



СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПА ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ВРАЧУ И БУДУЩИМ РОДИТЕЛЯМ (ЧАСТЬ 1)

Удовика Н.А., кандидат медицинских наук,
доцент ГП «Луганского государственного медицинского университета»



Степура В.В., врач акушер-гинеколог Луганской городской
многопрофильной больницы №2

N.A.Udovika, V.V.Stepura
Compliance with the principles preparation before
pregnancy: What you should know the doctor
and future parents (part 1)

*Главным условием рождения здорового ребенка
должны стать нормальный образ жизни родителей
и осознанная их личная ответственность за будущее ребенка*

Резюме. В статье рассмотрены основные вопросы организации прегравидарной подготовки. Указано, что беременности должны быть планируемыми, а уважительное отношение будущих родителей к зарождающейся жизни могут заранее свести к минимуму многие факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на организм матери и будущего ребенка. Прегравидарная подготовка включает определение исходного состояния здоровья будущих родителей; комплекс мероприятий по подготовке организма каждого родителя к зачатию и женщины к беременности; могут быть даны рекомендации по определению оптимальных дней для зачатия. Прегравидарную подготовку целесообразно рекомендовать как минимум за год до предполагаемого момента зачатия.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, беременность, планированность, образ жизни, питание, щитовидная железа, экстрагенитальная патология

Summary. In the article the basic questions of the organization preparation before pregnancy. It is indicated that pregnancy should be planned, and respect for parents to nascent life may advance to minimize the many factors that have an adverse effect on the mother and the unborn child. Preparation before pregnancy includes the definition of the initial state of the health of future parents; a set of measures on preparation of the body of each parent to conceive and female for pregnancy. They may be given guidance on determination of the optimal days for conception. Preparation before pregnancy training appropriate to recommend at least one year before the alleged conception.

Keywords: preparation before pregnancy, pregnancy, planning, lifestyle, nutrition, thyroid, extragenital pathology.

Беременности должны быть планируемыми, а уважительное отношение будущих родителей к зарождающейся жизни может заранее свести к минимуму многие факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на организм матери и будущего ребенка [1, 5, 7, 9]. К сожалению, большее число беременностей наступает случайно, что нередко является причиной психологического дискомфорта и стресса у партнеров, а отсюда – их собственных физических недугов и проблем у детей [1, 2, 4, 7, 9]. Подготовка на этапе планирования беременности (*прегравидарная подготовка*) включает формирование чувства моральной и ответственной готовности к беременности и ребенку, а значит осознанное изменение образа жизни, отказ от вредных привычек, медицинское консультирование и др. Прегравидарную подготовку нужно рекомендовать начинать как минимум за год до предполагаемого момента зачатия. В целом подготовка к беременности включает определение исходного состояния здоровья будущих родителей; комплекс мероприятий по подготовке организма каждого родителя к зачатию и женщины к беременности; могут быть даны рекомендации по определению оптимальных дней для зачатия.

Позволим себе остановиться на путях решения основных из этих

вопросов. Безусловно, более тщательное обследование потребуется будущей маме, ибо именно в ее организме будет развиваться ребенок. Так, нужно отказаться от вредных привычек, соблюдать режим труда и отдыха, полноценно питаться и отдыхать, избегать негативные эмоции и стрессы. Немаловажным фактором успешного зачатия и физиологического протекания беременности является психологический комфорт в семье. При этом важно понимать, как за «красивым фасадом», так и за «нищенской оградой» могут скрываться как тяжелые переживания, так и полный покой, гармония и удовлетворенность [2].

Питание должно быть разнообразным, но характерным для региона проживания. В пищевой рацион *обязательно* включать каши, хлеб, макаронные изделия, крупы, картофель; фрукты и овощи, лучше свежие и выращенные в местности проживания; мясо, а также молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт, сыр) с низким содержанием жира, яйца, бобовые. Жирное мясо и мясные продукты лучше заменить на бобовые, зерновые, рыбу, птицу. Выбирать продукты с низким содержанием сахара отказаться от употребления сладких напитков. Общее количество соли в пище не должно превышать одну чайную ложку (не более 6 г в день).

Накануне зачатия женщину необходимо проинформировать о методах профилактики заражения токсоплазмозом и другими инфекциями, передающимися с пищей: не есть сырое и плохо прожаренное мясо; тщательно чистить и мыть овощи и фрукты перед едой; мыть руки и кухонные поверхности, посуду, после контакта с сырым мясом, овощами и фруктами, морскими продуктами, домашней птицей; использовать перчатки во время садоводства или контакта с землей, которые могут быть заражены фекалиями кошек; не брать в дом во время беременности бездомных кошек, не давать кошкам сырое и недостаточно обработанное мясо [1, 4, 7, 9].

Несколько подробнее остановимся на роли **щитовидной железы**. Напомним, Т3 (трийодтиронин) и Т4 (тироксина) – *гормоны щитовидной железы*, которые отвечают за обмен жиров, белков и углеводов в организме, работу половой и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, а также за психические функции [1, 4]. Выработка этих гормонов стимулируется *тиреотропным гормоном* (ТТГ) *гипофиза*; ТТГ с кровью доставляется к клеткам щитовидной железы и взаимодействует с особой областью на поверхности клеток – рецепторами к ТТГ. При этом формируются два типа эффектов: 1) усиление функ-

ции клеток щитовидной железы, когда щитовидная железа по «команде» ТТГ начинает *активнее вырабатывать* гормоны Т4 и Т3; 2) усиление процессов роста ткани щитовидной железы с увеличением общего объема этого органа (*зоб, гиперплазия*).

Избыток гормонов щитовидной железы приводит к тиреотоксикозу (жар, потливость, раздражительность, нервозность, иногда трясутся руки; развиваются нарушения ритма и ухудшается функция сердца). Уровень ТТГ снижен. Лечение проводится до полной их нормализации (тиамазол (мерказолил, тирозол, метизол), пропилтиоурацил (не оказывает тератогенное действие), β-адреноблокаторы (пропранолол), насыщенный раствор калия йода, иопановая кислота (рентгенконтрастное вещество), глюкокортикоиды; или операция (субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву); или терапия радиоактивным йодом (йод-131, I 131, радиойод) [1, 4, 7, 9].

Недостаток гормонов щитовидной железы Т3 и Т4 (уровень ТТГ повышен) проявляется слабостью, вялостью, сонливостью, развитием депрессии, ощущением зябкости, отечностью. Будто в организме наступает зима – все засыпает. Характерны нарушения менструального цикла, снижается способность к наступлению беременности. У

мужчин снижается потенция. При первичном обследовании пациента с подозрением на гипотиреоз важно определять и гормоны железы и антитела к тиреопероксидазе (ТПО) (диагностика воспалительных аутоиммунных заболеваний щитовидной железы (аутоиммунного тиреоидита, диффузного токсического зоба)). Антитела к ТПО вырабатываются клетками иммунной системы человека против одного из основных ферментов щитовидной железы – тиреопероксидазы, участвующей в выработке гормонов Т4 и Т3. Антитела к ТПО повышены у 7–10% женщин и 3–5% мужчин на нашей планете. В одних случаях повышение антител к ТПО не приводит к заболеваниям, в других – сопровождается снижением уровня гормонов Т4 и Т3 [1, 4, 9].

Для первичного обследования (профилактического и при появлении жалоб) и при беременности (в I триместре!) достаточно сделать анализ на гормоны: ТТГ (при беременности в норме несколько снижен); гормон Т4 свободный (FT4) (при беременности в норме или несколько повышен); гормон Т3 свободный (FT3); антитела к ТПО.

Абсолютная патология при беременности: значительно повышенный уровень FT4 и FT3 и повышенный уровень ТТГ (свидетельствует о недостатке гормонов щитовидной железы

в крови, которые должны оказывать стимулирующее влияние на развитие головного мозга ребенка). Помните, гипотиреоз матери более значительно влияет на плод, чем гипотиреоз, обусловленный нарушением развития щитовидной железы самого плода [1, 7, 9]. Гипотиреоз может быть следствием слишком длительного и чрезмерного поступления в организм избыточных количеств йода за счет употребления препаратов йода! Другими словами, если у матери нет серьезного недостатка йода, то «излишки» передаются плоду через плаценту, а новорожденному – через материнское молоко. В этом случае ребенок получает чрезмерное количество вспомогательного вещества (йода), его собственная щитовидная железа изначально привыкает работать с помощью витаминов и не в состоянии функционировать самостоятельно [4, 9].

Есть утверждения американских ученых, что основная причина гипотиреоза (серьезного дефицита гормонов щитовидной железы) у младенцев – именно в переизбытке йода в организме его матери [4, 9]. По этой причине бетадин (повидон-йод) не рекомендуется применять с 3-го месяца беременности и в период лактации.

Осложнения у беременной с гипотиреозом: ЗВУР, гестационная гипертензия, отслойка плаценты.

Таблица. Интерпретация лабораторных показателей, отражающих работу щитовидной железы

ТТГ, мкМЕ/мл	Свободный Т3, пмоль/л	Т4, пмоль/л	Кальцитонин, пг/мл	Анти- тела к ТПО, МЕ/л	
0,4–4,0	2,62–5,69	9–19	До 150	0–20	Норма
Норма		↓			Лабораторная ошибка
Норма	↑	↑			Лабораторная ошибка
Норма	↓	↑			Лабораторная ошибка
Норма	↓	Норма			Лабораторная ошибка
			↑		Узлы, медуллярный рак
Высокий	↓	↓		↑	Гипотиреоз
Снижен	↑	↑			Явный тиреотоксикоз
Снижен	Норма	Норма			Субклинический тиреотоксикоз
Немного снижен	Норма	Норма или немного ↑			Норма при беременности

Среди последствий для ребенка: риск перинатальной смертности, низкого веса, врожденных психоневрологических нарушений. У всех новорожденных в рамках скрининга на врожденный гипотиреоз берется кровь (из пятки) на 4–5-й день жизни, в которой определяют уровень ТТГ. При сомнительном результате исследование повторяют. Если наличие врожденного гипотиреоза у ребенка установлено, заместительное (пожизненное) лечение гормонами щитовидной железы (левотироксин) следует начинать как можно раньше. От того, насколько рано начато лечение, зависит очень многое, и в первую очередь — умственное развитие ребенка. *Нельзя для коррекции использовать БАДы, раствор Люголя, спиртовой раствор йода.*

Профилактика гипотиреоза – питание и йодированная соль. Напомним перечень продуктов, богатых йодом: йодированная соль, в состав которой входит йодистый калий. Чтобы предотвратить йододефицит, достаточно ежедневно употреблять вместе с пищей 5-6 г такой соли. Лучше если соль будет содержать йодат К (а не йодит), тогда она дольше сохраняет свои свойства. Но йод легко испаряется, поэтому йодированная соль требует более трепетного отношения. Во-первых, срок годности такой соли обычно не превышает трех месяцев и в просроченной соли йода уже нет. Во-вторых, йодированная соль должна быть упакована в непрозрачный полиэтиленовый пакет или фольгу и хранить ее следует в емкости с плотно закрывающейся крышкой. В-третьих, солить продук-

ты следует после приготовления, так как при высокой температуре йод быстро испаряется [1, 7].

Богата йодом рыба, морепродукты, морская капуста, хурма, сладкий перец и фейхоа; рекомендован бульон на костях. А вот белокочанная капуста и редька, наоборот, вымывают и без того малое количество йода из организма. Но чтобы организм усвоил необходимый минерал, прежде всего, должен быть здоровым желудочно-кишечный тракт.

Так, необходимо помнить, что организму нужна *среда* для *развития* полезной микрофлоры кишечника и влагалища. Это определенные продукты питания или так называемые **пребиотики** (фрукты, отруби, крупы, *лактофильтрум* (лактоулоза, сорбент растительного происхождения), фасоль, капуста). Пребиотики не перевариваются в желудке и кишечнике, а ферментируются в толстой кишке. Нужно понимать, что пребиотики не лечат вагинальный кандидоз и инфекции мочевыводящих путей, однако в рационе питания должны быть обязательно.

Для *сохранения* нормальной микрофлоры влагалища и кишечника необходимы также **пробиотики**. Пробиотики – это *полезные бактерии*, которые живут в организме. Прежде всего это молочно-кислые бактерии, содержащиеся в продуктах (наarine) и в препаратах (лактобактерин, би-

фидумбактерин; линекс, бифиформ, йогурт в капсулах; биоспорин, бактисубтил, *энтерол* (противодиарейный); витабаланс, *бифолак* и *лактоваг* в виде влагалищных свечей, бифолакт-экстра; субалин; антибакт, симбитер; хилак-форте; вагисан; бластолизин; *лациум*, *лактиале*, *бионорм* (смесь коровьего молока и меда, сквашенная пробиотическими молочно-кислыми микроорганизмами *Lactococcus lactis spp. lactis* и *Lactobacillus rhamnosus*). Пероральные и вагинальные пробиотики применяются при лечении вагинального кандидоза, бактериального вагиноза, инфекций мочевыводящих путей, они угнетают размножение дрожжей [1, 5, 7].

Доказано, что эффективной методикой преградивидарной подготовки является длительный (не менее 2–3 месяцев) прием *фолиевой кислоты* накануне беременности (400 мкг в день), что предотвращает патологию нервной трубки у эмбриона(ов) (анэнцефалия, *spina bifida*), а также *прививка против краснухи*, если женщина не болела этой инфекцией ранее (устанавливается путем тщательного сбора анамнеза, просмотра детской карты пациентки, диагностически значимые титры Ig G к вирусу краснухи) [1, 5, 9]. Если пациентка заболела краснухой в I триместре беременности, то существует высокая вероятность

развития грубых пороков у плода (прежде всего, лицевого черепа, нервной системы, сердца), что может быть медицинским показанием к прерыванию беременности. Нет оснований рутинного использования фолатов для профилактики анемии во время будущей беременности [9]. Планируя беременность, женщина должна провести вакцинацию против гепатита В [1, 5, 9].

На этапе прегравидарной подготовки обязательной должна быть **консультация** будущей мамы у **врача-гинеколога** для оценки исходного уровня репродуктивного здоровья и проведения санации в случае необходимости. Если, например, пациентка страдает нарушениями менструального цикла, в т.ч. имеет недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), то она в риске по бесплодию и выкидышу на ранних сроках. Поэтому целесообразна коррекция фаз цикла именно на этапе прегравидарной подготовки. Важно помнить, что своевременно непролеченные половые инфекции, имеющие место на момент имплантации и в первые недели развития зародыша, опасны прерыванием беременности и формированием пороков развития у плода. Таким образом, обследование и лечение половых инфекций актуально на этапе подготовки к беременности [7, 9].

При наличии **экстрагенитальной патологии** у пациентки на этапе

подготовки к беременности необходимо своевременное **консультирование у смежных специалистов**. Цель: решение вопроса о возможности вынашивания, продолжении приема препаратов, коррекции их доз, хирургического лечения и др. Например, при сахарном диабете необходима стойкая компенсация углеводного метаболизма и прием фолиевой кислоты по 800 мкг в день в течение 3 месяцев до зачатия; выявление и лечение ВИЧ-инфекции; при болезнях, требующих постоянной антикоагулянтной терапии, показана отмена тератогенных кумариновых производных и назначение гепарина; при эпилепсии – переход на противосудорожные средства с меньшей активностью на плод и прием фолиевой кислоты 800 мкг в день в течение 3 месяцев до зачатия; при гипертензии – переход на разрешенные антигипертензивные препараты (допегит) [4, 5, 7, 9].

Перспективно также уже на этапе прегравидарной подготовки обратить внимание на индекс массы тела (ИМТ) беременной путем измерения роста и веса: $ИМТ = \text{вес} / \text{рост}^2$ (норма 19,9–26,0). Особого внимания заслуживают пациентки с низким ИМТ (< 19,8 – дефицит массы тела) и ожирением (>29,0 – риск тромбоземболий). Последним рекомендуется убавлять в весе перед

зачатием, ибо сам по себе лишний вес может быть причиной ановуляторных циклов [5, 7].

Если пациентка до беременности долгое время принимала контрацептивы, то существует риск формирования лекарственного поражения печени (более длительно сохраняющегося *холестатического* и более тяжелого по течению *гепатоцеллюлярного*). С целью восстановления функции печеночной паренхимы на этапе прегравидарной подготовки рекомендуется прием расторопши пятнистой, лимонника китайского, артишока посевного, инозитола (липотропный антиатеросклеротический мембранопротектор), холина, метионина, таурина и др. (Артихол, Карсил, Легалон, ЛИВ-52, Ливонорм, Овесол, Силимарин, Сирин, Сирепар, Циннарикс, Холивер, Хофитол и др.). Ранее было показано, что гепатопротекторы способны снижать уровень циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови и активность перекисного окисления липидов, имеющих патогенетическое значение в поддержании синдрома «эндогенной (метаболической) интоксикации», характерного для неспецифического (в т.ч. лекарственного) поражения печеночной паренхимы [3, 4, 9].

При *часто рецидивирующем генитальном герпесе* (одна из причин бесплодия и невынашивания бере-

менности) общая стратегия принимается вместе с пациенткой и в ходе индивидуальной терапии она может изменяться, поскольку зависит от частоты рецидивов, тяжести симптомов, состояния пациента. Стратегия лечения включает поддерживающую терапию (ванны с солевыми растворами, применение вазелина, анальгезия, местное обезболивание 5% мазью лидокаина); эпизодическое противовирусное лечение (5- или 3-дневные курсы лечения ацикловиром по 400 мг 3 раза в сутки или валацикловиром по 500 мг 2 раза в сутки) и супрессивную противовирусную терапию (ацикловир 400 мг 2 раза в сутки; валацикловир 500 мг однократно в сутки; фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки), которую следует отменять через 1 год для оценки частоты рецидивов. Минимальный оцениваемый период должен включать два рецидива. При недопустимо высокой частоте рецидивов следует возобновлять лечение [8].

Опыт показывает, что полноценная прегравидарная подготовка поможет будущим родителям не волноваться во время вынашивания ребенка, ибо не будет явных причин к дороговому и не всегда оправданному медицинскому обследованию уже в условиях беременности и тем более к проведению небезопасного для малыша медикаментозного лечения.

Останется только арт-терапия!

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е.Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.– 1200 с.
2. *Владимиров О.А., Тофан Н.І.* Дослідження рівня психологічної готовності до материнства та його впливу на перебіг вагітності // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №1(21). – С. 22–24.
3. *Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И.* Внутривеночный холестаза // Укр. мед. часопис. – 2012. - №3(89). – С.79–83.
4. *Медведь В.И.* Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авиценна, 2004. – 168 с.
5. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
6. Профилактические осмотры и цитологический скрининг шейки / О.Егорова, И. Юрасова, Н. Полонская // Изд-во: Академия, 2008. – 104 с.
7. Репродуктивное здоровье: Учеб.пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: РУДН, 2011. – 727с.
8. Урогенітальні інфекції: трихомоніаз, кандидоз, генітальний герпес. Степаненко В.І., Коновалова Т.С. Монографія. Під загальною редакцією В.І.Степаненка. – К.: КІМ, 2008. – 288 с.
9. *Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д.И.* Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Пер. с англ. под ред. А.В.Михайлова. – СПб: Изд-во «Петрополис», 2003. – 480 с.

Поступила 16.04.2015 г.

СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПА ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ:
ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ВРАЧУ И БУДУЩИМ РОДИТЕЛЯМ

