© 2026 коллектив авторов.
Работа находится под лицензией
Creative Commons Attribution 4.0 International License

© 2026 by the authors.
This work is licensed under
Creative Commons Attribution 4.0 International Licens

DOI: 10.66269/2414-0252-2026-16-2-283-289
УДК: 618.2-084:614.2

Семейная медицина
Family Medicine

М.О. Гуломова, Д.Дж. Давлятова, М.М. Ортикова, Ш.М. Холов

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОМОЩЬ КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра семейной медицины имени профессора Мирзоевой З.А. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Целью данного обзора являлось обобщение современных данных о роли прегравидарной помощи в профилактике неблагоприятных исходов беременности и представление аналитической оценки её эффективности.

Неблагоприятные исходы беременности остаются одной из ведущих медико-социальных проблем современного здравоохранения. По данным международных организаций, значительная часть осложнений гестации обусловлена факторами, существующими до наступления беременности. Снижение материнской и перинатальной смертности является приоритетной задачей глобального здравоохранения. Под эгидой ВОЗ (2020) каждая четвёртая беременность в мире – незапланированная, что приводит к 25 млн небезопасных абортов и 47 тыс. смертей женщин ежегодно. Основной причиной эксперты считают сложность получения профессиональных услуг по планированию семьи. В связи с этим всё большее внимание уделяется прегравидарной помощи как эффективному инструменту первичной профилактики нарушений репродуктивного здоровья.

Проведён поиск по ключевым словам – «прегравидарная помощь», «неблагоприятные исходы беременности», «репродуктивное здоровье», «профилактика» в публикациях международных организаций (ВОЗ, CDC), национальных руководствах по акушерству и репродуктивной медицине, а также систематических обзорах и метаанализах на электронных платформах баз данных КиберЛенинка, ELIBRARY, MEDLINE, Web of Science, PubMed, Scopus за последние 7 лет.

Ключевые слова: *прегравидарная подготовка, планирование беременности, перинатальная смертность, врожденные пороки развития, преэклампсия, фолиевая кислота, репродуктивное здоровье, профилактика, перинатальные исходы.*

Для цитирования: *Гуломова МО, Давлятова ДДж, Ортикова ММ, Холов ШМ. Прегравидарная помощь как ключевой элемент профилактики неблагоприятных исходов беременности. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2026;16(2): 283–289. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-2-283-289*

M.O. Gulomova, D.Dzh.Davlyatova, M.M. Ortikova, Sh.M. Kholov

PRECONCEPTION CARE AS A KEY ELEMENT IN THE PREVENTION OF ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES

Department of Family Medicine named after Professor Z.A. Mirzoeva, State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”, Dushanbe, Republic of Tajikistan

The aim of this review was to summarize current data on the role of preconception care in the prevention of adverse pregnancy outcomes and to present an analytical assessment of its effectiveness.

Adverse pregnancy outcomes remain one of the leading medical and social challenges of modern healthcare. According to international organizations, a significant proportion of gestational complications are associated with factors that exist prior to conception. Reducing maternal and perinatal mortality is a global health priority. According to a study conducted under the auspices of the World Health Organization (2020), one in four pregnancies worldwide is unintended, leading to 25 million unsafe abortions and 47,000 deaths of women each year. Experts consider the main cause to be the difficulty of accessing professional family planning services. In this regard, increasing attention is being paid to pre-conception care as an effective tool for the primary prevention of reproductive health disorders.

A search and analysis of literature sources, publications of international organizations (WHO, CDC), national guidelines on obstetrics and reproductive medicine, as well as data from systematic reviews and meta-analyses available on the electronic database platforms CyberLeninka, ELIBRARY, MEDLINE, Web of Science, PubMed, and Scopus over the past 7 years were conducted.

Key words: *preconception care, pregnancy planning, perinatal mortality, congenital malformations, preeclampsia, folic acid, reproductive health, prevention, perinatal outcomes.*

For citation: *Gulomova MO, Davlyatova DDzh, Ortikova MM, Kholov ShM. Pregravidarnaya pomoshch' kak klyuchevoy element profilaktiki neblagopriyatnykh iskhodov beremennosti [Preconception care as a key element in the prevention of adverse pregnancy outcomes]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya. 2026;16(2): 283–289. https://doi.org/10.66269/2414-0252-2026-16-2-283-289*

М.О. Гуломова, Д.Дж. Давлятова, М.М.Ортикова, Холов Ш.М.

КӮМАКИ ПЕШАЗҲОМИЛАДОРӢ ҲАМЧУН УНСУРИ КАЛИДИИ ПЕШГИРИИ ОҚИБАТҲОИ НОМУСОИДИ ҲОМИЛАДОРӢ

Кафедраи тибби оилавӣ ба номи профессор Мирзоева З.А. Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Оқибатҳои номусоиди ҳомиладорӣ то ҳол яке аз мушкилоти асосии тиббию иҷтимоии низоми муосири тандурустӣ боқӣ мемонанд. Тибқи маълумоти созмонҳои байналмилалӣ, қисми назарраси оризаҳои гестатсия бо омилҳое вобастаанд, ки то фаро расидани ҳомиладорӣ мавҷуд мебошанд. Паст намудани сатҳи фавти модарон ва фавти перинаталӣ вазифаи афзалиятноки тандурустии ҷаҳонӣ ба шумор меравад. Тибқи маълумоти таҳқиқоте, ки таҳти сарпарастии World Health Organization (2020) гузаронида шудааст, ҳар як чорум ҳомиладорӣ дар ҷаҳон банақшагирифташуда нест, ки ин боиси 25 миллион исқоти ҳамли ноамн ва 47 ҳазор фавти занон ҳар сол мегардад. Сабаби асосиро мутахассисон душвории дастрасӣ ба хизматрасониҳои касбӣ оид ба банақшагирии оила мешуморанд.

Дар робита ба ин, таваҷҷуҳ ба кумаки пешазҳомиладорӣ ҳамчун воситаи самараноки пешгирии ибтидоии ихтилолҳои саломатии репродуктивӣ ҳарчи бештар равона мегардад. Таҳлили интишороти созмонҳои байналмилалӣ (Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ, Маркази назорати бемориҳои ИМА), дастурҳои миллии соҳаи акушерӣ ва тибби репродуктивӣ, инчунин маълумоти баррасиҳои системавӣ ва мета-таҳлилҳо дар давоми 10 соли охир гузаронида шуд.

Калимаҳои асосӣ: *омодагии пешазҳомиладорӣ, банақшагирии ҳомиладорӣ, фавти перинаталӣ, нуқсонҳои модарзодии инкишоф, преэклампсия, кислотаи фолий, саломатии репродуктивӣ, пешгирӣ, натиҷаҳои перинаталӣ.*

Проблемы репродукции в настоящее время находятся в центре внимания многих исследователей. Несмотря на существенные достижения современной медицины, ежегодное количество семейных пар, сталкивающихся с бесплодием, неуклонно возрастает, а каждая 8-10 пара испытывает трудности с зачатием [1]. Прохождение медицинского осмотра и целенаправленные лабораторные исследования помогают выявить причины проблем с зачатием и бесплодием и, по возможности, устранить их. Эти мероприятия входят в прегравидарную подготовку к беременности и родам. Благодаря многоступенчатой организации молодые семьи могут заранее обратиться в учреждения ПМСП до зачатия для проведения необходимых клинико-лабораторных исследований, уточнения принадлежности к группам риска, получения рекомендаций по применению необходимых витаминно-минеральных комплексов и/или лекарственных средств, а также информирования о ведении беременности в ранние сроки, что позволит значимо снизить процент рождения детей с врождёнными пороками развития органов и систем [1,2].

Современная диагностическая методика позволяет заблаговременно выявить факторы, которые могут спровоцировать очевидные проблемы с вынашиванием ребёнка и негативно сказаться на его здоровье [2].

Неблагоприятные исходы беременности остаются одной из ведущих медико-социальных проблем современного здравоохранения. По данным международных организаций, значительная часть осложнений гестации обусловлена факторами, существующими до наступления беременности. Снижение материнской и перинатальной смертности является приоритетной задачей глобального здравоохранения. По данным исследования под эгидой ВОЗ (2020), каждая четвёртая беременность в мире – незапланированная, что приводит к 25 млн небезопасных абортов и 47 тыс смертей женщин ежегодно. Основной причиной эксперты считают сложность получения профессиональных услуг по планированию семьи – более 56% беременных вообще не использовали противозачаточные средства в течение 5 лет до зачатия, а 10% практикуют прерванный половой акт или календарный метод, являющиеся устаревшими [3].

Показано, что внедрение программ прегравидарной подготовки в систему первичной медико-санитарной помощи способствует снижению частоты преждевременных родов, преэклампсии, анемии беременных и дефектов нервной трубки плода. Прегравидарная подготовка представляет собой комплекс профилактических и образовательных медицинских мероприятий, проводимых до наступления беременности с целью улучшения репродуктивных исходов [4].

Главными задачами профилактических мероприятий на прегравидарном этапе являются: клинико-лабораторное обследование, нормализация режима труда и отдыха, санация очагов хронической инфекции, лечение экстрагенитальной патологии и тромбофилических нарушений; особое значение они приобретают при отягощённом репродуктивном анамнезе [1-4].

В современной прегравидарной подготовке необходимо пройти три основных этапа: 1) супружеская пара совместно с врачами семейной медицины должна провести периконцепционную оценку своего репродуктивного здоровья; 2) необходим подбор и применение витаминно-минеральных комплексов, содержащих в качестве обязательных компонентов фолиевую кислоту, йод и антиоксиданты, как минимум за 3 мес до наступления беременности и на всем протяжении наступившей; 3) своевременная диагностика беременности в целях оптимального ведения ранних сроков, раннего выявления факторов риска и профилактики осложнений. Оптимальным современным методом для ранней диагностики беременности можно использовать цифровые тесты с индикатором срока в неделях, точность которого близка к

точности УЗИ [5].

Основные направления прегравидарной помощи включают медицинское обследование пары, коррекцию соматической и гинекологической патологии до зачатия и в процессе беременности, нутритивную поддержку, вакцинопрофилактику и модификацию образа жизни [5], мониторинг вышеуказанных показателей. Показано, что внедрение программ прегравидарной помощи способствует снижению частоты осложнений беременности, врождённых пороков развития, перинатальной заболеваемости и смертности.

Многочисленные исследования подтверждают, что до 30%-50% осложнений беременности формируются под влиянием факторов, существующих еще на этапе до зачатия [3,5,6]. Таким образом, акцент современной репродуктивной медицины смещается с лечения осложнений на их профилактику посредством прегравидарной подготовки [7].

По данным литературы, у женщин старше 35 лет отмечено увеличение частоты ненаступления беременности, её осложнений и родов по отношению к таковым у женщин 20-29 лет [5-7]. В частности: преэклампсия встречается в 2-4 раза [5-8], гестационный диабет - в 4 раза [9,10], преждевременные роды - в 2-3 раза [6,8,10-12] чаще, чем у более молодых женщин. Повышен риск акушерских кровотечений в 3-4 раза, что связано с увеличением частоты предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты [10-12]. Абдоминальное родоразрешение встречается чаще в 2-3 раза [9,10]. Кроме того, отмечаются высокие показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в 1,5-2 раза, а риск рождения крупных или же, наоборот, маловесных детей повышен в 2-3 раза [6,8,9,10,13]. Связан с возрастом матери также риск рождения ребенка с хромосомными заболеваниями, в частности, болезнью Дауна; если в возрасте 30 лет этот показатель составил 0,26 %, то в 45 лет он увеличивается в 20 раз [9,6,14].

Несмотря на достижения современной медицины, показатели материнской и перинатальной заболеваемости во многих странах остаются значимыми проблемами здравоохранения. Установлено, что значительная часть осложнений беременности обусловлена факторами риска, существующими ещё до зачатия. В связи с этим, всё большее внимание уделяется прегравидарной помощи как эффективному инструменту первичной профилактики нарушений репродуктивного здоровья [1,2,9,11].

Прегравидарный период является критически важным этапом, в течение которого возможны выявление и коррекция соматической и гинекологической патологии, дефицитов микронутриентов и поведенческих факторов риска. Проведённый анализ публикаций международных организаций (ВОЗ, CDC), национальных руководств по акушерству и репродуктивной медицине, а также данных систематических обзоров и метаанализов за последние 8 лет показывает, что причины большого количества осложнений гестационного периода у женщин позднего репродуктивного возраста (ПРВ) на сегодняшний день всё ещё недостаточно изучены и трактуются разными исследователями неоднозначно. Отсутствует дифференцированный подход к профилактике и лечению акушерских осложнений в зависимости от возраста беременной [5,6,9,11,13]. В связи с этим прегравидарная помощь таким возрастным группам женщин является стратегией первичной профилактики.

Несмотря на доказанную эффективность, охват прегравидарной подготовкой остается недостаточным. Основными барьерами являются: отсутствие фельдшерско-акушерских пунктов в далеких районах, низкая информированность населения, отсутствие стандартизированных программ и позднее обращение за медицинской помощью. Комплексный междисциплинарный подход, реализуемый до наступления беременности, позволяет улучшить показатели репродуктивного здоровья и снизить медицинские и социальные последствия репродуктивных потерь [4,6,9].

Всем парам, которые планируют беременность, необходима прегравидарная подготовка, но особое значение она приобретает при отягощённом репродуктивном анамнезе [8,14]. В данной ситуации комплексное обследование включает оценку репродуктивной функции, соматического статуса, инфекционного и гормонального профиля, при необходимости – генетическое консультирование. При подготовке к беременности обследование направлено на выявление возможных заболеваний и состояний, которые могут негативно повлиять на течение гестации [13,15].

Основной концепцией прегравидарной подготовки является направленное оздоровление будущих родителей, которое включает здоровый образ жизни, улучшение качества жизни, повышение ответственности за своё здоровье, планирование первой и последующих беременностей [7,12,16].

Парам, которые планируют беременность, рекомендуется комплексное обследование и меры профилактики, которые осуществляются в ходе прегравидарной подготовки и куда входят такие исследования как:

- клинический анализ крови;
- определение группы крови и резус-фактора;
- определение уровня глюкозы в плазме венозной крови или в капиллярной крови натощак;
- определение антител к бледной трепонеме, антигенов и антител к ВИЧ-1 и -2, выявление HBsAg, антител к вирусу гепатита С и краснухи;
- определение концентрации тиреотропного гормона;
- общий анализ мочи;
- микроскопическое исследование вагинального отделяемого с окраской по Граму, полимеразная цепная реакция для диагностики инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), тест на вирус папилломы человека (ВПЧ) в возрасте 30 лет и старше, цитологическое исследование мазков с области экзоцервикса и из цервикального канала;
- ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желёз;
- консультация терапевта и стоматолога, по показаниям – другие специалисты [1,2,11,13,16-18] .

Обязательным новым элементом прегравидарной подготовки в последние годы стала иммунизация против SARS-CoV-2. Вагинозы и вагиниты, по всей вероятности, не препятствуют зачатию, хотя данный фактор следует учитывать. Беременность, наступившая на фоне патологических выделений из половых путей, чаще всего протекает с осложнениями или заканчивается выкидышем. Для снижения вероятности осложнений гестационного периода необходимо провести профилактические и лечебные мероприятия, направленные на выявление ранних факторов риска [4,6,7,17,19].

Независимо от возраста и количества детей к планированию любой беременности необходимо готовиться обоим партнёрам [15].

Десятки исследований доказывают, что грамотная подготовка к беременности и родам снижает риски:

- материнской и перинатальной смертности и заболеваемости,
- самопроизвольных абортов и преждевременных родов,
- хромосомных нарушений со стороны плода,
- осложнений беременности [9,17,18,20].

В прегравидарную подготовку входят как медицинские обследования, так и изменение образа жизни. Вероятность вынашивания и рождения здорового ребёнка значительно повышается, если у пары нет проблем с лишним весом,

дефицитом микроэлементов и вредных привычек; в этом случае шансы на успешное зачатие достаточно высоки [18].

Для прегравидарной подготовки женщине необходимо обратиться за 3-4 месяца до планируемого зачатия к врачу акушеру-гинекологу, который составляет индивидуальный план обследования. В него включается также обследование мужчины у уролога и андролога, поскольку половину генетического материала ребёнок получает от отца. Современные данные свидетельствуют о значимой роли мужского фактора в формировании репродуктивных исходов – до 40-50% случаев бесплодия связаны с мужским фактором. Включение мужчин в программы прегравидарной помощи способствует улучшению качества сперматозоидов и снижению риска генетических и эпигенетических нарушений у потомства [3,15,19,20,21-23].

Необходимо наладить здоровый образ жизни, так как это напрямую влияет на развитие сперматозоидов и состояние здоровья будущего отца, несущего генетическую информацию. Созревание половых клеток и процесс их формирования являются достаточно энергоёмкими и чувствительными к различного рода нарушениям. На мужскую репродуктивную систему могут негативно влиять гормональные проблемы, экология, дефицит витаминов, перегрев и многие другие факторы [19,20,21]. Например, курение снижает концентрацию сперматозоидов на 15–20 %, ожирение ассоциировано с гормональными нарушениями и ухудшением качества спермы [15,19,20,23].

Наличие хронических соматических заболеваний существенно повышает риск неблагоприятных исходов беременности. Достижение компенсации таких состояний, как сахарный диабет, артериальная гипертензия и заболевания щитовидной железы до зачатия является необходимым условием благоприятного течения беременности. Важное значение имеет также пересмотр лекарственной терапии с учётом потенциального тератогенного действия препаратов [6,9,19-21].

К основным неблагоприятным исходам относятся:

- самопроизвольные выкидыши (до 15%-20% клинически распознанных беременностей) [18];
- преждевременные роды (5%-18 %) [18,20];
- преэклампсия (13%-13 %) [17,18,20];
- задержка внутриутробного развития плода (8%-10 %);
- врожденные пороки развития (2%-3 % новорожденных) [17,18,21,22].

Одно из ведущих мест в структуре перинатальной смертности занимают врождённые аномалии. Дефекты нервной трубки встречаются в среднем у 1-2 новорождённых на 1000, однако в регионах с дефицитом фолатов частота может быть выше [2,20-24].

Механизмы развития неблагоприятных исходов беременности во многом связаны с:

- хроническим воспалением и эндотелиальной дисфункцией;
- метаболическими нарушениями (инсулинорезистентность, ожирение);
- дефицитом микронутриентов;
- инфекционными агентами;
- генетическими факторами.

Например, декомпенсированный сахарный диабет увеличивает риск врожденных пороков развития в 3-5 раз. Ожирение повышает вероятность преэклампсии в 2-3 раза. Дефицит фолиевой кислоты напрямую связан с нарушением закрытия нервной трубки эмбриона [6,8,18,20,21-24].

В комплексную прегравидарную подготовку также входит приём витаминно-минеральных комплексов с антиоксидантами как минимум за 3 месяца до предполагаемого зачатия, как профилактика фолат-зависимых пороков развития, йодопрофилактика, коррекция гормональных и метаболических нарушений, а также тромбофилических состояний. Рекомендуется приём витаминно-минеральных комплексов, содержащих витамины с антиоксидантной активностью – С, Е, β-каротин, минералы (коантиоксиданты) селен, цинк, медь, кальций, железо и др., что способствует благоприятному зачатию и снижению частоты осложнений беременности, особенно в старшем репродуктивном возрасте (старше 35 лет) и при наличии хронических заболеваний [2,22,24,25].

Оптимизация гликемического контроля у женщин с сахарным диабетом до наступления беременности снижает частоту врожденных пороков развития на 40%-70 % [1,6,9,11,19].

Контроль артериальной гипертензии уменьшает риск развития тяжелых форм преэклампсии и плацентарной недостаточности. Коррекция гипотиреоза до зачатия предотвращает когнитивные нарушения у плода [2,6,9,20,24,45].

Фолиевая кислота – наиболее изученный микронутриент в прегравидарной профилактике. Регулярный прием 400-800 мкг в сутки снижает риск дефектов нервной трубки на 50%-70 % [8,18,24,25].

Дефицит железа ассоциирован с развитием анемии беременных (до 40% случаев в некоторых регионах) [4,6,8,18,25].

Недостаточность витамина D коррелирует с риском гестационного диабета и преэклампсии [1,2,9,23-25].

Инфицирование краснухой в I триместре вызывает врожденный синдром краснухи в 80%-90 % случаев. Проведение вакцинации до беременности практически полностью устраняет данный риск. Вакцинация против гриппа снижает вероятность тяжелых респираторных осложнений у беременных [2,9, 20,21, 25].

Парам с отягощенным семейным анамнезом, привычным невынашиванием, возрастом матери старше 35 лет показано применение современных методов молекулярной диагностики, что позволяет выявлять носительство наследственных заболеваний [2,8,17,18,23]. Таким образом, прегравидарная подготовка должна носить парный характер.

Для ранней диагностики беременности необходимо применять цифровые тесты с индикатором срока в неделях. Точность некоторых тестов в определении срока беременности близка к точности УЗИ и в 97% случаев совпадает с последующими данными скрининга до 11-14 нед. Тест можно использовать за 4 дня до ожидаемого начала менструации, при этом 98% результатов, подтверждающих беременность, получают за день до ожидаемого начала менструации, 97% – за 2 дня, 90% – за 3 дня и 65% – за 4 дня. Ранняя диагностика беременности позволяет разработать тактику оптимального ведения ранних сроков, своевременно выявить факторы риска осложнённого течения беременности и провести профилактику возможных осложнений [17,20,24-26].

Анализ международных программ показывает, что применение прегравидарной подготовки способствует:

- снижению частоты преждевременных родов на 10%-20 %;
- уменьшению числа дефектов нервной трубки более чем на 50 %;
- снижению частоты тяжелой преэклампсии на 15%-25%;

сокращению перинатальной смертности в группах высокого риска на 18%-35% [11,16,17,24,26].

Экономическая эффективность выражается в снижении затрат на лечение осложнений и выхаживание недоношенных новорожденных [1,2,7,9,24].

Также необходимо учитывать мероприятия, противопоказанные в период прегравидарной подготовки:

1. При отсутствии факторов риска глубокое

обследование супружеских пар молодого возраста, равно как и неоправданно широкий спектр медикаментозной профилактики и лечения, приравнивают к дефектам оказания медицинской помощи. Необходимость комплекса мероприятий, проводимых в рамках прегравидарной подготовки, должна быть обоснована с позиций доказательной медицины [1,2,5,9,13,21].

2. Полипрагмазия.

3. Профилактическая санация влагалища.

Несмотря на доказанную эффективность, охват прегравидарным консультированием остаётся недостаточным, что является предметом дальнейшей работы общественного здравоохранения и медицинских учреждений первичного звена. Основными барьерами остаются низкая информированность населения, отсутствие стандартизированных программ и позднее обращение за медицинской помощью [2-4].

Интеграция прегравидарного консультирования в практику врачей общей практики и акушеров-гинекологов способна значительно повысить охват населения профилактическими мероприятиями [6,8,9].

Комплексный междисциплинарный подход, реализуемый до наступления беременности, позволяет улучшить показатели репродуктивного здоровья и снизить медицинские и социальные последствия репродуктивных потерь. Расширение программ прегравидарной помощи следует рассматривать как приоритетное направление современной системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ivkosic IE, Mesic J, Fures R, et al. Infertility - a Great Challenge of the Past, Present, and Future. Mater Sociomed. 2025;37(1):74-79. https://doi.org/10.5455/msm.2025.37.74-79
2. Dunlop AL, Alfonso S, Hansen N, Williams D, Anderson V. Virtual Preconception Risk Assessment and Counseling In Primary Health Care. J Am Board Fam Med. 2025;38(2):223-238. https://doi.org/10.3122/jabfm.2024.240143R1
3. Радзинский ВЕ, Оразмурадов АА. Прегравидарная подготовка: клинические аспекты Акушерство и гинекология. 2019;5: 5–11.
4. Ghaffari Sardasht F, Motaghi Z, Shariati M, Keramat A, Akbari N. The Status, Policies, and Programs of Preconception Risk Assessment in Iran: A Narrative Review. J Caring Sci. 2022;11(2):105-117. https://doi.org/10.34172/jcs.2022.15
5. Конкина АВ, Бликян ЛА, Алейникова ДЭ, Абубакаров ИР, Джуманьязова АС, Абрамьян АВ, с соавт. Иммунологическое тестирование при женском бесплодии: современный взгляд на проблему. Акушерство, Гинекология и Репродукция.2024;18(4):547-562. https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2024.532
6. Коновалов ВН, Цхай ВБ, Яметова НМ. Профилактика преждевременных родов. Современное состояние проблемы. Сибирское медицинское обозрение.2020;5:5-11 doi.10.20333/25000136-2020-5-5-11
7. Li M, Francis E, Hinkle SN, Ajjarapu AS, Zhang C. Preconception and Prenatal Nutrition and Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2019;11(7):1628. https://doi.org/10.3390/nu11071628
8. Ганчар ЕП, Кажина МВ, Гутикова ЛВ, Зуховицкая ЕВ. Генетические полиморфизмы у женщин с привычным невынашиванием беременности. Выбор акушерской тактики. Медицинские новости. 2024;2:75-79
9. Радзинский ВЕ, Князев СА, Костин ИН, и др. Предиктивное акушерство. М.: Редакция журнала StatusPraesens. 2021: 520
10. Haas DM, Hathaway TJ, Ramsey PS. Progestogen for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10(10):CD003511. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003511.pub4
11. Coomarasamy A, Devall AJ, Brosens JJ, Quenby S, Stephenson MD, Sierra S, et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):167-176. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.006
12. Rikken JFW, Kowalik CR, Emanuel MH. Septum resection versus expectant management in women with a septate uterus: an international multicentre open-label randomized controlled trial. Human reproduction.2021;36(5):1260–1267. https://doi.org/10.1093/humrep/deab037
13. Chen X, Liu P, Sheng Y, Li W, Tang R, Ding L, et al. The impact of unicornuate uterus on perinatal outcomes after IVF/ICSI cycles: A matched retrospective cohort study. J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. 2019;32(15): 2469–2474. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1438403
14. Hamulyák EN, Scheres LJ, Marijnen MC, Goddijn M, Middeldorp S. Aspirin or heparin or both for improving pregnancy outcomes in women with persistent antiphospholipid antibodies and recurrent pregnancy loss. Cochrane Database Syst. Rev. 2020; 5. Art. №CD012852. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012852.pub2
15. Соловьёва АВ, Лищук ОВ. Для зачатия нужны двое. Что должен знать акушер-гинеколог о диагностике мужского бесплодия: Информационный бюллетень. М.: Редакция журнала StatusPraesens. 2019: 16
16. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. М.: Редакция журнала StatusPraesens. 2019: 57
17. Ibrahim Y, Johnstone E. The male contribution to recurrent pregnancy loss. Transl. Androl. Urol. 2018. Vol. 7. №3. P. S317–S327. [PMID: 30159238]
18. Шабанова АА, Шитова МС. Привычное невынашивание беременности – современный взгляд на проблему. Столыпинский вестник. 2022; 4(3): 19-22.
19. Радзинский ВЕ , Хамошина МБ, Раевская ОА, и др. Очерки эндокринной гинекологии. М.: Редакция журнала StatusPraesens. 2020: 576
20. Anderson J, Ghaffarian KR. Early Pregnancy Diagnosis.In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556135/
21. Микляева И., Данилова ИК, Османов ЭМ. Эффективность комплексного подхода прегравидарной подготовки в успешном развитии беременности. Дальневосточный медицинский журнал.2019;(3):100-105.
22. Петрушина АД, Косинова СР, Попова КО, Голубева АА. Актуальность прегравидарной подготовки для женщин с риском преждевременных родов. Медиуцинская наука и образование.2024;120(4):142-148
23. Чазова ИЕ, Жернакова ЮВ. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии. 2019;16(1): 6–31.
24. Подилякина ЮС, Кулов ДБ, Амирбекова ЖТ. Прегравидарная подготовка. Исследования и практика в медицине. 2021; 8(2): 83-89. https://doi.org/10.17709/2410-1893-2021-8-2-8
25. Соловьёва АВ, Геворгян ДА. Прогнозирование и предупреждение осложнений гестации. Возможно ли это? Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.2019;7(3):88-92. doi: 10.24411/2303-9698-2019-13013.
26. Kim EJ, Nho JH. Lifestyle Interventions for Adults with Infertility. J. Lifestyle. Med. 2022; 12(2): 69–71. https://doi.org/10.15280/jlm.2022.12.2.69

REFERENCES

1. Ivkosic IE, Mesic J, Fures R, et al. Infertility - a Great Challenge of the Past, Present, and Future. Mater Sociomed. 2025;37(1):74-79. https://doi.org/10.5455/msm.2025.37.74-79
2. Dunlop AL, Alfonso S, Hansen N, Williams D, Anderson V. Virtual Preconception Risk Assessment and Counseling In Primary Health Care. J Am Board Fam Med. 2025;38(2):223-238.
3. Radzinsky VE, Orazmuradov AA. Pregravidarnaya podgotovka: klinicheskiye aspekty
[Preconception care: clinical aspects]. Obstetrics and Gynecology. 2019; 5:5–11. (In Russ.)
4. Ghaffari Sardasht F, Motaghi Z, Shariati M, Keramat A, Akbari N. The Status, Policies, and Programs of Preconception Risk Assessment in Iran: A Narrative Review. J Caring Sci. 2022;11(2):105-117. https://doi.org/10.34172/jcs.2022.15
5. Konkina AV, Blikyan LA, Aleynikova DE, Abubakarov IR, Dzhumanyazova AS, Abramian AV, et al. Immunologicheskoye testirovaniye pri zhenskom besplodii: sovremennyy vzglyad na problemu. [Immunological testing for female infertility: a modern view on the problem]. Obstetrics, Gynecology and Reproduction. 2024;18(4):547-562. (In Russ.)
6. Konovalov VN, Tshai VB, Yametova NM. Profilaktika prezhdevremennykh rodov. Sovremennoye sostoyaniye problemy. [Prevention of premature birth. Current state of the problem]. Siberian Medical Review. 2020; 5: 5-11 doi.10.20333/25000136-2020-5-5-1
7. Li M, Francis E, Hinkle SN, Ajjarapu AS, Zhang C. Preconception and Prenatal Nutrition and Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2019;11(7):1628. https://doi.org/10.3390/nu11071628
8. Ganchar EP, Kazhina MV, Gutikova LV, Zukhovitskaya EV. Genetic polymorphisms in women with recurrent miscarriage. Choice of obstetric tactics. Medical news. 2024;2:75-79
9. Radzinsky VE, Khamoshina MB, Raevskaya OA, et al. Essays on Endocrine Gynecology. Ed. by V.E. Radzinsky. Moscow: Editorial Office of the journal StatusPraesens; 2020. 576 p.
10. Haas DM, Hathaway TJ, Ramsey PS. Progestogen for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10(10):CD003511. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003511.pub4
11. Coomarasamy A, Devall AJ, Brosens JJ, Quenby S, Stephenson MD, Sierra S, et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):167-176. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.006
12. Rikken JFW, Kowalik CR, Emanuel MH. Septum resection versus expectant management in women with a septate uterus: an international multicentre open-label randomized controlled trial . Human reproduction.2021;36(5):1260–1267. https://doi.org/10.1093/humrep/deab037
13. Chen X, Liu P, Sheng Y, Li W, Tang R, Ding L, et al. The impact of unicornuate uterus on perinatal outcomes after IVF/ICSI cycles: A matched retrospective cohort study. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2019; 32(15): 2469–2474. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1438403
14. Hamulyák EN, Scheres LJ, Marijnen MC, Goddijn M, Middeldorp S. Aspirin or heparin or both for improving pregnancy outcomes in women with persistent antiphospholipid antibodies and recurrent pregnancy loss. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020; 5: CD012852. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012852.pub2
15. Solovyova AV, Lishchuk OV. Two Are Needed for Conception. What an Obstetrician-Gynecologist Should Know About the Diagnosis of Male Infertility: Information Bulletin. Ed. by V.E. Radzinsky. Moscow: Editorial Office of the journal StatusPraesens; 2019. 16 p.
16. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of diseases accompanied by pathological genital discharge in women. Moscow; 2019. 57 p.
17. Ibrahim Y, Johnstone E. The male contribution to recurrent pregnancy loss. Translational Andrology and Urology. 2018; 7(3): S317–S327. PMID: 30159238.
18. Shabanova A A, Shitova M S. Privychnoye nevynashivaniye beremennosti – sovremennyy vzglyad na problemu [Habitual miscarriage – a modern view of the problem]. Stolypin Bulletin. 2022; 4(3): 19-22.
19. Radzinsky VE, Khamoshina MB, Raevskaya OA, et al. Essays on Endocrine Gynecology. Ed. by V.E. Radzinsky. Moscow: Editorial Office of the journal StatusPraesens; 2020. 576 p.
20. Anderson J, Ghaffarian KR. Early Pregnancy Diagnosis.In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556135/
21. Miklyaeva IA, Danilova IK, Osmanov EM. Effektivnost' kompleksnogo podkhoda pregravidarnoy podgotovki v uspeshnom razvitii beremennosti [Effectiveness of an integrated approach to pre-gravid preparation in the successful development of pregnancy]. Far Eastern Medical Journal. 2019; (3): 100-105.
22. Petrushina AD, Kosinova SR, Popova KO, Golubeva AA. Aktual'nost' pregravidarnoy podgotovki dlya zhenshchin s riskom prezhdevremennykh rodov [Relevance of pre-pregnancy preparation for women at risk of preterm birth]. Medical Science and Education. 2024; 120(4):142–148 DOI: 10.36361/18148999_2024_25_4_142
23. Chazova I.E., Zhernakova Yu.V. on behalf of the experts. Klinicheskiye rekomendatsii. Diagnostika i lecheniye arterial'noy gipertonii. [Clinical guidelines. Diagnosis and treatment of arterial hypertension]. Systemic Hypertension. 2019; 16(1): 6–31.
24. Podilyakina YuS, Kulov DB, Amirbekova ZhT. Pregravidarnaya podgotovka [Preconception care]. Issledovaniya i praktika v meditsine. 2021;8(2):83–89. https://doi.org/10.17709/2410-1893-2021-8-2-8
25. Solovieva A.V., Gevorgyan D.A. Prognozirovaniye i preduprezhdeniye oslozhneniy gestatsii. Vozmozhno li eto? [Prediction and prevention of gestational complications. Is it possible?] Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, and Training. 2019; 7(3):88–92. doi: 10.24411/2303-9698-2019-13013.
26. Kim EJ, Nho JH. Lifestyle Interventions for Adults with Infertility. J. Lifestyle. Med. 2022; 12(2): 69–71. https://doi.org/10.15280/jlm.2022.12.2.69

Сведения об авторах:

Гуломова Манзура Одинаевна – к.м.н., доцент, зав. кафедрой семейной медицины имени профессора Мирзоевой З.А. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
ORCID ID:0009-0005-8501-3306
Тел.: 935848053;
Давлятова Дильбар Джабаровна – к.м.н., ассистент кафедры семейной медицины имени профессора Мирзоевой З.А. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
ORCID ID:0009-0000-4647-9334
Тел.: 951549819
Ортикова Мунира Мамурчоновна – к.м.н., ассистент кафедры семейной медицины имени профессора Мирзоевой З.А. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
ORCID ID:0009-0008-0734-9797
Тел.:919251777
Холов Шокир Мирзоалиевич – ассистент кафедры семейной медицины имени профессора Мирзоевой З.А. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
ORCID ID:0009-0009-6599-8784
Тел.: 781819988

Финансирование: финансирование отсутствует; индивидуальные благодарности не заявлены.
Использование ИИ: искусственный интеллект не использован.
Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для корреспонденции: Гуломова Манзура Одинаевна – к.м.н., доцент, зав. кафедрой семейной медицины имени профессора Мирзоевой З.А. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
E-mail: g.manzura69@bk.ru; тел.: +992 935848053

Поступила: 24.02.2026
Принята в печать: 13.06.2026