (18). С. 55-62.
21. Прегравидарная подготовка женщин с гипергомоцистеинемией. Озолина Л.А., Кашежева А.З. *Гинекология.* 2013. Т. 15. № 2. С. 67-70.
22. Прегравидарная подготовка как скрининг и рутинная практика. Международный опыт и клинические рекомендации. Джобава Э.М. *Акушерство и гинекология.* 2016. № 11. С. 16-21.
23. Mestman JH. Hyperthyroidism in pregnancy. *Clin Obstet* 1997;40:45-64.
24. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. Anne L. Dunlop, MD, MPH; Brian W. Jack, MD; Joseph N. Bottalico, DO; Michael C. Lu, MD, MS, MPH; Andra James, MD, MPH; Cynthia S. Shellhaas, MD, MPH; Lynne Haygood-Kane Hallstrom, DO, CNM, MS; Benjamin D. Solomon, MD; W. Gregory Feero, MD, PhD; M. Kathryn Menard, MD, MPH; Mona R. Prasad, DO, MPH. *American Journal of Obstetrics & Gynecology Supplement to DECEMBER 2008.* P.310-327.
25. Tan TO, Cheng YW, Caughey AB. Are women who are treated for hypothyroidism at risk for pregnancy complications? *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:e1-3.
26. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. Bortolus R, Oprandi NC, Rech Morassutti F, Marchetto L, Filippini F, Agricola E, Tozzi AE, Castellani C, Lalatta F, Rusticali B, Mastroiacovo P. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Jan 5;17(1):5. doi: 10.1186/s12884-016-1198-z. PMID: 28056865
27. The Impact of Maternal Obesity and Excessive Gestational Weight Gain on Maternal and Infant Outcomes in Maine: Analysis of Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Results from 2000 to 2010. Baugh N, Harris DE, Aboueiassa AM, Sarton C, Lichter E. *J Pregnancy.* 2016;2016:5871313. Epub 2016 Sep 22. PMID: 27747104.

28. Shin D, Song WO. Prepregnancy body mass index is an independent risk factor for gestational hypertension, gestational diabetes, preterm labor, and small- and large-for-gestational-age infants. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015;28(14):1679-1686.

Abstract.

I.N.Korotkih, V.U.Brigadirova, E.V. Kosykh

PRECONCEPTION CARE - A NEW FASHION OR NECESSITY?

Voronezh State Medical University, dep. of obstetrics and gynecology #1

Voronezh State Hospital #3

In the modern clinical practice gynecologists more often face with necessity of “preconception” care for achieving optimal health conditions for success pregnancy. Every day lots of different science articles appear, so what is the preconception care – a new fashion or necessity? The aim of this work was to overview data by different authors about preconception care, its influence on pregnancy, mothers’ and children’s outcomes and prevention complications, and to help doctors to estimate the practicability of its prescribing.

Keywords: preconception care, pregnancy, perinatal outcomes.

References.

1. Van der Zee B., De Beaufort I.D. Preconception care: a parenting protocol: a moral inquiry into the responsibilities of future parents to their future children // *Bioethics.* 2011. Vol. 25. № 8. R. 451-457. [PMID: 21929704]
2. Pre-game training: clinical protocol / [self-development. V.E. Radzinsky and others]. - M.: Editorial office of the journal *StatusPraesens*, 2016. - 80 p.
3. Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf?Ua=1
4. Clinical guidelines edited by A.N. Strizhakova, A.I. Davydova, I.V. Ignatko, L.D. Belotserkovtsevoy "Unintentional pregnancy: pathogenesis, diagnosis, treatment", Moscow, 2011
5. Pregravidary preparation of women with habitual miscarriages of early pregnancy / Belousov DM / the dissertation author's abstract on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences / Moscow, 2007
6. Pregravidary preparation of women with miscarriage in a history / Pustotina OA, Akhmedova AE / *Medical Council.* 2016. № 4. P. 130-136.
7. Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006; 28 (8): 680-9. [PubMed]
8. De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Peña-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (10): CD007950. [PMC free article] [PubMed]
9. Multivitamin preparations for pregravid preparation: the optimal content of folic acid / Donnikov AE / *Medical alphabet.* 2016. T.2. № 17 (280). C.13-19.
10. Assessment of the awareness of pre-generational patients about the features of pregravid preparation / Prokhorova OV, Oboskalova TA, Vorontsova AV, Kiseleva MK / *Urals Medical Journal.* 2017. No. 6 (150). Pp. 36-39.
11. The role of adequate intake of iodine during pregnancy for the prevention of intellectual disorders in children: the choice of the dose of iodine-containing drugs / Kurmacheva NA / *Gynecology.* 2015. T. 17. № 5. P. 20-23.
12. The effect of pregravid preparation of iron preparations on the state of newborns and the incidence of anemia in the first six months of life / A.I. Kovaleva, T.Y. Egorova, V.G. Vakulchik, N.E. Maleytina / *Journal of the State Medical University* 2005. №3. Pp. 132-135
13. Spronsen, F.J., Smit, G. P., Erwich, J.J. Inherited metabolic diseases and pregnancy // *BJOG.* 2005. Vol. 112. № 1. P. 2-11.
14. Stubblefield P.G., Coonrod D.V., Reddy U.M. et al. The clinical content of preconception care: reproductive history // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. No. 6. Suppl. 2. P. S373-S383.
15. McDiarmid M.A., Gardiner P.M., Jack B.W. The clinical content of preconception care: environmental exposures // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. No. 6. Suppl. 2. P. S357-3361.

16. Differentiated approach to pregravid preparation and pregnancy in women with "fetal loss syndrome" / Vladimirova N.Yu. / thesis abstract for the degree of Doctor of Medical Sciences / Chelyabinsk, 2007.

17. Preliminary education of women with diabetes mellitus (DM) type 1: outcome for the mother and fetus / Tadjieva VD, Zhdanova V.Yu., Rykalina NA, Izmailova FA / Bulletin of the Russian University of Peoples' Friendship. Series: Medicine. 2009. №6. P.72-76.

18. Elwood M., Little J., Elwood J.H. Epidemiology and control of the neural tube defects / Oxford: Oxford University Press, 1992.

19. Pregravid preparation of fertile aged women with infertility. Podolskiyi VI.V., Podolsky V.V. Perinatologia and pediatrics. №3 (67) .С.53-57.

20. Pre-graduation preparation from theory to practice. Discussion questions of pregravid training in Russia. Solovyova AV, Olenev AS

StatusPraesens. Gynecology, obstetrics, barren marriage. 2014. No. 1 (18). Pp. 55-62.

21. Pre-education training for women with hyperhomocysteinemia.

Ozolinya LA, Kashezheva AZ The gynecology. 2013. T. 15. № 2. S. 67-70.

22. Pre-grained training as screening and routine practice. International experience and clinical recommendations. Jobava E.M. Obstetrics and gynecology. 2016. No. 11. P. 16-21.

23. Mestman JH. Hyperthyroidism in pregnancy. Clin Obstet 1997; 40: 45-64.

24. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. Anne L. Dunlop, MD, MPH; Brian W. Jack, MD; Joseph N. Bottalico, DO; Michael C. Lu, MD, MS, MPH; Andra James, MD, MPH; Cynthia S. Shellhaas, MD, MPH; Lynne Haygood-Kane Hallstrom, DO, CNM, MS; Benjamin D. Solomon, MD; W. Gregory Feero, MD, PhD; M. Kathryn Menard, MD, MPH; Mona R. Prasad, DO, MPH. American Journal of Obstetrics & Gynecology Supplement to DECEMBER 2008. P.310-327.

25. Tan TO, Cheng YW, Caughey AB. Are women who are treated for hypothyroidism at risk for pregnancy complications? Am J ObstetGynecol 2006; 194: e1-3.

26. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. Bortolus R, Oprandi NC, Rech Morassutti F, Marchetto L, Filippini F, Agricola E, Tozzi AE, Castellani C, Lalatta F, Rusticali B, Mastroiacovo P. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Jan 5;17(1):5. doi: 10.1186/s12884-016-1198-z. PMID: 28056865

27. The Impact of Maternal Obesity and Excessive Gestational Weight Gain on Maternal and Infant Outcomes in Maine: Analysis of Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Results from 2000 to 2010. Baugh N, Harris DE, Aboueissa AM, Sarton C, Lichter E. J Pregnancy. 2016;2016:5871313. Epub 2016 Sep 22. PMID: 27747104.\

28. Shin D, Song WO. Prepregnancy body mass index is an independent risk factor for gestational hypertension, gestational diabetes, preterm labor, and small- and large-for-gestational-age infants. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015;28(14):1679-1686.

Сведения об авторах: Коротких Ирина Николаевна- доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедры акушерства и гинекологии №1 ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Бригадирова Валерия Юрьевна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Косых Екатерина Владимировна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, врач акушер – гинеколог БУЗ ВО «ВГКБ№3». ekaterina1991kosykh@gmail.com.