

Прегавидарная подготовка – ведущий фактор формирования здоровья ребенка

Н.А. Удовика¹, И.Ю. Романенко²

¹ГП «Луганский государственный медицинский университет»

²Луганский областной центр планирования семьи

Никто из нас не в силах избежать последствий внутриутробного периода развития своей жизни, последствий того, каким образом мы родились и провели первые месяцы своей жизни

В статье рассмотрены вопросы формирования здоровья ребенка в Луганской области. Показано, что ведущими звеньями должны стать планирование беременности и ответственная прегавидарная подготовка к вынашиванию. На примере анализа последствий влияния курения на плод и будущий уровень здоровья ребенка рассмотрены этапы прегавидарной подготовки для курящих родителей. Отмечена опасность рутинных лечебно-диагностических мероприятий во время беременности. Факторами формирования здоровья будущего члена общества должны стать здоровый образ жизни и его широкая пропаганда в обществе.

Ключевые слова: прегавидарная подготовка к вынашиванию, курение, здоровый образ жизни.

Без здоровых детей у страны не будет будущего, но здоровое начало жизни возможно у здоровых родителей [1, 7, 9]. Этот постулат все чаще находит свое подтверждение в реальной жизни. На сегодняшний день в Украине исходный уровень здоровья будущих родителей низкий и не имеет тенденции к улучшению. Каким же образом в этих условиях получить здоровое поколение? Сегодня реалии таковы, и это очевидно, что сам по себе процесс зачатия и вынашивания беременности, равно как роды и посленатальный уход, находятся под влиянием общих глобальных, в том числе политических, изменений в мире. Это повышает роль именно акушерской службы в первоочередности сохранения и укрепления здоровья человека, семьи и общества в целом [3, 4–6].

Ряд медицинских экспертов по результатам аудиторских проверок отметили, что для Украины в медицинской сфере наиболее необходимы две реформы – это введение страховой медицины и направленность средств массовой информации на пропаганду здорового образа жизни или, другими словами (что более действенно), – на вскрытие неблагоприятного влияния вредных привычек на здоровье человека, в частности, будущего ребенка [6]. Отец отечественной хирургии Н.И. Пирогов в свое время писал «Будущее принадлежит медицине предупредительной», однако в погоне за экономическим и социальным благосостоянием мы утратили реальный интерес к профилактике заболеваний.

К сожалению, в Украине еще не внедрены методы рутинного планирования беременностей, большинство будущих родителей ответственность за здоровье ребенка перекладывают на плечи государства и медиков. А это значит, что не оценивается исходный уровень здоровья будущих родителей и не проводится диагностика и коррекция хронических заболеваний мамы до зачатия. А ведь именно

образ жизни и здоровье родителей определяют развитие и состояние фетоплацентарного комплекса, т.е. исходный потенциал здоровья будущего ребенка и его поведенческие реакции.

В последние годы направленность в системе родовспоможения отличается лечебно-диагностическим вектором. Однако помочь женщине и что-то изменить в ее состоянии на этапе формирования и функционирования фетоплацентарного комплекса сложно, а нередко просто невозможно. Излечить ребенка, страдающего с момента зарождения и в период внутриутробного развития, практически невозможно! Нужно признать, не уделяя и половины должного внимания программам прегавидарной подготовки, мы продолжаем лечить.

Действительно, мы слишком часто используем рутинные программы антенатального ухода при назначении лечебно-профилактических мероприятий беременной без учета данных доказательной медицины. «Врач видит беременную и начинает лечить! От чего и чем лечить, когда нет доказательной базы?» [3, 7, 9]. К сожалению, «по старинке» работают еще целые отделения в учреждениях родовспоможения, пренебрегая положениями клинических протоколов. В них современная беременная нередко может принять в течение беременности 10–12 видов медицинских препаратов, причем обоснованием к их назначению является «бесспорный многолетний опыт врача». При этом не понятны причины, по которым отсутствует реакция на это руководителей с проведением экспертных оценок и аудита. Неудивительно, что пациенты за период беременности «тратят большие деньги» на проведение недоказанных по необходимости обследований (те, на результаты которых нет способов воздействия); на лечение с целью «улучшения маточно-плацентарного кровотока»; на «рутинные ультразвуковые исследования в III триместре беременности, направленные на поиск обвития пуповины вокруг шеи у плода и состояния плаценты» (только необоснованно увеличивается частота кесарева сечения); «рутинное использование прогестерона (в худшем случае – дидрогестерона или синтетических гестагенов в комбинации с эстрогенами на ранних сроках) для профилактики выкидыша и преждевременных родов». Следует отметить, никогда нельзя гарантировать успех доношивания беременности. Это подтверждается реальными фактами: использование на протяжении 50 лет препаратов прогестерона не обеспечило снижения частоты самопроизвольных абортов, а различные технологии токолитического направления с разным механизмом действия, которые в мире применяются более 40 лет, не способствовали снижению частоты преждевременных родов [9].

Беременность – это естественный процесс, а не болезнь. «Самое страшное из агрессивных врачебных воздействий при беременности – это когда лечат плацентарную или фетоплацентарную недостаточность. Врач пишет: «Проводить терапию, направленную на профилактику

ку гипоксии плода, улучшение маточно-плацентарного кровообращения». ...В мире пока не придумали средств, которые бы избирательно улучшали маточно-плацентарное кровообращение. Поэтому эти рекомендации и шаманские камлания по эффективности абсолютно одинаковы» [7]. Важно также понять и принять другое положение: «Применяя лекарства с недоказанной долгосрочной безопасностью сегодня, вы оставляете будущим мамам и их детям меньше шансов на здоровое завтра. Безусловно, мы вынуждены прибегать к применению различных медицинских препаратов для коррекции тех или иных патологических состояний, но всегда должны помнить о скрытых, отдаленных и пока еще не изученных побочных действиях используемых лекарств» [3].

Обобщая основные проблемы перинатологии, можно заключить: несмотря на внедрение различных методов воздействия во время беременности, частота гестозов и преждевременного прерывания беременности не изменяется. Как показывает опыт стран с лучшими перинатальными показателями, в таком случае усилия государства и медиков должны быть направлены на *выхаживание недоношенных детей*, основная доля которых рождается именно у беременных с гестозами и непосредственно при преждевременных родах. При этом важно понимать, что упорно препеняясь начавшимся преждевременным родам мы можем усугублять состояние плода, поскольку никогда не уверены в истинной причине их наступления. Развитие регионализации перинатальной помощи, укомплектование современной дыхательной аппаратурой перинатальных центров, подготовка высококвалифицированных неонатальных анестезиологов, intensivистов и неонатологов, усовершенствование правовой и юридической базы (для принятия решения о реанимации новорожденного, о пролонгировании реанимации и др.) – *это первоочередные задачи перинатальной службы*.

В то же время, доказано, что фактором профилактики кровотечений, травматизма и асфиксии является *отказ от агрессии* во время беременности и в родах. Следует отметить, пренатальная материнская тревога может способствовать изменению объема серого вещества в долях головного мозга плода, что в дальнейшем может быть причиной нарушения развития нервной системы и психических расстройств, а также когнитивных и интеллектуальных нарушений у детей [2, 8, 9].

Исходя из вышеизложенного, главным залогом успешной беременности является *прегравидарная подготовка*. Основные ее звенья – это отказ от вредных привычек за 1–2 года до планируемой беременности, здоровый образ жизни будущих родителей, осознание чувства моральной ответственности перед будущим ребенком. Ярким примером целесообразности здорового образа жизни является анализ влияния курения на беременность. Так, подтверждено и описано отрицательное влияние курения на массу тела новорожденного, недоношенность плода, на физические недостатки и врожденные нарушения плода, а также отдаленные влияния на ребенка после родов. Отмечены синдром внезапной детской смерти (СВДС) и повышение частоты респираторных заболеваний у детей, а также возможные когнитивные воздействия, связанные с академической неуспеваемостью и нарушениями поведения [1, 9]. Очевидна прямая линейная связь: чем больше курит мать, тем выше риск. Доказано также, что ядовитые вещества табачного дыма попадают в организм ребенка и через молоко кормящей женщины, что вызывает у ребенка никотиновую зависимость. Такие дети растут слабыми и хилыми, подверженными различным заболеваниям [1]. Учеными доказано: для детей курящих матерей уже в раннем возрасте характерны не-

внимательность, импульсивность, синдром повышенной активности с дефицитом внимания, достоверное снижение уровня умственного развития [9]. Поэтому, совсем нелепой будет выглядеть любая программа антенатального ухода за беременной, которая продолжает курить, включающая многочисленные лабораторные и инструментальные исследования с назначением медикаментозной терапии и т.д. Табачный дым – наиболее опасный, но и наиболее предотвращаемый из всех факторов СВДС! Среди огромного массива дорогостоящих профилактических мероприятий именно отказ от курения обладает самой высокой эффективностью и отсутствием финансовых затрат. Но, к сожалению, на примере беременной врач практически не говорит об этом, тогда как сегодня курение – бич общества! «Когда Вы закуриваете сигарету, крошечное сердечко Вашего малыша начинает биться вдвое быстрее, у него слезятся глазки, он кашляет и задыхается. Из-за нехватки кислорода его организм не в состоянии расти; никотин проникает через плаценту и отравляет плод. Не курите в доме, где находится малыш. А лучше – вообще не курите! Задумайтесь, что дороже – очередная сигарета или здоровье Вашего ребенка».

ВЫВОДЫ

1. Беременность в семье должна быть планируемой и желанной: «Сомневается мать – сомневается природа»; «Лечить в акушерстве, а тем более в неонатальный период поздно!»
2. Обязательна своевременная и реальная прегравидарная подготовка: «Хорошо питайтесь, употребляйте свежие соки, овощи, пейте воду, стремитесь к здоровому образу жизни»; «Посетите врача до беременности».
3. Следует повышать юридическую и материальную ответственность медперсонала за курение на территории лечебно-профилактических учреждений, медицинских училищ и вузов, на детских площадках и др.
4. Необходимо сменить акценты работы молодежных комитетов, социальных центров, службы родовспоможения в сторону пропаганды и реального внедрения в жизнь профилактических мероприятий по здоровому образу жизни и воспитанию ответственного родительства: «Психологический комфорт и здоровый образ жизни будущих родителей – уже весомый фактор для благополучного наступления и исхода беременности».

Прегравидарна підготовка – провідний фактор формування здоров'я дитини Н.О. Удовіка, І.Ю. Романенко

У статті розглянуто питання формування початкового здоров'я дитини в Луганській області. Показано, що провідними ланками мають стати планування вагітностей та відповідальна прегравидарна підготовка до виношування. На прикладі аналізу наслідків впливу паління на плід та майбутній рівень здоров'я дитини розглянуто етапи прегравидарної підготовки для батьків, що палять. Відзначена небезпечність рутинних лікувально-діагностичних заходів під час вагітності. Факторами формування здоров'я майбутнього члена суспільства мають стати здоровий спосіб життя та широка його пропаганда у суспільстві.

Ключові слова: *прегравидарна підготовка до виношування, паління, здоровий спосіб життя.*

The pregravid preparation as the leading factor of child health formation N. Udovika, I. Romanenko

The questions of the formation of the initial health of the child in the Lugansk region are discussed. It was shown that the planning of a pregnancy and responsible pregravid preparation for bearing should

be the leading links. The stages of pregravid preparation for smoking parents on the example of the effects of smoking on the fetus and the future health of the child were considered. The hazards of routine medical diagnostic procedures during pregnancy were determined.

The healthy way of life and its wide promotion in society should be the factors in the formation of the future health of a society members.

Key words: *pregravid preparation for bearing, smoking, healthy lifestyle.*

Сведения об авторе

Лудвика Наталья Алексеевна – ГП «Луганский государственный медицинский университет», 91040, г. Луганск, кв. 50-тия Оборона Луганска, 1; тел.: (066) 07-01-376

Романенко Ирина Юрьевна – ГП «Луганский государственный медицинский университет», Областной центр планирования семьи и репродукции человека Луганской областной клинической больницы, 91015, г. Луганск, кв. 50-тия Оборона Луганска, 1; тел.: (097)-337-47-48

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дикке Г.Б. Стратегия успешного отказа от табакокурения во время беременности // 3 турботою про жінку. – 2012. – № 9 (39). – С. 10–13.
2. Матюха С.О. Патологія вагітності й тривожно-фобічні розлади: від кваліфікації клінічного феномена до терапевтичної стратегії // Здоров'я України. – 2012. – № 10. – С. 50–52.
3. Медведь В.И. Введение в клинику

- экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авиценна, 2004. – 168 с.
4. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
5. Наказ МОЗ України № 726 від 31.10.2011 р. «Про вдосконалення організації надання медичної допомо-

- ги матерям та новонародженим у перинатальних центрах».
6. Олійник Н. Персонал – серце медичного бізнесу // 3 турботою про жінку. – 2013. – № 1 (40). – С. 57–58.
7. Тихомирова Т., Чуприна Л. Еволюція акушерських взглядов: наши общие проблемы и победы // 3 турботою про жінку. – 2012. – № 7 (37). –

- С. 6–9.
8. Черненко Е. Минорная прелюдия беременности // 3 турботою про жінку. – 2011. – № 1 (22). – С. 8–10.
9. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д.И. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Пер. с англ. А.В. Михайлова. – СПб: «Петрополис», 2003. – С. 389–396.

Статья поступила в редакцию 07.03.2013

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. **Статья подается на русском или украинском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).**
3. **УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.**
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.
6. Требования к иллюстративному материалу:
 - Иллюстрация может быть подана в виде фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
 - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
 - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
 - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.

- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
 - Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
 - На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
 - Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
 - В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
 - Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS, TIF или JPEG и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
 8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
 9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
 10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
 11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
 12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
 13. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.
 14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать по адресу:

Адрес: 03039, Киев, ул. Голосеевская, 13, офис 6.

Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.

«Медицинский издательский дом «Профессионал», e-mail: office@zdr.kiev.ua