

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА.

Преграavidарная подготовка (лат. *gravida* – 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 выхаживанием и реабилитацией недоношенных детей и детей-инвалидов. В 2016 г. был опубликован клинический протокол «Преграavidарная подготовка» [3], отражающий консенсус экспертов по вопросам подготовки супружеской пары к беременности в различных клинических ситуациях, основанный на изучении отечественной и мировой доказательной базы. Документ прошел два общественных слушания в рамках общероссийских конференций; над его созданием и совершенствованием работали более 60 специалистов из разных областей медицины.

Общие положения преграavidарной подготовки:

- Рационально спланированная заблаговременная преграavidарная 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.
- Преграavidарное 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.
- Преграavidарное обследование и коррекция выявленных заболеваний женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода.
- Репродуктивное просвещение и преграavidарное консультирование – безальтернативные методы повышения информированности населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики абортов 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:

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,
- дотация витаминов и микроэлементов.

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

I. 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 абортов 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 (ПАП-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.

II. БАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.

Планирование беременности.

Необходимым условием благоприятного течения и исхода беременности является ее планирование. Данный подход дает возможность будущим родителям подготовиться к беременности, улучшить собственное здоровье, исключить или уменьшить воздействие факторов риска и произвести зачатие в наиболее оптимальный для них период.

Планирование семьи – это комплекс мероприятий, направленных на снижение количества нежеланных беременностей и числа абортов, на достижение оптимального интервала между беременностями и предупреждение деторождения у женщин моложе 19 и старше 35 лет с целью снижения риска материнской и младенческой заболеваемости и смертности [4].

Интервал между беременностями (англ. *interpregnancy interval*) – это временной интервал между датой зачатия и датой окончания предыдущей беременности. При планировании семьи также учитывают интергенетический интервал (лат. *inter* – между и греч. *genesis* – рождение)– период между последовательными родами. Оптимальным интергенетическим интервалом считается 24 + 9 мес. (время от родоразрешения до зачатия плюс длительность беременности). 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 [5, 6]. Единственный путь гарантированного соблюдения оптимального интервала между родами – **рациональная контрацепция** [7]. Наилучший период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта до 12 нед. – 3–6 мес. По сравнению с более поздним наступлением беременности снижается частота повторного выкидыша, эктопической беременности, преждевременных родов, низкого веса при рождении, кесарева сечения и индуцированных родов [8]. К сожалению, в России, как и во всем мире, значительное количество (40%) беременностей – незапланированные [9], при этом доля пар, прошедших прегравидарную подготовку, не превышает 4% [10]. Это означает, что возможности большинства стратегий по предупреждению неблагоприятных исходов беременности (включая профилактику ВПР плода, преждевременных родов и преэклампсии) не используются или уже неэффективны. 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. 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 у женщин 20–30 лет. После 35 лет увеличивается риск ВПР и хромосомных аномалий плода [11]. 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 [2].

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 АГ и включить их в группу риска осложнений беременности: преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, ЗРП, преждевременных родов. Стабилизация АД в преконцепционный период с помощью антигипертензивных средств значительно снижает риск акушерских и перинатальных осложнений [12].

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 [2]. Оптимальный микронутриентный статус женщины перед зачатием достоверно положительно влияет на соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни будущего ребенка [13–15]. 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 АГ, 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 [13–15]. 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 серонегативна в отношении вируса кори, краснухи и ветряной оспы (отсутствуют специфические IgG), то

не менее чем за 3 мес. до зачатия необходимо провести вакцинацию [16]. Противопоказания к вакцинации: иммунодефицит, онкологические заболевания, аллергия на аминокликозиды и белок яйца, срок менее 3 мес. после внутривенного введения иммуноглобулина.

Профилактика резус-конфликта.

Резус-конфликт возникает при беременности резусотрицательной матери резус-положительным плодом, зачатым от резус-положительного мужчины. Согласно Приказу МЗ №572, женщину следует информировать о необходимости ежемесячного контроля резус-АТ в крови и на сроке 28 нед. ввести специфический антиD-иммуноглобулин с возможным повторным введением на сроке 34 нед. и обязательным – не позднее 72 ч после родов (при выявлении резус-положительного фактора у новорожденного).

Дотация витаминов и микроэлементов.

Дотация фолатов. Всем женщинам, планирующим беременность, обязателен прием фолиевой кислоты в суточной дозе 400–800 мкг не менее чем за 1 мес. до наступления беременности и на протяжении I триместра. Дефицит фолатов вызывает нарушение эмбриогенеза и формирование ВПР у плода, в том числе ДНТ [17]. В европейских странах частота ДНТ составляет 100 на 100 000 новорожденных, в странах Латинской Америки достигает 500, в России – 200–300 [18].

Также следствием дефицита фолатов являются аномалии конечностей, ушей, мочевыделительной системы, расщелина верхнего неба, омфалоцеле, часто диагностируют пороки сердечно-сосудистой системы [19].

В целом в Российской Федерации с 2000 по 2014 г. произошел беспрецедентный (на 75%) рост частоты ВПР и хромосомных аномалий у плода: в 2000 г. их было зарегистрировано 659,5 на 100 000 новорожденных, в 2014 г. – 1154,8 [20].

Дотация фолатов в периконцепционный период сокращает частоту ДНТ плода на 70% [21], пороков сердца – на 26–40% [22]. Дополнительный прием фолатов до и после зачатия достоверно снижает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, преэклампсии и отслойки плаценты [23–25], 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 [26].

С низким потреблением фолиевой кислоты в периконцепционный период ассоциирован низкий индекс психического развития у детей, когнитивные нарушения, повышенный риск аутизма и шизофрении [27]. Дотация фолатов во время беременности улучшает их двигательные, когнитивные и поведенческие показатели [28, 29].

Адекватное насыщение организма фолатами при ежедневном применении 400 мкг происходит в течение 8–12 недель [30]. В более короткие сроки восполнить дефицит возможно с увеличением их дозы. Так, прием 800 мкг

фолиевой кислоты в сутки позволяет уже за 4 недели до зачатия достичь минимально достаточного (906 нмоль/л) ее уровня в эритроцитах для полноценного развития органов и систем будущего ребенка (рис. 1) [31].

Назначение фолатов в составе витаминно-минеральных комплексов (ВМК) также эффективно снижает риск пороков развития у плода. Рандомизированное плацебоконтролируемое двойное слепое исследование показало, что прием ВМК (Элевит Пронаталь, содержащий 800 мкг фолиевой кислоты) у 2471 женщины в периконцепционный период на 93% снижает частоту ДНТ у плода в сравнении с приемом плацебо у 2391 женщины [32]. Более того, достоверно снижается риск не только ДНТ, но и пороков сердечно-сосудистой системы, конечностей, мочеполовых органов и челюстно-лицевых аномалий [33, 34].

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 [13].

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 [35, 36]. 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 [37–39].

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, Кляйнфельтера и др. [40].

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.

В рекомендациях FIGO 2015 г. [17] делается особый акцент на важности просветительской деятельности врачей. Необходимо сообщать женщинам репродуктивного возраста о пользе регулярного приема фолатов, особенно при планировании беременности и при отсутствии надежной контрацепции, используя для этого любое обращение женщины к медицинским работникам (профилактические осмотры, консультации по планированию беременности, контрацепции, профилактике онкологических заболеваний и т. д.).

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 [2, 41]. 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.

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.

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 [42]. По обобщенным данным, латентный дефицит железа имеют от 60 до 85% женщин нашей страны [43]. Анемия во время беременности повышает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, материнской и неонатальной смертности, гнойно-септических осложнений и кровотечений после родов [44]. 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 [45, 46].

Следуя обновленным рекомендациям ВОЗ [42], всем менструирующим женщинам и девочкам-подросткам в регионах с частотой анемии более 40% необходимо принимать профилактическую дозу железа (30–60 мг элементарного железа) ежедневно в течение трех последовательных месяцев в году. Кроме того, по мнению экспертов ВОЗ, ежедневный прием железа и фолиевой кислоты должен быть рутинной практикой антенатального наблюдения беременных и продолжаться в течение 3 мес. после родов. Дотацию железа рекомендуется проводить с помощью препаратов железа,

фортифицированных железом продуктов питания или назначением ВМК, содержащих железо.

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 [47, 48].

■ 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).

III. 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 [41].

Анемия во время беременности повышает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, материнской и неонатальной смертности, гнойно-септических осложнений и кровотечений после родов.

Диагностические и лечебно-профилактические мероприятия у женщин с экстрагенитальными заболеваниями проводятся совместно с врачами смежных специальностей. Тактика регламентирована Приказом №572н от 1 ноября 2012 г. с изменениями и дополнениями, внесенными в пункт 15 Приказом №5н от 12 января 2016 г. Планирование беременности возможно только после коллегиального решения специалистов с учетом пожеланий пациентки.

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 [49].

По мнению экспертов ВОЗ, ежедневный прием железа и фолиевой кислоты должен быть рутинной практикой антенатального наблюдения беременных и продолжаться в течение 3 мес. после родов.

В клиническом протоколе подробно изложены основные лечебно-профилактические мероприятия и рекомендации по планированию

беременности, необходимые женщинам с экстрагенитальными заболеваниями (эндокринными, мочевой системы, сердечнососудистыми, желудочно-кишечными, анемией) и отягощенным гинекологическим анамнезом (СПКЯ, ВЗОМТ, эндометриозом, рубцом на матке после кесарева сечения, цервикальными заболеваниями, с нарушениями менструального цикла, невынашиванием беременности, бесплодием) [3].

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.

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.