

Периконцепционная профилактика перинатальной смертности – иллюзия или реальность

Необходимым условием благоприятного течения беременности, развития плода и ребенка является периконцепционная профилактика. Она включает диагностику и санацию инфекций TORCH-комплекса (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус и герпес) и профилактику внутриутробных пороков развития, которые входят в тройку лидеров среди причин младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности. Одним из факторов, обуславливающих формирование внутриутробных пороков развития, является дефицит витаминов и минеральных веществ. Возможные пути восполнения необходимого уровня витаминов и минералов проанализировал д.м.н., профессор Олег Григорьевич ПЕКАРЕВ (Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова).



Профессор О.Г. Пекарев охарактеризовал текущую демографическую ситуацию в нашей стране. С одной стороны, Россия раньше ожидаемого срока вышла из стадии депопуляции – в 2012 г. против прогнозируемого 2015 г. Уже в 2013 г. рождаемость превысила уровень смертности. С другой стороны, наблюдаются катастрофические темпы убыли численности детского населения – на 6,5% (14,8 млн человек) за 1990–2012 гг. Ситуация усугубляется тем, что за последние восемь лет число пенсионеров превысило

число детей на 9%, число подростков уменьшилось на треть и не превышает 7,1 млн человек, из которых число девочек-подростков составляет всего 3,4 млн. По мнению профессора О.Г. Пекарева, выходом из сложившейся ситуации может стать снижение младенческой смертности, коэффициент которой в России пока еще выше, чем в развитых странах «Большой восьмерки», и составляет 8,3%. Надо отметить, что эта цель является приоритетной для стран всего мира. Сокращение смертности среди детей в возрасте до пяти лет на две трети и улучшение охраны материнского здоровья названы Организацией Объединенных Наций целями тысячелетия (1990–2015). В 2014 г. Россия достигла этих целей: показатели детской смертности были снижены в три раза, а материнской – в 4,5 раза по сравнению с 1990 г. Во многом это стало возможным благодаря реализации национального проекта «Здоровье» в области перинатологии. Снизить младенческую смертность можно за счет снижения

смертности от управляемых причин. Ведущую роль среди последних играют врожденные пороки развития (ВПР). Они входят в тройку лидеров среди причин младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности. Ежегодная доля рождения детей с ВПР в развитых странах колеблется от 4 до 6% и составляет около 20 млн детей. При этом 50% случаев приходится на летальные тяжелые ВПР. В России ежегодно рождаются порядка 50 тыс. детей с ВПР, общее число больных с ВПР достигает 1,5 млн человек. ВПР занимают второе место в структуре перинатальной смертности в нашей стране. Наиболее распространенными и высоклетальными являются ВПР органов кровообращения, нервной системы и множественные пороки развития, диагностируемые пренатально в ходе ультразвукового исследования. Формирование определенных ВПР определяется сроком действия повреждающего фактора. В первые семь – девять дней после зачатия формируются гаметоп-



Сателлитный симпозиум компании «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.»

тии, которые реализуются в виде наследственных заболеваний и синдромов. При поражении бластоцисты в первые 15 дней развиваются бластопатии, реализующиеся в виде двойниковых пороков, а с 16-го дня до конца восьмой недели – эмбриопатии. Наконец, фетопатии в виде редких пороков дистопии и гипоплазии органов формируются с девятой по 40-ю неделю беременности.

Зачастую причина ВПР кроется в нехватке витаминов. Дефицит витамина С испытывают от 70 до 100%, витаминов группы В – от 40 до 80%, фолиевой кислоты и фолатов – от 70 до 80% беременных. На сегодняшний день доказано, что необходимая суточная доза фолатов для женщин детородного возраста составляет 400 мкг/сут, во время беременности потребность в фолатах возрастает до 600 мкг/сут, а в период лактации – до 500 мкг/сут. К сожалению, фактический прием составляет около 200 мкг/сут, поскольку поступление этих необходимых веществ в организм с пищей ограничено.

Следует отметить, что потребление фолатов за восемь – двенадцать недель до зачатия позволяет достичь в организме оптимального уровня фолатов (> 906 нмоль/л) к восьмой неделе беременности и полностью обезопасить плод от такого ВПР, как дефект нервной трубки (рисунок). Именно поддержание уровня фолатов > 906 нмоль/л снижает риск преждевременных родов на 70%, гипотрофии – на 57%, ВПР сердца – на 26%. Уменьшается вероятность формирования аномалий развития мочевыделительной, нервной системы и системы кровообращения. Профессор О.Г. Пекарев обратил внимание слушателей, что в сыворотке крови должна присутствовать не просто фолиевая кислота, а ее активная форма – 5-метилтетрагидрофолат (5-МТГФ). Это объясняется тем, что синтетическая фолиевая кислота так же, как и большинство пищевых фолатов,

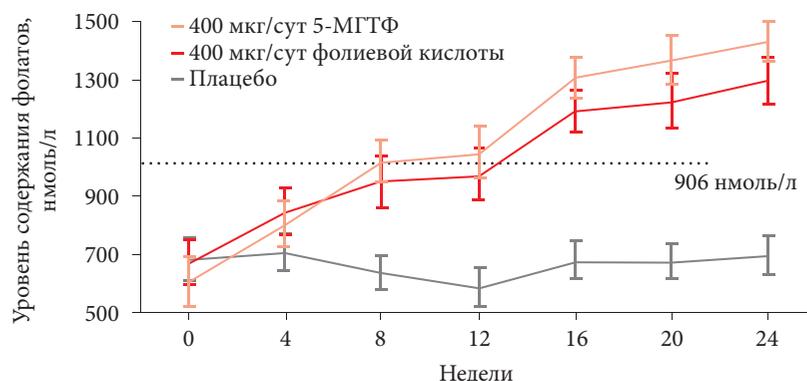


Рисунок. Содержание фолатов в эритроцитах крови после разового приема 400 мкг фолиевой кислоты или 5-МТГФ

биологически не активна и только с помощью фермента метилтетрагидрофолатредуктазы преобразуется в активный 5-МТГФ. Между тем у каждой второй женщины врожденный дефицит фермента не позволяет фолиевой кислоте превратиться в биологически активную форму 5-МТГФ. Именно поэтому прием обогащенной фолатами пищи и фолиевой кислоты не обеспечивает достаточный фолатный статус беременной.

В отличие от синтетической фолиевой кислоты метафолин, будучи биологически активной формой фолатов с высокой биодоступностью, всасывается в кровь без участия ферментативных систем кишечника, в том числе фермента метилтетрагидрофолатредуктазы. Метафолин непосредственно захватывается клетками и используется в обменных процессах – репликации ДНК и циклах метилирования. Активная форма фолатов – метафолин содержится только в Фемибионе Наталкере. В его состав входит 400 мкг фолатов, половина из которых представлена фолиевой кислотой и половина – метафолином. Дополнительный прием метафолина позволяет всем женщинам независимо от генотипа получить необходимое количество фолатов в период беременности и кормления грудью. Фемибион Наталкер также содержит витамины группы В (В₁, В₂, В₅, В₆ и В₁₂), витамины С, Е, РР и йод.

Если Фемибион Наталкер I предназначен для приема с момента планирования беременности и до конца 12-й недели беременности, то Фемибион Наталкер II, в состав которого помимо фолатов, сбалансированного комплекса витаминов и йода входит также 200 мг докозагексаеновой полиненасыщенной жирной кислоты (ДГК), назначают с 13-й недели беременности и до окончания лактации. Следует отметить, что ДГК имеет принципиальное значение для развития мозга и новорожденного, его благополучной мыслительной деятельности. ДГК также считается важным компонентом развития и созревания светочувствительных клеток сетчатки глаза. ДГК накапливается в мембране нейронов мозга ребенка в третьем триместре беременности и в течение первых месяцев жизни. Именно поэтому, согласно новым международным рекомендациям, в период беременности и кормления грудью с пищей должно поступать не менее 200 мг/сут ДГК.

Таким образом, профилактика формирования ВПР, уменьшения риска осложнений, повышение вероятности благоприятного исхода беременности невозможны без восполнения дефицита необходимых витаминов и микроэлементов в прегравидарный период, во время беременности и лактации. ♡

акушерство