

Прегравидарная подготовка (от лат. *gravida* — 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.

Каждая семья мечтает иметь здоровых детей. Однако не все знают, в какой степени здоровье их будущего ребёнка зависит от правильного планирования семьи, состояния здоровья родителей, их образа жизни. Нередко беременность возникает случайно, в таких случаях зачатие зачастую происходит на неблагоприятном фоне (алкогольное опьянение, острое заболевание, обострение хронического заболевания, прием лекарственных препаратов, нежелательных при беременности), что может привести к прерыванию беременности и другим осложнениям беременности и родов, рождению ослабленных, больных и даже неполноценных детей. Для рождения здорового потомства супружеской паре необходимо проведение прегравидарной подготовки.

Оптимальный возраст для беременности и родов – 18-35 лет. Данный период является периодом расцвета детородной функции женщины, когда гормональный фон оптимален для зачатия, нормального течения беременности и родов, что способствует рождению здоровых детей.

Прегравидарная подготовка представляет собой комплекс мероприятий, направленных на определение уровня репродуктивного здоровья с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка. Прегравидарную подготовку необходимо начинать за полгода или лучше за год до предполагаемого момента зачатия. Прегравидарная подготовка предполагает следующее:

1. Медико-генетическое консультирование у врача-генетика в следующих случаях:

- наличие в семье или близких родственников врождённых пороков развития;
- привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе женщины, рождение детей с гипотрофией, низкой массой тела, осложненное течение предыдущей беременности;
- эндокринопатии; хроническая соматическая патология у одного из супругов;
- работа хотя бы одного из супругов в условиях контакта с производственными вредностями.

Перед планированием беременности женщина обязательно должна пройти обследование у врача-акушера-гинеколога, а мужчина – у врача-уролога с целью выявления и лечения заболеваний мочеполовой системы.

3. Обоим родителям за 2-3 месяца до предполагаемого зачатия необходимо провести лечение и других хронических заболеваний, если таковые имеются (том числе санацию полости рта), а также пройти общеклиническое обследование (группа крови, резус-фактор, клинический анализ крови, общий анализ мочи, минимальный профиль биохимии, коагулограмма, сифилис, ВИЧ, маркеры гепатитов В и С).

4. Недопустимо в период, предшествующий зачатию ребёнка и до 16 недель беременности, а лучше в течение всей беременности, контактировать с больными вирусной и бактериальной инфекцией (особенно краснухой, ветряной оспой, вирусным гепатитом, корью, скарлатиной), больными животными.

5. Следует избегать зачатия ребёнка в состоянии алкогольного опьянения, неблагоприятно влияет на будущего малыша курение, поэтому при планировании беременности, до зачатия, необходимо отказаться за 2-3 месяца от употребления алкоголя и курения.

6. Катастрофически негативно на состояние здоровья будущего малыша влияет употребление наркотиков хотя бы одним из супругов, и в особенности женщиной. Беременность, как правило, заканчивается выкидышем, рождением мёртвого ребёнка, слабых и умственно отсталых детей. Кроме того, употребление инъекционных наркотиков дополнительно таит в себе крайне высокую опасность внутриутробного заражения ребёнка сифилисом, вирусным гепатитом, СПИДом и другими заболеваниями, предающиеся потомству.

7. Рентгеновское, физиотерапевтическое лечение, медикаментозная терапия также негативно влияют на состояние здоровья будущего ребёнка (возможно развитие врожденных пороков развития). Данные факторы необходимо исключить не менее чем за 2-3 месяца до предполагаемого зачатия.

8. Пациенткам с соматическими заболеваниями необходимо провести дополнительные лечебно-профилактические мероприятия по предотвращению или минимизации их негативного влияния на планируемую беременность и вынашивание беременности, таких как: -токсикозы беременных, особенно II половины беременности, течение некоторых соматических патологий приводит к серьезным осложнениям для матери и дитя; -нарушение внутриутробного развития плода (гипоксия, низкая масса плода, задержка внутриутробного развития); -усугубления заболевания, что может привести к прерыванию беременности по медицинским показаниям.

8.1. Нормализация массы тела имеет большое значение при планировании беременности. Индекс массы тела рассчитывается по формуле: вес (кг)/ рост (м²). Нормальным соответствием между массой человека и его ростом, это когда индекс равен 18–25 кг/ м². Избыток жировой ткани способствует выраженным гормональным нарушениям в организме женщины, приводит к гипертонической болезни, преждевременным родам, рождение детей с низкой массой тела, задержке внутриутробного развития плода и т.д.

8.2. Коррекция заболеваний щитовидной железы при планировании беременности. От состояния щитовидной железы и вырабатываемых ею гормонов во многом зависит успешность зачатия и беременность. От качества вырабатываемых щитовидной железой гормонов зависит физическое развитие будущего малыша и уровень интеллекта. Именно поэтому, в период планирования беременности первая задача женщины сдать анализы для определения гормонального уровня щитовидной железы и сделать ультразвуковое исследование, для того чтобы определить нормально ли функционирует данный орган.

8.3. Сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания почек и печени – это повод посетить соответствующих врачей-специалистов (терапевта, уролога, эндокринолога и др.) перед планированием беременности. Порой требуется скорректировать дозу или кратность приема таблеток. Некоторые препараты, необходимые при таких заболеваниях, нужно заменить на более безопасные для плода. Если по каким-то причинам болезнь в настоящий момент не скомпенсирована (высокий уровень глюкозы, нестабильное артериальное давление т.д.), лучше отложить наступление беременности до выяснения причин декомпенсации.

9. Перед зачатием необходимо не менее чем за три месяца начать принимать поливитамины с фолиевой кислотой (не менее 400 мкг в сутки), что значительно снижает риск рождения детей с патологией сердца, сосудов и нервной системы. Прием данных поливитаминов желательно продолжить на протяжении всей беременности и во время лактации.

10. Для женщин с привычным невынашиванием беременности (2 и более выкидыша, и/или замершие беременности) перед планированием беременности обязательно необходимо сдать анализы на: уровень гомоцистеина, D-димера, волчаночного антикоагулянта, антител к фосфолипидам, антител к β-ХГЧ, на агрегацию тромбоцитов, а при назначении врача – на HLA совместимость супругов, наследственные нарушения свертывающей системы крови. При выявлении патологии – необходима обязательная коррекция до наступления беременности, так как без лечения и последующие беременности осложнятся замершей беременностью, самопроизвольным выкидышем, задержкой развития плода, преждевременными родами.

11. Ваша ранняя постановка на диспансерный учет в женской консультации по месту прикрепления по поводу беременности. Это необходимо для ведения беременности, начиная с ранних сроков, с учетом выявленных факторов риска осложнений наступившей беременности. Чем раньше будут выявлены факторы осложнения беременности, тем быстрее начнется их профилактика и вероятность течения беременности без осложнений выше.