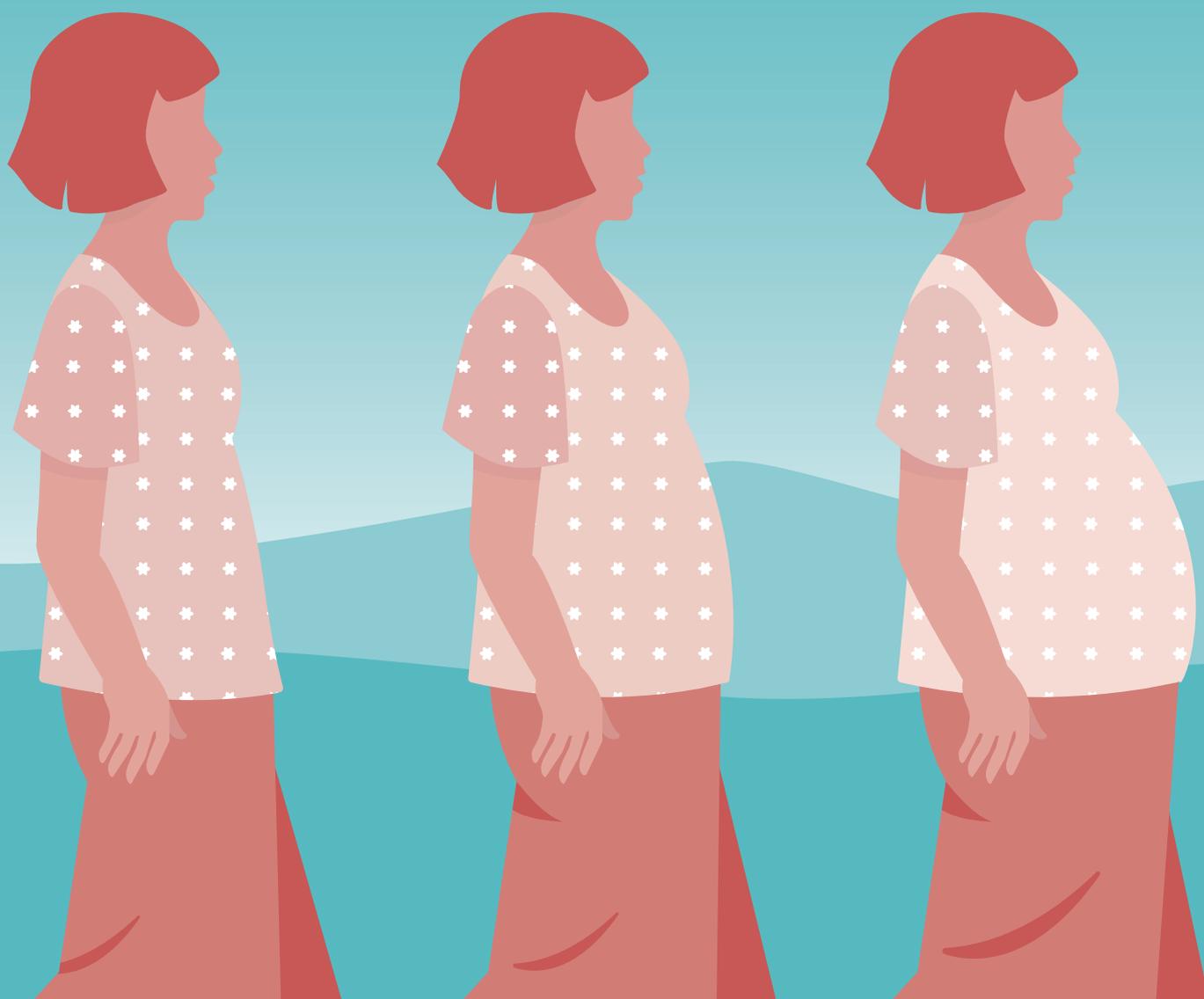




Всемирная организация
здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения

Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности



Всемирная организация здравоохранения

Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности



Всемирная организация
здравоохранения

Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]

ISBN 978-92-4-454991-9

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons «С указанием авторства – На некоммерческих условиях – Распространение на тех же условиях» 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования в указанном ниже порядке. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, возникающих в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами по урегулированию споров Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ, перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing>.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и, при необходимости, получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, материалы которых содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Оговорки общего характера. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ были приняты все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Содержание

Выражение признательности	v
Сокращения	vii
Резюме	ix
1. Введение	1
2. Методы	4
3. Доказательства и рекомендации	14
A. Мероприятия, связанные с питанием	15
B. Обследование беременной и плода	47
C. Профилактические мероприятия	72
D. Помощь при распространенных физиологических симптомах	86
E. Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП	100
4. Внедрение руководства и рекомендаций по ДРП: представление модели ДРП ВОЗ 2016 г.	122
5. Значение для научных исследований	136
6. Распространение, применимость и обновление документа и рекомендаций	139
Литература	142
Приложение 1. Внешние эксперты и персонал ВОЗ, участвовавшие в подготовке этих рекомендаций	155
Приложение 2. Другие публикации ВОЗ, содержащие рекомендации, имеющие отношение к стандартной ДРП	159
Приложение 3. Резюме заявлений о конфликте интересов членов Группы по разработке рекомендаций (ГРР) и принятых мерах	161
Приложение 4. Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП	163

Веб-приложения. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности*

- Веб-приложение 1. Приоритетные вопросы и исходы мероприятий в рамках оказания дородовой помощи (ДРП), определенные для этих рекомендаций
- Веб-приложение 2. Отклонения от утвержденных рамок рекомендаций
- Веб-приложение 3. Суждения группы по разработке рекомендаций (ГРР), относящиеся к данным рекомендациям

Веб-дополнение. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности: доказательная база*

В этом веб-дополнении опубликованы стандартизованные критерии классификации доказательств и таблицы GRADE. Для удобства ссылки на таблицы доказательств в этом документе сделаны по номерам с префиксом «ДБ» (доказательная база).

* Доступны на: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

«Чтобы осуществить инициативу “Каждая женщина, каждый ребенок” и Глобальную стратегию охраны здоровья женщин, детей и подростков, нам нужны инновационные, доказательно обоснованные подходы к оказанию дородовой помощи. Я приветствую эти рекомендации, которые направлены на то, чтобы сделать женщин центральным объектом оказания помощи, улучшить их опыт беременности и обеспечить детям начало жизни в наилучших условиях».

Пан Ги Мун, Генеральный секретарь
Организации Объединенных Наций

Выражение признательности

Департаменты репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR), по вопросам здорового питания и развития (NHD), здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МСА) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выражают глубокую признательность многим организациям и отдельным лицам за вклад в разработку этих рекомендаций.

A. Metin Gülmezoglu, Matthews Mathai, Olufemi Oladapo, Juan Pablo Peña-Rosas и Özge Tunçalp были членами Координационной группы ВОЗ, которая руководила процессом разработки рекомендаций. В Группу по разработке рекомендаций (ГПП) входили Mohammed Ariful Aram, Françoise Cluzeau, Luz Maria De-Regil, Aft Ghérissi, Gill Gyte, Rintaro Mori, James Neilson, Lynnette Neufeld, Lisa Noguchi, Nafissa Osman, Erika Ota, Tomas Pantoja, Bob Pattinson, Kathleen Rasmussen, Niveen Abu Rmeileh, Harshpal Singh Sachdev, Rusidah Selamat, Charlotte Warren и Charles Wisonge. Председателем ГПП был James Neilson.

Мы также хотели бы поблагодарить за вклад следующих региональных советников ВОЗ: Karima Gholbzouri, Gunta Lazdane, Bremen de Mucio, Mari Nagai, Leopold Ouedraogo, Neena Raina и Susan Serruya. Мы также хотели бы поблагодарить за вклад в разработку рекомендаций, в том числе в проведение предварительного обзора, следующих лиц: Manzi Anatole, Rifat Atun, Himanshu Bhushan, Jacquelyn Caglia, Chompilas Chongsomchai, Morseda Chowdhury, Mengistu Hailemariam, Stephen Hodgins, Annie Kearns, Rajat Khosla, Ana Langer, PisakeLumbiganon, Taiwo Oyelade, Jeffrey Smith, Petra ten Hoop-Bender, James Tielsch и Rownak Khan.

Особая благодарность авторам Кокрановских систематических обзоров, которые были использованы в этих рекомендациях, за помощь и сотрудничество при их подготовке или обновлении. Sonja Henderson, Frances Kellie и Nancy Medley координировали обновление соответствующих Кокрановских систематических обзоров. Soo Downe и Kenny Finlayson провели предварительный обзор и качественное исследование мнений женщин и работников здравоохранения по вопросам оказания дородовой помощи (ДРП). Edgardo Abalos, Monica Chamillard и Virginia Dias изучали и оценивали научные доказательства, чтобы получить фактические данные о мероприятиях. Khalid Khan и Ewelina Rogozinska изучали и оценивали научные доказательства, подтверждающие диагностическую точность методов. Theresa Lawrie изучала классифицированные доказательства и писала проекты резюме. Simon Lewin и Claire Glenton внесли вклад в подготовку резюме доказательств по вариантам оказания ДРП и предоставили техническую поддержку при работе с системой DECIDE (механизм разработки и оценки коммуникационных стратегий в поддержку обоснованных решений и практики с учетом фактических данных). Emma Allanson координировала внесение данных в систему DECIDE. Jenny Moberg изучала и суммировала косвенные доказательства, имеющие отношение к оказанию ДРП. Irek Gurol-Urganci, Charles O'Donovan и Inger Scheel изучали результаты внедрения фокусированной ДРП (ФДРП), полученные в наблюдательных исследованиях, проведенных в разных странах. Члены Координационной группы ВОЗ и Theresa Lawrie стали авторами проекта финальной версии этого документа.

Мы благодарим наблюдателей за процессом разработки рекомендаций, представлявших различные организации, в том числе: France Donnay (Фонд Билла и Мелинды Гейтс), Rita Borg-Xuereb (Международная конфедерация акушерок, МКА), Diogo Ayres-de-Campos и CN Purandare (Международная федерация акушеров и гинекологов, FIGO), Luc de Bernis (Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению, ЮНФПА), Roland Kurka (Детский фонд ООН, ЮНИСЕФ), Deborah Armbruster и Karen Fogg (Агентство США по международному развитию, USAID).

Мы высоко ценим обратную связь, предоставленную большим числом представителей заинтересованных сторон из разных стран на этапе предварительного обзора, который была частью процесса разработки рекомендаций. Мы также хотели бы поблагодарить следующих лиц, внесших вклад в этот процесс и изучавших текст рекомендаций: Andrea Bosman, Maurice Bucagu, Jahnavi Daru, Claudia Garcia-Moreno, Haileyesus Getahun, Rodolfo Gomez, Tracey Goodman, Tamar Kabakian, Avinash Kanchar, Philipp Lambach, Sarah de Masi, Frances McConville, Antonio Montresor, Justin Ortiz, Anayda Portela, Jeremy Pratt, Lisa Rogers, Nathalie Roos, Silvia Schwarte, Maria Pura Solon, João Paulo Souza, Petr Velebil, Teodora Wi, Ahmadu Yakubu, Yacouba Yaro и

Gerardo Zamora.

Финансирование подготовки рекомендаций обеспечено USAID и Фондом Билла и Мелинды Гейтс и дополнено за счет основного бюджета специальной программы ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка по исследованиям, разработкам и обучению специалистов в области репродукции человека (HRP). Мнения финансирующих организаций не оказали влияния на содержание рекомендаций.

Сокращения

БСБУ	бессимптомная бактериурия
ВДМ	высота стояния дна матки
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗР	внутриутробная задержка развития
ГБР	Группа по беременности и родам (Кокрановское сотрудничество)
ГВР	Группа внешних рецензентов
ГРР	Группа по разработке рекомендаций
ДБ	доказательная база
ДИ	доверительный интервал
ДРП	дородовая помощь
ЗКИ	заявление о конфликте интересов ИМП инфекция мочевых путей
ИМТ	индекс массы тела
ИПВБ	избыточная прибавка в весе во время беременности
КТГ	кардиотокография
МКА	Международная конфедерация акушеров
МГВ	маленький для гестационного возрастаНПА непрерывная помощь, оказываемая акушерками
НРИ	нерандомизированное исследование
ООН	Организация Объединенных Наций
ОР	относительный риск
ОСП	окружность плеча в средней трети
ОШ	отношение шансов
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения (Региональное бюро ВОЗ для стран Америки)
ПНСм	перинатальная смертность
ППб	периодическая профилактика во время беременности
ППб-СП	периодическая профилактика сульфадоксином/пириметамином во время беременности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ПРПО	преждевременный разрыв плодных оболочек
ПрЭП	предэкспозиционная профилактика
РИМП	рецидивирующая инфекция мочевых путей
РКИ	рандомизированные контролируемые исследования
РС	разность средних
СВД	страны с высоким доходом
СНСД	страны с низким и средним доходом
СП	сульфадоксин/пириметамин
ТБ	туберкулез
ТДФ	тенофовира дизопроксила фумарат
ТРГ	Техническая рабочая группа
ФДРП	фокусированная дородовая помощь
ЭКР	Экспертный комитет по рекомендациям

ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
CERQual	достоверность данных из обзоров исследований качественных показателей
DECIDE	механизм разработки и оценки коммуникационных стратегий в поддержку обоснованных решений и практики с учетом фактических данных
FIGO	Международная федерация гинекологии и акушерства
GBS	стрептококки группы В
GRADE	система оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций
GREAT	рекомендации, приоритеты научных исследований, синтез доказательств, применение доказательств, передача знаний
Hb	гемоглобин
HRP	специальная программа ПРООН, ЮНФПА, ВОЗ и Всемирного банка по исследованиям, разработкам и обучению специалистов в области репродукции человека
IQR	межквартильный размах
IVR	Инициатива по исследованию вакцин
MCA	Департамент ВОЗ по вопросам охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков
MMN	комплекс микронутриентов
NHD	Департамент ВОЗ по вопросам питания для здоровья и развития
PICO	популяция, вмешательство, сравнение, исходы
PLA	совместный цикл обучения и действия
PMNCH	Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей
PWG	женские группы, совместно участвующие в мероприятиях
Rh	резус
RHR	Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований (ВОЗ)
TBA	повитуха
Tdap	адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина с субъединичным коклюшным компонентом
TT	столбнячный анатоксин
TT-CV	вакцины, содержащие столбнячный анатоксин
UNIMMAP	международный препарат Организации Объединенных Наций, содержащий комплекс микронутриентов
USAID	Агентство США по международному развитию

Резюме

Введение

В 2016 г., в начале эпохи Целей устойчивого развития (ЦУР), предотвратимые заболеваемость и смертность, связанные с беременностью, остаются на неприемлемо высоком уровне. Несмотря на существенный прогресс, странам необходимо консолидировать и укрепить свои успехи в этой сфере, а также расширить повестку дня, включив в нее, помимо собственно спасения жизни, другие вопросы с целью максимального увеличения уровня здоровья и потенциала населения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стремится к построению мира, в котором каждая беременная и каждый новорожденный получают качественную помощь на протяжении беременности, родов и послеродового периода. В рамках непрерывного оказания помощи по охране репродуктивного здоровья дородовая помощь (ДРП) служит платформой для проведения важных мероприятий в сфере здравоохранения, включая пропаганду здорового образа жизни, скрининг, диагностику и профилактику болезней. Доказано, что своевременное проведение доказательно обоснованных мероприятий в рамках ДРП может спасти жизни. Чрезвычайно важно, что в этот решающий момент в жизни женщины ДРП дает возможность предоставлять информацию и поддержку женщинам, семьям и сообществам. В процессе подготовки этих рекомендаций по ДРП стала очевидной важность эффективного и уважительного общения с беременными по физиологическим, биомедицинским, поведенческим и социокультурным вопросам, а также эффективного и уважительного оказания им социальной, культурной эмоциональной и психологической поддержки. Эти функции ДРП по предоставлению информации и оказанию поддержки являются залогом не только спасения жизней, но и повышения благополучия, обращения за медицинской помощью и ее качества. Положительный опыт, полученный женщиной на этапах ДРП и родов, может заложить фундамент для здорового материнства.

Настоящий документ представляет собой всестороннее руководство ВОЗ по оказанию плановой ДРП беременным женщинам и подросткам. Его цель — дополнить существующие руководства ВОЗ по лечению отдельных осложнений беременности. Руководство задумано таким образом, чтобы отразить всю сложность вопросов, связанных с оказанием ДРП, и ответить на них, сделать приоритетными здоровье и благополучие человека, а не только предупреждение заболеваний и смерти, что соответствует подходу, основанному на соблюдении прав человека.

При определении сферы применения данного руководства использовались результаты систематического исследования мнений женщин, согласно которым женщины ожидают от ДРП формирования положительного опыта беременности. Под положительным опытом беременности понимают сохранение обычного физического и социокультурного состояния, поддержание нормального течения беременности для матери и ребенка (включая предупреждение и устранение рисков, профилактику и лечение болезней, снижение риска смерти), обеспечение эффективного перехода к родам и обеспечение положительного настроения на материнство (включая формирование высокой самооценки матери, материнских навыков и независимости).

Опыт женщины является ключом к изменению ДРП и созданию процветающих семей и сообществ, поэтому в этом руководстве рассматриваются следующие вопросы.

- Какие доказательно обоснованные мероприятия в рамках ДРП улучшат исходы и сформируют положительный опыт беременности?
- Как их следует проводить?

Методология разработки рекомендаций

Предполагается, что рекомендации по ДРП станут источником информации для разработки соответствующих стратегий в области здравоохранения и клинических протоколов. При разработке рекомендаций

использовался стандартный порядок действий в соответствии с процессом, описанным в «Руководстве ВОЗ по разработке рекомендаций». Вкратце он включает: (i) определение приоритетных вопросов и исходов; (ii) поиск и синтез доказательств; (iii) оценку доказательств; (iv) формулирование рекомендаций; (v) планирование внедрения, распространения, оценки воздействия и обновления рекомендаций. Качество научных доказательств, подтверждающих рекомендации, оценивали с помощью системы оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций (GRADE) для количественных данных и метода оценки достоверности данных из обзоров исследований качественных показателей (GRADE-CERQual) для качественных данных. Для подготовки профиля доказательств по приоритетным вопросам использовали обновленные систематические обзоры. При формулировании и утверждении рекомендаций Группа по разработке рекомендаций (ГРР) — международная группа экспертов, которая была сформирована для подготовки этих рекомендаций и провела три технических консультации с октября 2015 г. по март 2016 г., — руководствовалась системой DECIDE (механизм разработки и оценки коммуникационных стратегий в поддержку обоснованных решений и практики с учетом фактических данных), представляющей собой инструмент создания схем «доказательство—решение», которые включают эффекты мероприятий, ценность, ресурсы, справедливость, приемлемость и выполнимость.

Рекомендации

По итогам технических консультаций ВОЗ были разработаны 39 рекомендаций, касающихся пяти групп мероприятий: А. Мероприятия, связанные с питанием; В. Обследование беременной и плода; С. Профилактические мероприятия; D. Помощь при распространенных физиологических симптомах; Е. Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП. Исходя из мнения ГРР в соответствии с критериями DECIDE, на основе которых определяли общую направленность и в некоторых случаях условия выполнения рекомендаций, все мероприятия были разделены на три типа: рекомендованные, не рекомендованные, а также рекомендованные при определенных условиях. Чтобы гарантировать правильное понимание и практическое применение каждой рекомендации, условия применения всех рекомендаций, рекомендованных при определенных условиях, четко сформулированы в рамках каждой рекомендации и, где необходимо, снабжены комментариями участвовавших в работе экспертов. При использовании рекомендаций следует обращаться к этим комментариям, которые приводятся в документе вместе с резюме доказательств. Кроме того, был проведен систематический поиск рекомендаций, касающихся ДРП, в действующих руководствах, подготовленных другими департаментами ВОЗ. В результате в этот документ были включены 10 таких рекомендаций. Это позволило предложить вниманию читателей всеобъемлющий документ. В Таблице 1 представлены все 49 рекомендаций по оказанию ДРП для формирования положительного опыта беременности.

В соответствии со стандартами ВОЗ по разработке рекомендаций данные рекомендации будут пересматриваться и обновляться после выявления новых доказательств. Существенные пересмотры и обновления будут проводиться, по крайней мере, каждые пять лет. ВОЗ приветствует предложения по включению дополнительных вопросов в будущие обновленные рекомендации.

В ходе технических консультаций обсуждались аспекты внедрения как отдельных рекомендаций, так и руководства в целом. Подчеркнув наличие доказательств более высокой частоты внутриутробной гибели плода и более низкой удовлетворенности женщин моделью четырех посещений (известной также как модель фокусированной или базовой ДРП), ГРР приняла решение увеличить рекомендованное число контактов беременной и работников здравоохранения. При этом, такие контакты должны иметь место в моменты, оптимальные для оценки состояния матери и плода и проведения мероприятий по улучшению исхода беременности в случае выявления каких-либо отклонений (см. Рекомендацию Е.7 в Таблице 1). Представленные в данном руководстве рекомендации следует выполнять вместе с другими мероприятиями по повышению качества медицинской помощи. Производным данного документа будет руководство по практическому внедрению рекомендаций для работников здравоохранения, в которое войдут рекомендации по ДРП и общепризнанные методики, относящиеся к надлежащей клинической практике. В Таблице 1 перечислены все мероприятия, проанализированные ГРР. Таким образом, в нее вошли рекомендованные, рекомендованные при определенных условиях (включая научные исследования), а также не рекомендованные мероприятия.

Таблица 1. Перечень рекомендаций ВОЗ по оказанию дородовой помощи (ДРП) для формирования положительного опыта беременности

Эти рекомендации применимы в рамках оказания стандартной ДРП беременным женщинам и подросткам

А. Мероприятия, связанные с питанием		
	Рекомендация	Тип рекомендации
Диета	A.1.1. Рекомендуется консультирование по вопросам здорового питания и физической активности, которые позволяют поддержать хорошее самочувствие и избежать избыточной прибавки в весе во время беременности ^a .	Рекомендовано
	A.1.2. В группах населения, страдающих от недостаточного питания, рекомендуется обучение беременных повышению энергетической ценности ежедневного рациона и потребления белка для снижения риска рождения маленьких для гестационного возраста детей.	Рекомендовано при определенных условиях
	A.1.3. В группах населения, страдающих от недостаточного питания, беременным рекомендуется прием сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок для снижения риска мертворождения и рождения детей с низким весом для гестационного возраста.	Рекомендовано при определенных условиях
	A.1.4. В группах населения, страдающих от недостаточного питания, дополнительный прием добавок с высоким содержанием белка во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется.	Не рекомендовано
Прием препаратов железа и фолиевой кислоты	A.2.1. Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесных детей и преждевременных родов беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов железа в дозе 30—60 мг в пересчете на железо ^b и фолиевой кислоты ^c в дозе 400 мкг (0,4 мг) ^d .	Рекомендовано
	A.2.2. Если ежедневный прием железа невозможен из-за побочных эффектов, а также если распространенность анемии среди беременных в популяции не превышает 20%, для улучшения материнских и неонатальных исходов беременным рекомендуется периодический прием внутрь препаратов железа в дозе 120 мг в пересчете на железо ^e 1 раз в неделю и фолиевой кислоты в дозе 2800 мкг (2,8 мг) 1 раз в неделю ^f .	Рекомендовано при определенных условиях
Прием препаратов кальция	A.3. В группах населения со сниженным потреблением кальция с пищей для снижения риска преэклампсии беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов кальция в дозе 1,5—2 г в пересчете на кальций ^g .	Рекомендовано при определенных условиях

a Здоровое питание во время беременности подразумевает достаточную калорийность и содержание белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна.

b 60 мг железа содержится в 300 мг сульфата железа гептагидрата, 180 мг fumarата железа и 500 мг глюконата железа.

c Прием препаратов фолиевой кислоты следует начинать как можно раньше (в идеале до зачатия) для профилактики дефектов нервной трубки.

d Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women» (2012 г.).

e Сто двадцать миллиграммов железа содержится в 600 мг сульфата железа гептагидрата, 360 мг fumarата железа и 1000 мг глюконата железа.

f Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women» (2012 г.).

g Данная рекомендация соответствует представленной в публикации «WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia» (2011 г.) и заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: calcium supplementation in pregnant women» (2013 г.).

Прием препаратов витамина А	A.4. Назначать препараты витамина А для профилактики гемералопии (ухудшения сумеречного зрения) рекомендуется только беременным, проживающим в районах, где дефицит витамина А является серьезной проблемой общественного здравоохранения ^{h,i} .	Рекомендовано при определенных условиях
Прием препаратов цинка	A.5. Назначение беременным препаратов цинка рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)
Прием добавок, содержащих комплексы микроэлементов	A.6. Назначение добавок, содержащих комплексы микронутриентов, для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется.	Не рекомендовано
Прием витамина В6 (пиридоксина)	A.7. Прием витамина В6 (пиридоксина) для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется.	Не рекомендовано
Прием витаминов Е и С	A.8. Прием витаминов Е и С для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется.	Не рекомендовано
Прием витамина D	A.9. Прием витамина D для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется ^j .	Не рекомендовано
Ограничение потребления кофеина	A.10. Для снижения риска прерывания беременности и рождения маловесных детей беременным, потребляющим большое количество кофеина (более 300 мг/сут) ^k , рекомендуется уменьшить его потребление.	Рекомендовано при определенных условиях

h Дефицит витамина А считается серьезной проблемой общественного здравоохранения, если у ≥ 5% женщин в анамнезе имеются указания на эпизоды ухудшения сумеречного зрения во время последней за предшествующие 3—5 лет беременности, закончившейся рождением живого ребенка, или если у ≥ 20% беременных уровень ретинола в сыворотке составляет < 0,70 мкмоль/л. Определение дефицита витамина А как проблемы общественного здравоохранения подразумевает оценку его распространенности в популяции с помощью определенных биохимических и клинических показателей.

i Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women» (2011 г.).

j Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women» (2012 г.).

k Подразумевает любые препараты, напитки или продукты, содержащие кофеин (т.е. заварной кофе, чай, безалкогольные напитки типа колы, энергетические напитки с кофеином, шоколад, таблетки с кофеином).

В. Обследование беременной и плода ¹		
	Рекомендация	Тип рекомендации

В.1. Обследование беременной

Анемия	В.1.1. Рекомендуемый метод диагностики анемии во время беременности — общий анализ крови. В условиях, где общий анализ крови недоступен, для диагностики анемии во время беременности рекомендуется на местах определять уровень гемоглобина с помощью гемоглобинометра, что предпочтительнее использования колориметрического метода.	Рекомендовано при определенных условиях
Бессимптомная бактериурия (БСБУ)	В.1.2. Для диагностики бессимптомной бактериурии (БСБУ) во время беременности рекомендуется посев средней порции мочи. В условиях, где посев мочи недоступен, для диагностики БСБУ во время беременности рекомендуется на местах выполнять окраску препарата средней порции мочи по Граму, что предпочтительнее применения тест-полосок.	Рекомендовано при определенных условиях
Жестокое обращение со стороны полового партнера (ЖСПП)	В.1.3. Во время визитов в рамках ДРП при оценке состояний, которые могут быть вызваны или осложнены жестоким обращением со стороны полового партнера (ЖСПП), в целях улучшения диагностики и последующей помощи следует проводить расследование в отношении ЖСПП при наличии возможностей для обеспечения поддерживающих ответных мер (в том числе направления для получения специализированной помощи, когда это уместно) и соблюдении минимальных требований ВОЗ ^m . Это повышает эффективность диагностики и последующей помощи ⁿ .	Рекомендовано при определенных условиях
Рекомендации, заимствованные из других руководств ВОЗ, относящиеся к обследованию беременных в рамках ДРП		
Гестационный сахарный диабет (ГСД)	В.1.4. Согласно критериям ВОЗ, гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, следует квалифицировать либо как гестационный сахарный диабет (ГСД), либо как сахарный диабет при беременности ^o .	Рекомендовано
Употребление табака	В.1.5. Начиная с самых ранних сроков беременности и при каждом посещении в рамках ДРП работники здравоохранения должны спрашивать всех беременных об употреблении табака (в настоящем и прошлом) и о пассивном курении ^p .	Рекомендовано
Употребление психоактивных веществ	В.1.6. Начиная с самых ранних сроков беременности и при каждом посещении в рамках ДРП работники здравоохранения должны спрашивать всех беременных об употреблении алкоголя и других психоактивных веществ (в настоящем и прошлом) ^q .	Рекомендовано

^l ГРП не оценивала доказательства эффективности базовых мероприятий ДРП, таких, как измерение артериального давления, веса, оценку протеинурии и сердцебиения плода, поскольку они считаются частью надлежащей клинической практики.

^m Минимальные требования: наличие протокола/стандартного порядка действий; обучение тому, как спрашивать о ЖСПП и как предпринимать минимальные или развернутые ответные меры; конфиденциальная обстановка; гарантия сохранения врачебной тайны; наличие системы направления на консультацию; наличие времени для выявления проблемы.

ⁿ Данная рекомендация соответствует представленной в публикации «Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines» (2013 г.).

^o Эта рекомендация не является рекомендацией по скринингу гипергликемии во время беременности. Рекомендация адаптирована и заимствована из публикации ВОЗ «Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy» (2013 г.), в которой указывается, что ГСД следует диагностировать на любом сроке беременности при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже критериев:

- уровень глюкозы плазмы натощак — 5,1—6,9 ммоль/л (92—125 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы через 1 ч после приема внутрь глюкозы 75 г — $\geq 10,0$ ммоль/л (180 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы через 2 ч после приема внутрь глюкозы 75 г — 8,5—11,0 ммоль/л (153—199 мг/дл).

Диагноз «сахарный диабет при беременности» следует ставить при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже критериев:

- уровень глюкозы плазмы натощак — $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы через 1 ч после приема внутрь глюкозы 75 г — $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл) в любое время при наличии симптомов сахарного диабета.

^p Заимствовано из публикации «WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy» (2013 г.).

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и сифилис	В.1.7. При высокой распространенности ВИЧ ^г обследование и консультирование по инициативе работника здравоохранения (ОКИРЗ) для выявления ВИЧ-инфекции следует считать компонентом плановой медицинской помощи беременным в любых условиях оказания дородовой помощи. При низкой распространенности ВИЧ ОКИРЗ для беременных в рамках дородовой помощи может рассматриваться как ключевой компонент мероприятий по ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку, интеграции тестирования на наличие ВИЧ-инфекции в комплекс обследований на наличие сифилиса, вирусных инфекций и других ключевых обследований в зависимости от эпидемиологической ситуации, а также укрепления имеющихся систем охраны здоровья матери и ребенка ^с .	Рекомендовано
Туберкулез (ТБ)	В.1.8. Если распространенность туберкулеза (ТБ) среди населения составляет 100 на 100 000 человек и более, систематический скрининг активных форм ТБ следует рассматривать как компонент дородовой помощи ^г .	Рекомендовано при определенных условиях

В.2. Обследование плода

Ежедневный подсчет шевелений плода	В.2.1. Ежедневный подсчет числа шевелений плода, например, такими методами, как т.н. «счет до десяти», рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)
Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ)	В.2.2. Замена пальпации живота измерением высоты стояния дна матки с целью оценки развития плода для улучшения перинатальных исходов не рекомендуется. Отход от стандартной в данных условиях практики (пальпация живота или измерение ВДМ) не рекомендуется.	Рекомендовано при определенных условиях
Кардиотокография во время беременности	В.2.3. Регулярная кардиотокография ^u во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется.	Не рекомендовано
Ультразвуковое исследование	В.2.4. Рекомендуется выполнять одно ультразвуковое исследование на сроке до 24-й недели беременности (раннее ультразвуковое исследование плода) для уточнения гестационного возраста, улучшения диагностики пороков развития и многоплодной беременности, снижения частоты индукции родов при переносимой беременности и формирования положительного опыта беременности.	Рекомендовано
Допплеровское исследование сосудов плода	В.2.5. Регулярное доплеровское исследование во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется ^v .	Не рекомендовано

- q Заимствовано из публикации ВОЗ «Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy» (2014 г.).
- г Согласно публикации ВОЗ «Consolidated guidelines on HIV testing services» (2015 г.), распространенность ВИЧ считают высокой, если среди обследованного населения она более 5%, низкой — если она менее 5%. В условиях распространенной или ограниченной эпидемии ВИЧ-инфекции следует проводить повторное обследование женщин, у которых не выявлен ВИЧ, в III триместре беременности вследствие высокого риска заражения ВИЧ во время беременности. См. подробности в Рекомендации В.1.7.
- с Адаптировано и заимствовано из публикации ВОЗ «Consolidated guidelines on HIV testing services» (2015 г.).
- т Адаптировано и заимствовано из публикации ВОЗ «Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations» (2013 г.).
- u Кардиотокография — непрерывная регистрация частоты сердечных сокращений плода и сокращений матки с помощью ультразвукового датчика, размещаемого на животе беременной.
- v Допплеровское исследование используется для оценки кровотока в пупочной артерии (и других артериях плода) для оценки состояния плода в III триместре беременности.

С. Профилактические мероприятия		
	Рекомендация	Тип рекомендации
Антибактериальная терапия при бессимптомной бактериурии (БСБУ)	С.1. Всем беременным с бессимптомной бактериурией (БСБУ) рекомендуется антибактериальная терапия в течение семи дней с целью предупреждения персистирующей бактериурии, преждевременных родов и рождения маловесных детей.	Рекомендовано
Антибиотикопрофилактика для предупреждения рецидивирующей инфекции мочевых путей	С.2. Антибиотикопрофилактика для предупреждения рецидивирующей инфекции мочевых путей рекомендуется беременным только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)
Назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности	С.3. Профилактическое назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина несенсибилизированным Rh-отрицательным беременным на сроке 28—34 недели беременности для профилактики аллоиммунизации рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)
Профилактика антигельминтными средствами	С.4. В эндемических районах ^w профилактика антигельминтными средствами в рамках программ по борьбе с гельминтозами рекомендуется беременным после I триместра беременности ^x .	Рекомендовано при определенных условиях
Вакцинация столбнячным анатоксином	С.5. Для предупреждения смерти новорожденных от столбняка рекомендуется вакцинация всех беременных столбнячным анатоксином (с учетом вакцинации, проведенной ранее) ^y .	Рекомендовано
Рекомендации, заимствованные из других руководств ВОЗ, относящиеся к ДРП		
Профилактика малярии: периодическая профилактика во время беременности (ППб)	С.6. В районах Африки, эндемичных по малярии, всем беременным рекомендуется периодическая профилактика сульфадоксином/пириметамином (ППб-СП). Медикаментозную профилактику следует начинать во II триместре беременности, проводить с интервалом по крайней мере 1 месяц так, чтобы беременная получила не менее 3 доз препарата ^z .	Рекомендовано при определенных условиях
Предэкспозиционная профилактика (ПрЭП) ВИЧ-инфекции	С.7. В рамках комбинированного подхода к предупреждению ВИЧ-инфекции в качестве дополнительного метода профилактики беременным, имеющим значительный риск заражения, следует предложить предэкспозиционную профилактику (ПрЭП) тенофовира дизопроксила фумаратом (ТДФ) для приема внутрь ^{aa} .	Рекомендовано при определенных условиях

w Районы, где распространенность любых гельминтозов, передаваемых через почву, составляет более 20%.

x Согласуется с рекомендациями, представленными в публикации ВОЗ «Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups» (2016 г., в печати).

y Согласуется с рекомендациями, представленными в публикации ВОЗ «Maternal immunization against tetanus» (2006 г.). Дозы и схема введения зависят от вакцинации против столбняка в анамнезе.

z Заимствовано из публикации ВОЗ «Guidelines for the treatment of malaria» (2015 г.), в которой также сказано: «В районах Африки с умеренной и высокой интенсивностью передачи малярии ВОЗ рекомендует ППб-СП всем беременным при каждом плановом посещении в рамках ДРП. Профилактику следует начинать как можно раньше во II триместре беременности при условии, что интервал между приемами СП составляет не менее 1 месяца. ВОЗ рекомендует комплекс мероприятий по профилактике малярии во время беременности, который включает пропаганду применения и использование обработанных инсектицидом противомоскитных сеток, а также ППб-СП». Чтобы обеспечить как можно более раннее начало ППб-СП во II триместре беременности в эндемических районах, лица, ответственные за разработку политики, должны принять меры для того, чтобы беременная посетила работника здравоохранения на 13-й неделе беременности.

aa Заимствовано из публикации ВОЗ «Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV» (2015 г.). Риск заражения ВИЧ считается значительным, если распространенность ВИЧ-инфекции в отсутствие ПрЭП достаточно высока (> 3%), что делает ПрЭП потенциально рентабельной (или экономически целесообразной). Назначение ПрЭП лицам, имеющим значительный риск заражения ВИЧ, максимально увеличивает пользу относительно риска и стоимости.

D. Помощь при распространенных физиологических симптомах		
	Рекомендация	Тип рекомендации
Тошнота и рвота	D.1. Для уменьшения тошноты на ранних сроках беременности рекомендуются имбирь, ромашка, препараты витамина B6 и/или акупунктура в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной.	Рекомендовано
Изжога	D.2. Для профилактики и уменьшения изжоги во время беременности рекомендуется консультирование по вопросам питания и образа жизни. Если, несмотря на изменение образа жизни, сохраняются выраженные симптомы, могут быть назначены антациды.	Рекомендовано
Судороги в ногах	D.3. Для уменьшения судорог в ногах во время беременности могут применяться препараты магния, кальция или немедикаментозные методы в зависимости от наличия указанных средств и от предпочтений беременной.	Рекомендовано
Боль в пояснице и тазовая боль	D.4. Для предупреждения боли в пояснице и тазовой боли рекомендуются регулярные физические упражнения на протяжении всей беременности. В зависимости от доступности и предпочтений беременной могут применяться различные методы лечения, такие, как физиотерапия, ношение бандажа и акупунктура.	Рекомендовано
Запоры	D.5. Если запоры во время беременности сохраняются, несмотря на изменение питания, для их устранения могут назначаться пшеничные отруби или другие источники пищевых волокон в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной.	Рекомендовано
Варикозное расширение вен и отеки	D.6. При варикозном расширении вен и отеках во время беременности могут использоваться немедикаментозные средства, такие, как ношение компрессионного трикотажа, приподнятое положение ног и ножные ванны, в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной.	Рекомендовано

Е. Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП		
	Рекомендация	Тип рекомендации
Хранение женщинами своей медицинской документации	Е.1. Каждой беременной рекомендуется хранить собственную медицинскую документацию. Это способствует обеспечению непрерывности и повышению качества дородовой помощи, а также формированию положительного опыта беременности.	Рекомендовано
Непрерывная помощь, оказываемая акушерками	Е.2. В условиях, где хорошо развито акушерское дело, рекомендуется модель, в рамках которой непрерывную помощь женщине на протяжении родов, дородового и послеродового периодов оказывает одна или несколько известных ей акушерок.	Рекомендовано при определенных условиях
Групповая дородовая помощь	Е.3. В рамках научных исследований с учетом предпочтений женщины и при условии наличия необходимых инфраструктуры и ресурсов в качестве альтернативы индивидуальной дородовой помощи может быть предложена групповая дородовая помощь, оказываемая квалифицированными работниками здравоохранения.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)
Мероприятия на уровне сообщества, направленные на улучшение коммуникации и поддержки	Е.4.1. Для улучшения здоровья матерей и новорожденных, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к медицинской помощи, рекомендуется мобилизация общественности посредством проведения совместных циклов обучения и действия для женских групп при участии координаторов (PLA) ^{ab} . Создание таких групп для беременных женщин позволяет им обсуждать связанные с беременностью проблемы, включая преграды в получении доступа к обслуживанию, и повысить уровень поддержки, оказываемой беременным женщинам.	Рекомендовано при определенных условиях
	Е.4.2. Для повышения использования дородовой помощи и улучшения перинатальных исходов, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к медицинской помощи, рекомендуются комплексные мероприятия, включающие мобилизацию семей и общественности, а также посещение беременных на дому.	Рекомендовано при определенных условиях
Перераспределение обязанностей в рамках дородовой помощи ^{ac}	Е.5.1. Рекомендуется перераспределение обязанностей по пропаганде моделей поведения, связанных со здоровьем матери и ребенка ^{ad} , в пользу широкого круга работников здравоохранения, включая непрофессиональных работников здравоохранения, младших медицинских сестер, медицинских сестер, акушерок и врачей.	Рекомендовано
	Е.5.2. Рекомендуется делегирование обязанностей по распределению рекомендованных пищевых добавок и периодической профилактики малярии во время беременности (ППб) широкому кругу работников здравоохранения, включая младших медицинских сестер, медицинских сестер, акушерок и врачей.	Рекомендовано

ab Заимствовано из публикации «WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health» (2014 г.).

ac Рекомендации адаптированы и заимствованы из публикации ВОЗ «Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting (OptimizeMNH)» (2012 г.).

ad В том числе пропаганды следующего: моделей поведения, связанных с обращением за медицинской помощью и использованием ДРП; готовности к родам и осложнениям; сна под обработанными инсектицидом противомоскитными сетками; квалифицированной помощи в родах; партнерского сопровождения во время родов; консультирования по вопросам питания; дополнительного приема витаминов и микронутриентов; применения других средств или мероприятий, проводимых при определенных условиях; обследования для исключения ВИЧ-инфекции во время беременности; исключительно грудного вскармливания; послеродового ухода и планирования семьи; иммунизации согласно национальным рекомендациям.

Набор и сохранение кадров в сельских и удаленных районах ^{ae}	Е.6. Лицам, ответственным за разработку политики, следует разработать меры образовательной, нормативной, финансовой, личной и профессиональной поддержки работников здравоохранения, чтобы обеспечить набор и сохранение квалифицированных кадров здравоохранения в сельских и удаленных районах.	Рекомендовано при определенных условиях
График контактов в рамках дородовой помощи	Е.7. Для снижения перинатальной смертности и формирования у женщин положительного опыта получения помощи рекомендуется применять модели дородовой помощи, предполагающие не менее восьми контактов беременной с работниками здравоохранения.	Рекомендовано

ae Рекомендация адаптирована и заимствована из публикации ВОЗ «Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations» (2010 г.).

1. Введение

1.1 Предпосылки

Международное право в области прав человека включает фундаментальные обязательства государств гарантировать женщинам и подросткам право на беременность и роды в рамках реализации их сексуального и репродуктивного здоровья, осуществления сексуальных и репродуктивных прав и права на достойную жизнь (1). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представляет себе мир, в котором «каждая беременная и каждый новорожденный получают качественную помощь на протяжении беременности, родов и послеродового периода» (2). Однако в 2015 г. около 303 000 женщин и подростков умерли в результате осложнений беременности и родов (3). Примерно 99% случаев материнской смертности имеет место в условиях ограниченных ресурсов, и большинство из них могут быть предотвращены (4). Сходным образом в 2015 г. наблюдалось примерно 2,6 миллиона мертворождений, также преимущественно в условиях ограниченных ресурсов (5). Несмотря на это, имеются доказательства существования имеющих приемлемую стоимость эффективных мероприятий по профилактике и лечению практически всех угрожающих жизни осложнений беременности и родов у матери (6), а оптимальная адаптация и использование результатов научных исследований могли бы снизить материнскую и неонатальную заболеваемость в мире почти на две трети (7). Однако подход, основанный на соблюдении прав человека, означает не только предупреждение заболеваний и смерти, но и предоставление права на здоровье и благополучие, уважение достоинства и прав.

Дородовая помощь (ДРП) — это медицинская помощь, оказываемая квалифицированными работниками здравоохранения беременным женщинам и подросткам и гарантирующая наилучшее состояние здоровья матери и ребенка во время беременности. Компонентами ДРП являются выявление рисков, профилактика и лечение патологии беременности и сопутствующих заболеваний; санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни.

ДРП снижает материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность как непосредственно путем выявления и лечения осложнений беременности, так и опосредованно путем выявления беременных женщин и подростков с высоким риском осложнений родов и их направления на консультацию на соответствующий уровень оказания медицинской помощи (8). Кроме того, поскольку косвенные причины материнской заболеваемости и смертности, такие, как ВИЧ-инфекция и малярия, являются причиной примерно 25% случаев смерти и крайне тяжелых осложнений у беременных (9), ДРП предоставляет важную возможность для профилактики и лечения сопутствующих заболеваний посредством оказания комплексной медицинской помощи (10).

В странах с низким и средним доходом (СНСД) применение ДРП возросло после внедрения в 2002 г. модели ДРП ВОЗ, известной как фокусированная ДРП (ФДРП) или базовая ДРП. Это целенаправленный подход к проведению доказательно обоснованных мероприятий в четыре критических периода беременности (11, 12). Однако в 2007—2014 гг. в мире только 64% беременных четыре раза посетили работника здравоохранения в рамках ДРП в соответствии с минимальными рекомендациями ВОЗ. Это наводит на мысль, что следует направить больше усилий на применение ДРП и обеспечение ее качества.

В настоящее время рекомендации ВОЗ по ДРП носят фрагментарный характер, они опубликованы в нескольких разных рекомендациях и практических руководствах. Так, Руководство по внедрению ФДРП 2002 г. (12), например, не содержит рекомендации, относящиеся к определенным условиям, которые необходимо искать в других публикациях. Кроме того, недавно появились доказательства, касающиеся возможных неблагоприятных последствий применения модели ФДРП, что требует пересмотра указанного руководства.

Данное обновленное консолидированное руководство по плановой ДРП было разработано Департаментом ВОЗ по вопросам репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) в сотрудничестве с Департаментом ВОЗ по

вопросам питания для здоровья и развития (NHD) и Департаментом ВОЗ по вопросам здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МСА) в рамках нормативной работы ВОЗ по поддержке доказательно обоснованных стратегий и практики. Анализ, обновление и консолидация в рамках данного руководства рекомендаций ВОЗ, касающихся ДРП, относительно того, «какую» помощь следует предлагать и «как» ее нужно оказывать, позволяет надеяться на то, что лицам, ответственным за разработку политики, будет легче адаптировать, принимать и внедрять новые рекомендации по ДРП (см. Главу 3) и сформированную на их основе новую модель ДРП ВОЗ 2016 г. (см. Главу 4).

Чтобы получить данные для этих рекомендаций был проведен обзор, который выявил, что женщины ожидают от ДРП «формирования положительного опыта беременности».

Положительный опыт беременности определяется как:

- сохранение обычного физического и социокультурного состояния;
- поддержание нормального течения беременности для матери и ребенка (включая предупреждение и устранение рисков, профилактику и лечение болезней, снижение риска смерти);
- обеспечение эффективного перехода к родам;
- обеспечение положительного настроения на материнство (включая формирование высокой самооценки матери, материнских навыков и независимости) (13).

Эмоциональные, психологические и социальные потребности девушек-подростков и незащищенных групп населения (в том числе женщин с ограниченными возможностями или психическими расстройствами, ВИЧ-инфицированных, работников секс-индустрии, мигрантов, и женщин, проживающих в зонах вооруженных конфликтов, представителей этнических и расовых меньшинств и др.) могут быть большими по сравнению с другими женщинами. Поэтому цель этих рекомендаций — дать четкую, доказательно обоснованную схему мероприятий в рамках ДРП, которая дает возможность всем беременным женщинам и подросткам получить доступ к тому варианту ориентированной на них помощи, которую они хотят и в которой нуждаются, в соответствии

с подходом, основанным на соблюдении прав человека. Эти рекомендации по ДРП являются частью продолжающейся работы ВОЗ по разработке доказательно обоснованных рекомендаций для улучшения качества медицинской помощи матери и ребенку на протяжении всего периода беременности, родов и послеродового периода.

1.2 Целевая аудитория

Предполагается, что представленные в этом документе рекомендации послужат для разработки соответствующих стратегий в области здравоохранения и клинических протоколов на национальном и местном уровнях. Следовательно, целевая аудитория этих рекомендаций включает лиц, ответственных за разработку политики в области общественного здравоохранения на национальном и местном уровнях, разработчиков и руководителей национальных и местных программ в области охраны здоровья матери и ребенка, заинтересованные неправительственные и другие организации, профессиональные сообщества, привлеченные к планированию службы охраны здоровья матери и ребенка и ее управлению, работников здравоохранения (в том числе акушеров, акушерок, медицинских сестер и врачей общей практики) и сотрудников образовательных учреждений, занимающихся обучением работников здравоохранения.

1.3 Сфера применения рекомендаций

Объект

Эти рекомендации относятся ко всем беременным женщинам и подросткам, получающим ДРП в любом медицинском учреждении или на базе сообщества, еще не родившимся детям и новорожденным. Несмотря на то, что рекомендации включают вопросы выявления осложнений беременности и профилактики сопутствующих заболеваний во время посещений в рамках стандартной ДРП, они не включают вопросы последующего лечения осложнений и заболеваний, если за выявлением следует перенаправление для лечения или специализированной помощи. Таким образом, ведение беременности высокого риска находится за рамками этого руководства по ДРП, целью которого является предоставление рекомендаций по стандартной ДРП. Таким образом, этот документ дополняет имеющиеся руководства

ВОЗ по отдельным осложнениям беременности.

Приоритетные вопросы

Приоритетные вопросы и исходы, определявшие изучение и синтез доказательств для этих рекомендаций по ДРП, перечислены в Веб-приложении 1 и сгруппированы по следующим пяти разделам, которые отражают пять групп мероприятий, включенных в рекомендации и представленных в Главе 3.

А. Мероприятия, связанные с питанием.

В. Обследование беременной и плода.

С. Профилактические мероприятия.

Д. Помощь при распространенных физиологических симптомах.

Е. Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП.

Дополнительная информация представлена в разделе 2.6 «Определение приоритетных вопросов и исходов». Отклонения от утвержденных приоритетных вопросов описаны в Веб-приложении 2.

Интересующие исходы

К интересующим исходам относились исходы для матери, плода и новорожденного, а также диагностическая точность и исходы для системы здравоохранения (Вставка 1).

Вставка 1. Интересующие исходы

Материнские исходы	Исходы для плода и новорожденного
Инфекции	Инфекции новорожденных
Анемия	Маленький (плод/новорожденный) для гестационного возраста
Преэклампсия/эклампсия	Рождение маловесных детей
Гестационный сахарный диабет	Преждевременные роды
Метод родоразрешения	Пороки развития
Избыточная прибавка в весе	Макросомия/крупный (плод/новорожденный) для гестационного возраста
Жестокое обращение со стороны полового партнера	Внутриутробная/неонатальная смертность
Побочные эффекты	
Устранение симптомов	
Материнская смертность	
Удовлетворенность женщин и/или оценка женщинами пользы лечения	
Диагностическая точность	Исходы для системы здравоохранения
Чувствительность и специфичность	Охват ДРП
	Показатели родоразрешения в медицинских учреждениях

2. Методы

Рекомендации были разработаны с применением методов, описанных в «Руководстве ВОЗ по разработке рекомендаций» (14). Вкратце процесс разработки включал: определение приоритетных вопросов и исходов, поиск, оценку и синтез доказательств, формулирование рекомендаций, планирование внедрения, распространения, оценки воздействия и обновления рекомендаций.

2.1 Координационная группа ВОЗ

Координационная группа ВОЗ, которая руководила всем процессом разработки рекомендаций, включала сотрудников ВОЗ из Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR), Департамента здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (МСА) и Департамента по вопросам здорового питания и развития (NHD) (список членов группы представлен в Приложении 1). В процессе разработки рекомендаций участвовали также консультанты из регионов ВОЗ. Координационная группа определила первоначальную сферу применения рекомендаций, ключевые вопросы в формате PICO (популяция, вмешательство, сравнение, исходы), круг лиц, которых необходимо пригласить для методологической работы и участия в группах, выполняющих систематические обзоры, Группе по разработке рекомендаций (ГРР) и Группе внешних рецензентов (ГВР); наблюдала за процессом поиска и синтеза доказательств; организовывала технические консультации (или встречи ГРР); писала проекты рекомендаций; проводила окончательную работу и осуществляла публикацию документа. Кроме того, Координационная группа будет наблюдать за распространением рекомендаций.

2.2 Группа по разработке рекомендаций (ГРР)

Координационная группа определила и пригласила 20 внешних экспертов и представителей заинтересованных сторон из шести регионов ВОЗ для участия в ГРР, обеспечивая сбалансированное представительство по географическому и гендерному признакам и отсутствие существенных конфликтов интересов. ГРР была разносторонней группой лиц, сферой деятельности которых являлись научные исследования, методы разработки рекомендаций, клиническая стратегия и программы, связанные с мероприятиями в

рамках ДРП и оказанием помощи, а также включала представителей пациентов/потребителей. Резюме членов группы были опубликованы на веб-сайте RHR до встреч ГРР (которые происходили с октября 2015 по март 2016 г.). На каждую из встреч приглашались отдельные подгруппы в зависимости от их сферы деятельности.

Отобранные члены ГРР участвовали в определении сферы применения рекомендаций, вопросов PICO и приоритетных исходов, определяющих поиск доказательств. ГРР в целом оценивала доказательства для рекомендаций, консультировала по вопросам их интерпретации, формулировала окончательные рекомендации во время личных встреч, изучала и одобряла окончательный вариант документа перед его отправкой в Экспертный комитет по рекомендациям ВОЗ (ЭКР) для одобрения. Список членов ГРР можно найти в Приложении 1.

2.3 Группа внешних рецензентов (ГВР)

Членство в ГВР было сбалансировано географическому и гендерному признакам. Существенные конфликты интересов, препятствующие работе любого из членов группы, отсутствовали (список членов группы представлен в Приложении 1). В ГВР входили шесть членов, в том числе технические эксперты и представители сторон, глубоко заинтересованных в оказании доказательно обоснованной ДРП. Эта группа изучала окончательный вариант документа для исключения любых фактических ошибок, оценивала ясность языка, вопросы контекста и условия внедрения. Группа обеспечивала, чтобы при разработке рекомендаций были рассмотрены и включены вопросы контекста и предпочтения лиц, которых затрагивают данные рекомендации, в том числе беременных, работников здравоохранения и лиц, ответственных за разработку политики. В круг обязанностей ГВР не входило изменение рекомендаций, сформулированных ранее ГРР.

2.4 Техническая рабочая группа (ТРГ)

ТРГ включала группы по подготовке систематических обзоров и методологов. В определение сферы применения рекомендаций с позиций количественных доказательств

эффективности разных мероприятий внесла вклад Кокрановская группа по беременности и родам (ГБР). Она же контролировала обновление всех систематических обзоров по данной теме в соответствии со стандартным процессом, принятым Кокрановским сотрудничеством. Координационная группа ВОЗ тесно работала с методологами из Центра перинатальных исследований Росарио (CREP) в Аргентине, чтобы оценить доказательства, полученные из систематических обзоров по системе GRADE (система оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций) (15).

Для анализа качественных доказательств, касающихся мнения женщин и работников здравоохранения о ДРП, два эксперта по метасинтезу качественных доказательств из Университета Центрального Ланкашира в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии (Соединенное Королевство) в сотрудничестве с Координационной группой и методологами из Норвежского института общественного здравоохранения провели систематическое изучение исследований качественных доказательств и синтез доказательств для принятия решения ГРП.

Кроме того, специально для данных рекомендаций методологи из Лондонского университета Королевы Марии (Соединенное Королевство) изучили диагностическую точность методов, применяемых при ДРП. Координационная группа также тесно работала с экспертами из Норвежского института общественного здравоохранения, оказавшими помощь по вопросам методологии применения систем GRADE, GRADE-CERQual (метод оценки достоверности данных из обзоров исследований качественных показателей) (16) и DECIDE (механизм разработки и оценки коммуникационных стратегий в поддержку обоснованных решений и практики с учетом фактических данных) (17) (см. разделы 2.8, 2.10 и 2.11). Кроме того, Координационная группа обращалась за консультациями к двум исследователям из Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Норвежского института общественного здравоохранения, которые проанализировали наблюдательные исследования, проведенные в разных странах, для изучения вопросов внедрения модели фокусированной ДРП (ФДРП) ВОЗ. Члены ТРГ перечислены в Приложении 1.

2.5 Внешние партнеры и наблюдатели

На заключительную встречу ГРП в качестве наблюдателей были приглашены представители

Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), Международной конфедерации акушеров (МКА), Фонда Организации Объединенных Наций по народонаселению (ЮНФПА), Агентства США по международному развитию (USAID) и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). Все эти организации имеют опыт сотрудничества с Департаментами ВОЗ RHR и MCA по распространению и внедрению рекомендаций и являются потенциальными исполнителями данных рекомендаций.

2.6 Определение приоритетных вопросов и исходов

Чтобы определить и классифицировать клинические рекомендации, относящиеся к ДРП, Департамент ВОЗ RHR в сотрудничестве с методологами из CREP в 2014 г. провел предварительную оценку сферы применения. Были выявлены 85 документов с рекомендациями по ДРП: 15 относящихся к стандартной ДРП и 70 — к определенным ситуациям в рамках ДРП (18). Из 15 документов, относящихся к стандартной ДРП, три были изданы ВОЗ (19—21), в то время как остальные были изданы правительственными и неправительственными организациями (НПО) Австралии, Гонконга, Индии, Канады, Польши, Соединенного Королевства, Соединенных Штатов Америки (США) и Японии. Сходным образом из 70 документов, относящихся к определенным ситуациям в рамках ДРП, 91% документов был из Канады, Соединенного Королевства и США, т. е. стран с высоким доходом (СВД), тогда как страны с низким и средним доходом (СНСД) были представлены плохо. Не было найдено никаких действующих, недавних или обновленных рекомендаций по стандартной ДРП, которые могли быть адаптированы к условиям разной обеспеченности ресурсами. Предварительный обзор предоставил также информацию для выбора исходов при подготовке рекомендаций по ДРП, которые были дополнены исходами, определенными в результате предварительного поиска в Кокрановской базе данных существующих ключевых систематических обзоров, имеющих отношение к беременности.

На основании этих первоначальных шагов Координационная группа ВОЗ разработала схему обсуждения во время обзорного совещания, проведенного в Женеве в апреле 2014 г., чтобы определить приоритетные вопросы, относящиеся к оказанию ДРП, а также предоставить информацию

для определения сферы применения рекомендаций с позиций подхода, фокуса, вопросов и исходов. На этом совещании было решено, что приоритетом рекомендаций должна стать приемлемость мероприятий в условиях СНСД. Было решено, что специальные генетические исследования для выявления наследственной патологии находятся вне рамок данных рекомендаций. Кроме того, предварительный обзор высветил необходимость определения мероприятий и исходов ДРП, ориентированных на женщин. Чтобы понять, каковы ожидания, потребности и ценности женщины в беременности и ДРП, был проведен систематический обзор качественных данных (22). Результаты этого систематического обзора указывают на то, что первичным исходом для беременных является «положительный опыт беременности» (как он определен в разделе 1.1), что требует проведения эффективных клинических мероприятий (вмешательств и исследований), предоставления уместной и своевременной информации, а также психосоциальной и эмоциональной поддержки работниками здравоохранения с хорошими клиническими навыками и навыками межличностного взаимодействия в рамках хорошо функционирующей системы здравоохранения. Первоначально список приоритетных исходов был создан для всего периода ДРП, однако в силу существенных различий в типах мероприятий и спектре потенциальных исходов позже были выделены приоритетные исходы по отдельным вопросам. На основании результатов качественного изучения мнения женщин, в том числе их ценностей и предпочтений в отношении ДРП, мы также включили такие параметры как уровень удовлетворенности женщин определенными типами вмешательств и их целесообразность с точки зрения женщин.

На этапе предварительного обзора Координационная группа консультировалась с другими департаментами ВОЗ, которые издавали рекомендации, касающиеся беременности, и привлекала их к работе, используя полученную от них обратную связь и их технический опыт в процессе предварительного обзора. Чтобы получить дополнительную обратную связь от заинтересованных сторон, процесс работы и использованный подход были представлены на ряде совещаний и международных конференций с апреля 2014 по март 2015 г.

В результате предварительного обзора и консультаций были выявлены приоритетные

вопросы и исходы, относящиеся к диагностической точности методов, эффективности клинических мероприятий и вмешательств в системы здравоохранения, нацеленных на получение положительного опыта беременности, который включает здоровье матери и ребенка. Эти вопросы и исходы перечислены в Веб-приложении 1.

2.7 Рекомендации, относящиеся к ДРП, в других руководствах ВОЗ

Чтобы избежать дублирования и достичь согласованности рекомендаций разных департаментов и публикаций ВОЗ, мы провели поиск всех рекомендаций по данному вопросу, одобренных ЭКР ВОЗ, и выявили 21 документ, содержащий рекомендации, относящиеся к ДРП (см. Приложение 2). Они были сопоставлены с приоритетными вопросами для этого руководства, и Координационная группа обратилась к департаментам и техническим подразделениям ВОЗ, выпустившим соответствующие документы, чтобы привлечь их к работе и сотрудничать с ними на протяжении всего процесса разработки новых рекомендаций по ДРП. Было решено, что рекомендации, найденные в других документах ВОЗ, относящиеся к укреплению здоровья и выявлению факторов риска (например, курения, ВИЧ-инфекции) в процессе оказания ДРП, находятся в рамках данного документа, в то время как рекомендации по устранению факторов риска, лечению осложнений и сопутствующих заболеваний находятся вне его рамок. Для изучения последних читатель должен обратиться к соответствующим руководствам ВОЗ, ссылки на которые представлены в комментариях после каждой рекомендации.

2.8 Объект рассмотрения и подход

Чтобы охватить и рассмотреть сложный характер вопросов, имеющих большое значение при оказании ДРП, в контексте систем здравоохранения и непрерывности оказания помощи объектом рассмотрения данных рекомендаций является комплекс ключевых обязательных мероприятий, которые должны быть проведены всем беременным женщинам и подросткам, подразумевающий определенную гибкость и возможность использования с учетом условий разных стран (т. е. удовлетворения потребностей женщин с учетом действующей модели оказания помощи, характеристик лиц, которые оказывают помощь, места оказания помощи и того, как организовано оказание помощи). Следовательно, главными вопросами,

на которые отвечают эти рекомендации, являются следующие:

- **Какие** доказательно обоснованные мероприятия в рамках ДРП улучшат исходы, связанные со следующим:
 - мероприятия, связанные с питанием (см. раздел 3.A);
 - обследование беременной и плода (см. раздел 3.B);
 - профилактические мероприятия (см. раздел 3.C);
 - помощь при распространенных физиологических симптомах (см. раздел 3.D);
- **Как** следует проводить эти доказательно обоснованные мероприятия, чтобы улучшить исходы?
 - вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП (см. раздел 3.E).

Данное руководство сфокусировано на комплексе ключевых клинических мероприятий, которые должны быть проведены всем беременным во время стандартной ДРП. Лечение выявленных осложнений или сопутствующих заболеваний и устранение факторов риска, требующих дополнительных мероприятий или специализированных наблюдений или помощи, находятся вне рамок рассмотрения.

Система DECIDE была разработана, чтобы помочь лицам, принимающим решения, учесть спектр релевантных критериев, в том числе благоприятные и неблагоприятные последствия, ценность, ресурсы, справедливость, приемлемость и выполнимость (17). Чтобы синтезировать и изучить доказательства в разных категориях системы DECIDE (см. раздел 2.11), была организована подготовительная работа по пяти направлениям с использованием источников как количественных, так и качественных данных (см. Вставку 2).

2.9 Поиск и выявление доказательств

Доказательства в поддержку этих рекомендаций были получены из ряда источников Технической рабочей группой (TRG), в состав которой входили методологи и группы по подготовке систематических обзоров, работавшие в тесном сотрудничестве с Координационной группой. Доказательства эффективности получали главным образом из Кокрановских обзоров рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Координационная группа в сотрудничестве с Кокрановской ГБР и методологами из CREP сначала выявили все Кокрановские систематические обзоры и протоколы, имеющие отношение к ДРП. Был проведен поиск новых исследований в регистре

Вставка 2. Пять направлений работы по подготовке рекомендаций по ДРП

Направления подготовительной работы над рекомендациями по ДРП	Методология	Оценка доказательств
Отдельные мероприятия в рамках ДРП	Обзоры эффективности, систематические обзоры	GRADE
Обследование во время беременности	Обзоры диагностической точности	GRADE
Факторы, затрудняющие и облегчающие доступ к ДРП	Синтез качественных данных	GRADE-CERQual
Изучение широкомасштабных программ/наблюдательные исследования ДРП, проводимые в отдельных странах	Обзоры со смешанной методикой подготовки, фокусирующиеся на вопросах контекста и систем здравоохранения, влияющих на внедрение	Не применимо
Вмешательства в систему здравоохранения для повышения доступности и улучшения оказания ДРП	Обзоры эффективности	GRADE

исследований Кокрановской ГБР¹, представляющие интерес систематические обзоры были соответствующим образом обновлены. Обновление или завершение Кокрановских обзоров стало результатом сотрудничества авторов отдельных обзоров, персонала ГБР и методологов из CREP.

Оценку качества отдельных исследований, включенных в Кокрановские обзоры, проводили с применением определенных точных методов изучения вероятности ошибки по шести стандартным критериям, описанным в «Кокрановском руководстве по систематическим обзорам вмешательств» (23). Рецензенты оценивали каждое включенное исследование и определяли, какова (низкая, высокая или неопределенная) вероятность погрешностей при построении последовательностей, скрытии распределения, маскировании персонала и участников, выбытии участников в процессе исследования, выборочных ответах на вопросы, а также вероятность других ошибок, например связанных с публикациями. При оценке этих шести критериев получали общую вероятность ошибки, которая указывала на вероятную величину и направление ошибки и на то, как она, возможно, повлияет на результаты обзора.

Координационная группа ВОЗ и методологи TRP определили пригодность каждого Кокрановского систематического обзора в качестве источника доказательств для ключевых вопросов PICO. Методологи CREP извлекли из пригодных обзоров доказательства по исходам, относящимся к рекомендациям по ДРП, которые были изучены в соответствии со стандартным порядком действий, утвержденным Координационной группой.

Если по приоритетному вопросу был выявлен обзор низкого качества или не было найдено систематических обзоров, внешним экспертам заказывали новый систематический обзор. Это касалось всех обзоров диагностической точности методов (ДТ), обзоров качественных доказательств, касающихся мнения женщин и работников

здравоохранения о ДРП, и обзора «факторов, влияющих на внедрение мероприятий по ДРП на страновом уровне». В этих случаях внешних исследователей просили прежде, чем приступать к систематическим обзорам, подготовить стандартные протоколы, включающие четкие вопросы PICO, критерии идентификации исследований (в том числе стратегии поиска для разных библиографических баз данных), методы оценки вероятности ошибок и план анализа данных. Протоколы были рассмотрены и одобрены Координационной группой и отобранными из членов ГРР экспертами по данным вопросам. Стратегии поиска были изучены специалистами по поиску информации ВОЗ.

В дополнение к доказательствам из Кокрановских обзоров по трем вопросам, касающимся систем здравоохранения (т. е. хранение женщинами своей медицинской документации, групповая ДРП и мероприятия, направленные на улучшение коммуникации и поддержки беременных), из-за малочисленности прямых доказательств был проведен поиск косвенных доказательств. Эта работа была заказана экспертам из Норвежского института общественного здравоохранения, которые провели систематический поиск косвенных доказательств эффектов этих мероприятий за предшествующие пять лет (с января 2011 по январь 2016 г.), однако не нашли дополнительных доказательств.

Обзоры ДТ определения уровня гемоглобина и исследования мочи были заказаны методологам из Лондонского университета Королевы Марии (Соединенное Королевство). Для этих обзоров был проведен поиск по базам Embase, LILACS, MEDLINE (OVID), SCOPUS и Web of Science с момента создания до января 2015 г., а также малоизвестной литературы по базе GreyOpen.

Два обзора качественных доказательств были заказаны экспертам из Университета Центрального Ланкашира (Соединенное Королевство):

1. чтобы изучить мнения, отношение и опыт беременных и родильниц относительно факторов, которые могут препятствовать или способствовать обращению за стандартной ДРП, в странах с высоким, средним и низким доходом;
2. чтобы изучить мнения, отношение и опыт работников здравоохранения относительно факторов, которые могут препятствовать

¹ Регистр исследований Кокрановской ГБР ведет координатор по поиску исследований ГБР. Он содержит исследования, выявляемые в результате ежемесячно проводимого поиска в Кокрановском центральном регистре контролируемых исследований (CENTRAL), еженедельного поиска в базах MEDLINE и Embase, ручного поиска в 30 журналах и материалах ведущих конференций, еженедельного изучения уведомлений текущего информирования от еще 44 журналов, ежемесячного уведомления по электронной почте от BioMed Central (24). Более подробная информация доступна на: <http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register>

или способствовать оказанию качественной стандартной ДРП, в странах с высоким, средним и низким доходом.

Чтобы гарантировать, что данные касаются нынешнего поколения женщин, которые могут получать ДРП, и нынешнего поколения работников здравоохранения, ее оказывающих, были исключены исследования, опубликованные до 2000 г. Этот период времени был также взят, чтобы захватить внедрение в 2002 г. модели ФДРП ВОЗ, или модели «базовой» ДРП, включающей четыре целенаправленных посещения в рамках ДРП (12).

Наконец, два исследователя из Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Норвежского института общественного здравоохранения предприняли обзор наблюдательных исследований, проведенных в разных странах. Обзор был сфокусирован на методах использования и внедрения модели ФДРП ВОЗ, проблемах, с которыми сталкиваются обращающиеся за помощью и представители других заинтересованных сторон, а также на более широком контексте. Данные были собраны из опубликованных исследований, отчетов и других программных документов (стратегия поиска представлена в Веб-дополнении²) и полуструктурированных интервью с ключевыми заинтересованными сторонами для исследования в каждой из стран, а именно: Аргентине, Кении, Таиланде и Объединенной Республике Танзании.

Весь процесс подготовки систематических обзоров был итеративным. Методологи были на постоянной связи с Координационной группой для обсуждения трудностей и согласования решений. Стратегии поиска и выявления доказательств можно найти в Веб-дополнении.

2.10 Оценка качества и классификация доказательств

Для оценки качества количественных доказательств для всех критических исходов, определенных в PICO, использовалась методика GRADE (15). Профиль GRADE был подготовлен для каждого количественного исхода в рамках каждого PICO. На основании набора критериев качество доказательств для каждого исхода было оценено как «высокое», «среднее», «низкое» или «очень низкое». Подразумевалось, что РКИ предоставляют доказательства высокого качества, а нерандомизированные и наблюдательные

исследования — доказательства низкого качества. Этот отправной рейтинг качества затем понижался с учетом вероятности ошибки, несогласованности, неточностей, косвенности и систематических ошибок, связанных с публикацией результатов. Для наблюдательных исследований такие факторы, как величина эффекта, могли привести к повышению рейтинга, в отсутствие факторов, определяющих необходимость понижения рейтинга. Классификацию доказательств, полученных в Кокрановских обзорах и обзорах ДТ, проводили CERP и методологи из Лондонского университета Королевы Марии, соответственно, согласно стандартному порядку действий, утвержденному Координационной группой.

Исследования, определенные для обзоров качественных данных, были подвергнуты простой оценке качества с использованием валидированного метода, оценивающего исследования по 11 критериям и присваивающего им оценку от А до D, где D указывает на наличие существенных недостатков, которые с большой вероятностью повлияют на достоверность, переносимость, надежность и/или подтверждаемость результатов исследования (25). Исследования с оценкой D были исключены по причине низкого качества.

Для оценки качества доказательств из обзоров качественных данных использовалась методика GRADE-CERQual (16, 26). Эта методика применяет подход, концептуально сходный с другими методиками GRADE, и обеспечивает прозрачную оценку и определение уровня достоверности доказательств из обзоров качественных данных. Группа по изучению качественных доказательств применяла методику GRADE-CERQual для оценки достоверности результатов обзоров качественных данных, сгруппированных в категории ценности, приемлемости и выполнимости, по четырем критериям: методологические ограничения отдельных исследований, адекватность данных, согласованность и соответствие отдельных исследований, включенных в обзор, изучаемой в нем проблеме.

2.11 Формулирование рекомендаций

Координационная группа контролировала и осуществляла окончательную работу по подготовке резюме и профилей доказательств в сотрудничестве с методологами с применением системы DECIDE (17). DECIDE — это инструмент создания схем «доказательство—решение» (ДР),

² Доступно на: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

включающий четкое систематическое изучение данных о вмешательстве по шести категориям: эффекты, ценность, ресурсы, справедливость, приемлемость и выполнимость. Чтобы информировать и направлять процесс принятия решений, суждения о воздействии вмешательства были сделаны по каждой категории для каждого приоритетного вопроса. С помощью системы DECIDE Координационная группа создала резюме по каждому приоритетному вопросу, включающему доказательства по каждой из шести категорий.

- **Эффекты.** Описаны доказательства по материнским и перинатальным исходам. Там, где благоприятные последствия перевешивали неблагоприятные или наоборот, вероятность четкого суждения в пользу или против мероприятия, соответственно, была выше. Если итоговые последствия были неопределенными или благоприятными, но незначительными, суждение в пользу изучаемого мероприятия или мероприятия, с которым его сравнивали, зачастую не высказывалось. Чем выше была достоверность доказательств благоприятных последствий по отдельным исходам, тем выше была вероятность суждения в пользу мероприятия.
- **Ценность.** Это относится к значимости исходов мероприятия, определенной лицами, на которых оно направлено, к тому, как эта значимость меняется в пределах одних и в разных условиях, а также к тому, связана ли она с какой-либо неопределенностью. Информация для рекомендаций по ДРП была получена из обзора того, что женщины ожидают от ДРП (13). Было показано, что женщины, проживающие в условиях высокой, средней и низкой обеспеченности ресурсами в большинстве случаев ценят получение «положительного опыта беременности», которое достигается за счет трех имеющих одинаковую значимость компонентов ДРП: эффективных клинических мероприятий (вмешательств и обследования), предоставления уместной и своевременной информации, а также психосоциальной и эмоциональной поддержки, проводимых и оказываемых работниками здравоохранения с хорошими клиническими навыками и навыками межличностного взаимодействия в рамках хорошо функционирующей системы здравоохранения. Рецензенты были твердо уверены в доказательствах. Следовательно, с большой долей вероятности высказывались суждения в пользу мероприятий, содействующих

этому комплексному исходу.

- **Ресурсы.** Наиболее уместными ресурсами в контексте внедрения мероприятий в рамках ДРП, представленных в данных рекомендациях, были затраты на предоставление лекарственных средств, расходные материалы, оборудование и квалифицированные кадры. Суждение в пользу или против мероприятия было более вероятно, если последствия с точки зрения ресурсов были явно благоприятными или неблагоприятными. Расходы анализировали на основании оценок, полученных в процессе выявления доказательств, плана предполагаемого объема медицинской помощи в 2013 г. (27), «Краткого руководства ВОЗ по инновационным технологиям в здравоохранении в условиях ограниченных ресурсов» (28), а также опыта и мнений членов ГРП. Было признано, что фактическая оценка стоимости мероприятий зависит от контекста и неосуществима в рамках глобальных рекомендаций.
- **Справедливость.** Информация для этого раздела была получена из Отчета ВОЗ о неравенстве в области репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей 2015 г., продемонстрировавшего, что бедные, менее образованные и проживающие в сельских районах женщины в СНСД хуже охвачены ДРП и имеют менее благоприятные исходы беременности, чем более благополучные женщины в СНСД (29). Менее благоприятные исходы в отношении здоровья имеют и их новорожденные дети. Следовательно, суждения в пользу мероприятий были более вероятны, если эти мероприятия уменьшали различия между разными группами женщин и их семьями в отношении здоровья.
- **Приемлемость.** Информацию для суждений по этому вопросу составили качественные доказательства из систематических обзоров мнений женщин и работников здравоохранения. Чем ниже была приемлемость, тем ниже была вероятность суждения в пользу мероприятия.
- **Выполнимость.** На выполнимость влияют такие факторы, как доступные ресурсы, инфраструктура и обучение. Информацию для суждений по этой категории составили качественные доказательства из систематических обзоров и наблюдательных исследований, проведенных в разных странах. При наличии барьеров суждение в пользу мероприятия было менее вероятно.

Дополнительные доказательства, касающиеся потенциальных неблагоприятных и непреднамеренных последствий, были описаны в разделе «Дополнительные соображения» каждого резюме доказательств (см. текст каждой рекомендации, представленный в Главе 3).

Были сформулированы рекомендации трех типов, а именно:

- мероприятие рекомендовано;
- мероприятие рекомендовано при определенных условиях:
 - только в рамках научных исследований;
 - только в условиях целевого мониторинга и оценки;
 - только при других определенных условиях;
- мероприятие не рекомендовано.

В отсутствие доказательств благоприятных последствий доказательства потенциальных неблагоприятных последствий приводили к формулированию отрицательной рекомендации. Если имелись доказательства неблагоприятных последствий и доказательства важных благоприятных последствий мероприятия, то в зависимости от уровня достоверности и вероятного воздействия неблагоприятных последствий такие доказательства с большой вероятностью приводили к рекомендации проводить мероприятие при определенных условиях (которые четко описаны в рекомендации).

Резюме доказательств и проекты рекомендаций, включая таблицы GRADE и другие соответствующие документы, были заранее предоставлены членам ГРР для комментариев перед серией из трех технических консультаций по данным рекомендациям. Достоверность классифицированных доказательств эффективности методично объяснена в тексте в соответствии с рекомендациями по представлению доказательств Кокрановской группы по эффективной клинической практике и организации медицинской помощи (ЕРОС) (30).

Члены ГРР и другие участники были приглашены посетить три технические консультации (или встречи ГРР), организованные в штаб-квартире ВОЗ в Женеве (Швейцария). Первые две были проведены в октябре 2015 г., третья — в марте 2016 (полный список участников представлен в Приложении 1), чтобы изучить доказательства и сформулировать рекомендации по ДРП. На этих встречах под

руководством председателя ГРР ее члены изучили резюме доказательств и все комментарии, полученные ранее посредством обратной связи. Целью встреч было достижение консенсуса по каждому суждению и каждой рекомендации, в том числе ее направления и условий (при наличии), обсуждение внедрения, мониторинга и оценки, а также приоритетов научных исследований, относящихся к рекомендациям.

2.12 Принятие решения во время встреч ГРР

Встречи ГРР проводились в соответствии с четким протоколом. Каждая из трех встреч была организована так, чтобы позволить участникам обсудить каждую из рекомендаций, подготовленных Координационной группой. При необходимости каждая из этих рекомендаций перерабатывалась в процессе групповой дискуссии. Окончательное принятие каждой рекомендации подтверждалось достижением консенсуса, т. е. полным согласием всех членов ГРР. Кроме того, ГРР на встречах определяла условия выполнения рекомендаций тем же путем достижения консенсуса после обсуждения доказательств благоприятных и неблагоприятных последствий мероприятий по изученным категориям. Если члены ГРР не могли достичь консенсуса, вопрос о принятии спорной рекомендации или любого другого решения ставили на открытое голосование.

2.13 Заявление о конфликте интересов (ЗКИ) внешних участников

В соответствии с «Руководством ВОЗ по разработке рекомендаций» (14) всех членов ГРР, ГВР и других внешних участников работы над рекомендациями просили декларировать в письменной форме любые потенциальные конфликты интересов (научные, финансовые или любые другие) на момент приглашения участвовать в разработке рекомендаций по ДРП. Каждый эксперт заполнил, подписал и отправил в электронном виде ответственному техническому сотруднику стандартную форму ЗКИ ВОЗ. Координационная группа ВОЗ изучила все формы ЗКИ до окончательного приглашения экспертов к участию в работе. Все эксперты были проинструктированы уведомлять ответственного технического сотрудника о любых изменениях, которые могут привести к конфликту интересов, во время работы над рекомендациями, чтобы обновлять и пересматривать информацию о заинтересованности. Кроме того, вместе с

заполненной формой ЗКИ экспертов просили прислать электронную копию их резюме. Ответственный технический сотрудник проверял и сравнивал подписанные формы ЗКИ и резюме, и вместе с директором Департамента ВОЗ RHR и с помощью Координационной группы определял, имеется ли конфликт интересов. При наличии конфликта интересов Координационная группа определяла, является ли он достаточно существенным, чтобы повлиять на способность данного лица выносить объективные суждения о доказательствах, касающихся рекомендаций. Для обеспечения согласованности Координационная группа применяла критерии существенности конфликтов интересов, представленные в «Руководстве ВОЗ по разработке рекомендаций» (14).

Со всеми сведениями, полученными из форм ЗКИ, поступали в соответствии с рекомендациями ВОЗ по ЗКИ на индивидуальной основе. Если конфликт интересов признавался недостаточно существенным, чтобы представлять опасность для процесса разработки рекомендаций или подорвать доверие к нему, эксперта просили только заявить о конфликте на заседании ГРР, никаких дальнейших действий не предпринималось. Конфликты интересов, которые оправдывали действия со стороны персонала ВОЗ, возникали, если эксперты выполняли первичные научные исследования или систематические обзоры, относящиеся к любой из рекомендаций. В таких случаях ограничивали участие экспертов в обсуждении и/или формулировании любых рекомендаций, относящихся к области конфликта интересов. На завершающей встрече ГРР членов вновь попросили открыто и в присутствии всей группы заявить о наличии конфликта интересов и подписать обновленную версию формы ЗКИ. Резюме ЗКИ и информация о принятых мерах представлены в Приложении 3.

2.14 Подготовка документа и рецензирование

После трех встреч ГРР члены Координационной группы подготовили проект документа, в который внесли изменения, точно отражающие результаты обсуждения и решения участников ГРР. Этот проект был в электронном виде разослан членам ГРР для дальнейшего изучения перед тем, как отправить его ГВР. Координационная группа тщательно изучала предложения рецензентов и при необходимости вносила изменения в проект руководства. После встреч ГРР и рецензирования дальнейшие

изменения документа Координационной группой были ограничены исправлением фактических ошибок, улучшением языка и устранением неясностей. Пересмотренная окончательная версия руководства была направлена в электронном виде членам ГРР для одобрения.

2.15 Представление содержания руководства

Перечень рекомендаций представлен в Таблице 1 в резюме в начале этого документа. Поскольку доказательства для каждой рекомендации оценивали по нескольким исходам и шести категориям (эффекты, ценность, ресурсы, справедливость, приемлемость и выполнимость), мы не представили решения о качестве доказательств в этой таблице. Сводные таблицы, включающие основные соображения, в том числе достоверность доказательств эффективности, для каждой рекомендации представлены в Веб-приложении 3.

Раздел «Доказательства и рекомендации» (Глава 3) суммирует доказательства и другие соображения, изученные ГРР во время технических консультаций. Для удобства чтения и во избежание повторов категория «Ценности» (выделена в рамку под заголовком «Ценности женщин») описана в начале каждого раздела по пяти типам мероприятий вместо того, чтобы описываться для каждой рекомендации. Формулировки, использованные для интерпретации доказательств эффективности, полученных в Кокрановских обзорах, соответствуют формулировкам рекомендаций ЕРОС (30). Доказательства, оцененные как имеющие очень низкий уровень достоверности, не представлены в тексте, но имеются в Веб-дополнении.

Координационная группа включила в этот документ рекомендации из других недавних, одобренных ЭКР руководств ВОЗ, имеющих отношение к оказанию всесторонней комплексной стандартной ДРП женщинам при определенных условиях и состояниях. В большинстве случаев эти рекомендации идентичны представленным в том или ином руководстве. Если рекомендации были заимствованы, то степень их важности и качество доказательств были указаны в разделе для комментариев в том виде, в котором как они были сформулированы соответствующими ГРР. Такие рекомендации отмечены сносками в тексте данного документа, указывающими на руководство, из которого была заимствована та или иная рекомендация. Несколько заимствованных

рекомендаций перед внесением в данный документ потребовали изменений. Координационная группа обратилась к соответствующим департаментам ВОЗ, которые разрабатывали их, чтобы подтвердить, что изменения согласуются с исходными рекомендациями. Такие рекомендации отмечены ссылками в тексте данного документа, указывающими, что рекомендация была «адаптирована и заимствована из» определенного руководства. Это было сделано, например, для рекомендации по перераспределению обязанностей, поскольку рекомендация по многочисленным мероприятиям была адаптирована, чтобы быть применимой к перераспределению обязанностей только в

рамках мероприятий по оказанию плановой ДРП. Во всех случаях читатели снабжены ссылками на определенные руководства ВОЗ для получения дополнительной информации, в том числе по вопросам внедрения этих рекомендаций. Внедрение руководства и рекомендаций по ДРП обсуждается в Главе 4, вопросы внедрения каждой из рекомендаций ГРР представлены в Приложении 4.

3. Доказательства и рекомендации

Это руководство по ДРП включает 39 рекомендаций, принятых Группой по разработке рекомендаций (ГРР), и 10 рекомендаций, имеющих отношение к ДРП, заимствованных из других действующих руководств ВОЗ, которые были недавно одобрены Экспертным комитетом по рекомендациям (ЭКР). Доказательства эффективности мероприятий были получены из 47 систематических обзоров (41 Кокрановского систематического обзора, 2 обзоров диагностической точности методов и 4 не Кокрановских систематических обзоров нерандомизированных исследований) и сведены в таблицы GRADE. Обзор того, что женщины хотят получить от ДРП и какие исходы значимы для них, составил содержание раздела о «ценностях». Два систематических обзора качественных данных, касающихся мнения женщин и работников здравоохранения, и обзор наблюдательных исследований, проведенных в разных странах, предоставили доказательства по приемлемости и выполнимости мероприятий. Доказательства и соображения, касающиеся справедливости и ресурсов, также влияли на рекомендации ГРР.

В этой главе приведены рекомендации с соответствующими описательными резюме, сгруппированные по типу мероприятий.

А. Мероприятия, связанные с питанием.

В. Обследование беременной и плода.

С. Профилактические мероприятия.

Д. Помощь при распространенных физиологических симптомах.

Е. Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП.

Таблицы GRADE, соответствующие рекомендациям, называемые в этой главе таблицами «доказательной базы» (ДБ), пронумерованы в соответствии с рекомендациями, к которым они относятся. Эти таблицы представлены отдельно в Веб-дополнении к данному документу³. Таблицы «доказательство—решение» с суждениями ГРР относительно доказательств и соображений по всем категориям представлены в Веб-приложении 3 к этому документу. Кроме того, аспекты внедрения и приоритеты научных исследований, относящиеся к этим рекомендациям, основанные на обсуждении ГРР во время технических консультаций представлены в следующих главах данного документа (Глава 4 «Внедрение руководства и рекомендаций по ДРП»; Глава 5 «Значение для научных исследований»).

³ Доступно на: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

А. Мероприятия, связанные с питанием

Предпосылки

Беременность требует здорового питания, подразумевающего адекватную энергетическую ценность и потребление достаточного количества белков, витаминов и минеральных веществ, необходимых матери и плоду. Однако многим беременным, особенно в странах с низким и средним доходом (СНСД), где нередко существует дефицит разных питательных веществ, овощей, мяса, молочных продуктов и фруктов зачастую недостаточно, чтобы отвечать потребностям беременности. В странах с ограниченными ресурсами, таких, как страны Африки южнее Сахары, страны Центральной, Южной и Юго-Восточной Азии, недостаточность питания среди матерей чрезвычайно распространена и признается ключевым фактором, определяющим неблагоприятные перинатальные исходы (31). Однако ожирение и избыточный вес также связаны с неблагоприятными исходами беременности, и у многих женщин в самых разных условиях наблюдается избыточная прибавка в весе во время беременности. В то время как ожирение исторически было состоянием, связанным с изобилием, есть некоторые основания предполагать, что бремя избыточного веса и ожирения перемещается от благополучных к неблагополучным группам населения (32).

Анемия связана с дефицитом железа, фолиевой кислоты и витамина А. По оценкам, в мире она наблюдается у 38,2% беременных. Наиболее высокая распространенность анемии среди беременных в регионах Юго-Восточной Азии (48,7%) и Африки (46,3%), средняя распространенность отмечается в регионе Восточного Средиземноморья (38,9%), самая низкая — в регионах Западной части Тихого океана (24,3%), Америки (24,9%) и Европейском регионе (25,8%) (33).

Основные факторы, способствующие анемии, — паразитарные болезни, такие как малярия, анкилостомидозы и шистосомоз, в районах, эндемичных по этим заболеваниям. Кроме того, развитию анемии способствуют хронические инфекции, такие, как туберкулез (ТБ) и ВИЧ-инфекция, и гемоглобинопатии, например серповидноклеточная анемия. По оценкам, тяжелая анемия (определяется как анемия с

уровнем гемоглобина < 70 г/л) наблюдается в мире ежегодно у 0,8 миллиона беременных (33). Тяжелая анемия во время беременности повышает материнскую и младенческую смертность (34). По оценкам, примерно в половине случаев анемия беременных устраняется при приеме препаратов железа (33), однако эта цифра может быть довольно вариабельной и гораздо ниже в районах, эндемичных по малярии.

Кроме анемии, дефицит железа неблагоприятно влияет на утилизацию источников энергии мышечной тканью и, таким образом, на физическую работоспособность и производительность труда, а также на состояние иммунной системы и заболеваемость инфекционными болезнями (35). Дефицит фолиевой кислоты (витамина В9) помимо анемии связан с развитием дефектов нервной трубки плода (36). Дефицит витамина А наблюдается примерно у 19 миллионов беременных, преимущественно в Африке и Юго-Восточной Азии, и вызывает гемералопию (ухудшение сумеречного зрения) (37).

Дефицит кальция повышает риск преэклампсии (38). Считается, что в развитии преэклампсии играет роль также дефицит других витаминов и минеральных веществ, таких, как витамины Е, С, В6 и цинк. Дефицит цинка снижает иммунитет (39). Прием витамина С усиливает всасывание железа в желудочно-кишечном тракте, однако цинк, железо и другие минеральные вещества могут влиять на всасывание друг друга; имеет ли это последствия для здоровья, неизвестно (39).

Для рекомендаций по ДРП ГРР оценила доказательства эффективности дополнительного приема разных витаминов и минеральных веществ, которые могут теоретически улучшать материнские и перинатальные исходы. Кроме того, поскольку и недостаточность питания, и переизбыток могут иметь неблагоприятные последствия для беременной и ее ребенка, ГРР оценила также доказательства, касающиеся эффектов разных мероприятий, связанных с питанием, уменьшающих воздействие этих состояний. Кофеин, возможно, наиболее широко используемое психоактивное вещество в мире (40), и ГРР оценила доказательства, касающиеся влияния ограничения потребления кофеина во время беременности.

А.1 Диета

А.1 Консультирование по вопросам здорового питания и физической активности

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.1.1. Рекомендуется консультирование по вопросам здорового питания и физической активности, которые позволяют поддержать хорошее самочувствие и избежать избыточной прибавки в весе во время беременности.
(Рекомендовано)

Комментарии

- Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточными калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна (41).
- В зависимости от ресурсов и предпочтений женщин заинтересованные стороны могут рассматривать уместные с точки зрения культурных традиций мероприятия по здоровому питанию и физической активности для профилактики избыточной прибавки в весе во время беременности, особенно среди населения с высокой распространенностью избыточного веса и ожирения. Мероприятия должны быть ориентированы на женщин, проводиться без осуждения и разрабатываться так, чтобы обеспечить надлежащую прибавку в весе во время беременности (см. дополнительную информацию ниже).
- Здоровый образ жизни включает аэробные и силовые упражнения, необходимые для поддержания на протяжении беременности хорошей, но не пиковой формы и не формы, необходимой для участия в спортивных соревнованиях. Женщины должны выбирать упражнения с минимальным риском нарушения равновесия и травмы плода (42).
- Большая часть прибавки в весе происходит, как правило, после 20-й недели беременности. Определение «нормы» различается в разных регионах. Следует учитывать индекс массы тела (ИМТ) до беременности. В соответствии с классификацией Института медицины (43) при недостаточном весе в начале беременности (ИМТ < 18,5 кг/м²) женщина должна набрать 12,5—18 кг, при нормальном весе (ИМТ 18,5—24,9 кг/м²) — 11,5—16 кг, при избыточном весе (ИМТ 25—29,9 кг/м²) — 7—11,5 кг и при ожирении (ИМТ > 30 кг/м²) — 5—9 кг.
- Большинство доказательств эффективности мероприятий в области здорового питания и физической активности получены из стран с высоким доходом (СВД). ГРП отметила, что в СВД в настоящее время проводятся по крайней мере 40 исследований в этой области, а также что необходимы исследования эффектов, приемлемости и выполнимости мероприятий в области здорового питания и физической активности в СНСД.
- Беременность может быть оптимальным временем для мероприятий по изменению поведения в группах населения с высокой распространенностью избыточного веса и ожирения. Отдаленные последствия этих вмешательств для женщин, их партнеров и детей нуждаются в изучении.
- ГРП отметила, что работникам здравоохранения необходим мощный набор средств обучения, включающий стандартизованные рекомендации по питанию. Эти рекомендации должны быть доказательно обоснованными, быть устойчивыми, воспроизводимыми, доступными и адаптируемыми к разным культурным условиям.

Ценности женщин

Данные для рекомендаций по ДРП были получены из результатов предварительного анализа того, что женщины ожидают от ДРП и какие исходы значимы для них (13). Доказательства свидетельствуют о том, что для женщин из стран с высоким, средним и низким уровнем обеспеченности ресурсами ценностью является получение «положительного опыта беременности», компонентами которого являются проведение эффективных клинических мероприятий (вмешательств и исследований, в том числе назначение препаратов для устранения дефицита питательных веществ), предоставление уместной и своевременной информации (в том числе рекомендаций по питанию и диете), а также психосоциальной и эмоциональной поддержки знающими, оказывающими поддержку и корректными работниками здравоохранения с целью оптимизации здоровья матерей и новорожденных (высокий уровень достоверности доказательств).

Резюме доказательств и соображений

Эффекты мероприятий в отношении питания и физической активности по сравнению с отсутствием таких мероприятий (ДБ Таблица А.1.1)

Доказательства об эффектах мероприятий в отношении питания и физической активности были получены из Кокрановского обзора, включавшего 65 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), проведенных главным образом в СВД (44). В 34 исследованиях участвовали женщины из общей популяции (т. е. женщины с широким диапазоном ИМТ на момент включения), в 24 — женщины с избыточным весом и/или ожирением, еще в семи — женщины с высоким риском гестационного сахарного диабета. Данные 49 РКИ, в которых участвовали 11 444 женщины, были включены в метаанализ. Мероприятия в отношении питания были определены как ограничение потребления участниками определенных продуктов или ограничение калорийности пищи, которые традиционно считались вариантами «здорового питания». Мероприятия в области физической активности были определены авторами обзора как любая активность, требующая физических усилий, выполняемая, чтобы поддержать или улучшить здоровье или форму. Эти мероприятия были предписанными/не контролируемы (например, 30 минут ходьбы ежедневно), или контролируемы ми (например, еженедельные контролируемые групповые занятия) или и теми, и другими. Эти мероприятия обычно сравнивали со «стандартной ДРП» и были направлены на профилактику избыточной прибавки в весе во время беременности (ИПВБ).

В большинство исследований включали женщин между 10 и 20-й неделями беременности. Существенно различались число контактов (т. е. консультаций/занятий физическими упражнениями),

тип мероприятия и метод оказания помощи. Данные были сгруппированы по типу мероприятия (т. е. только диета, только физическая активность, диета и консультирование по вопросам физической активности, диета и контролируемая физическая активность). Усредненные эффекты были оценены с помощью модели случайных эффектов. Были проведены отдельные анализы с учетом типа мероприятия и риска осложнений, связанных с избыточным весом. Большинство данных в сводном анализе были получены из комбинированных исследований, включавших мероприятия в области питания и физической активности.

Материнские исходы

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что у женщин, которым в рамках ДРП проводятся мероприятия в отношении питания и/или физической активности для профилактики ИПВБ, последняя менее вероятна (24 исследования, 7096 женщин; относительный риск [ОР] 0,80, 95% доверительный интервал [ДИ] 0,73—0,87; абсолютный эффект — в среднем на 91 на 1000 беременных ниже). Результаты анализов исследований по подгруппам согласуются с этими данными.

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что мероприятия в отношении питания и/или физической активности имеют незначительный эффект или не влияют на риск преэклампсии (15 исследований, 5330 женщин; ОР 0,95, 95% ДИ 0,77—1,16). Однако доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что мероприятия в отношении питания и/или физической активности, вероятно, предупреждают артериальную гипертензию во время беременности (11 исследований, 5162 женщины; ОР 0,70, 95% ДИ 0,51—0,96).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что мероприятия в отношении

питания и/или физической активности имеют незначительный эффект или не влияют на частоту кесарева сечения (28 исследований, 7534 женщины; ОР 0,95, 95% ДИ 0,88—1,03). Однако доказательства с низким уровнем достоверности из подгруппы «диета и консультирование по вопросам физической активности» указывают на то, что это мероприятие может снижать частоту кесарева сечения (9 исследований, 3406 женщин; ОР 0,87, 95% ДИ 0,75—1,01). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что мероприятия в отношении питания и/или физической активности, вероятно, оказывают незначительный эффект или не влияют на частоту индукции родов (8 исследований, 3832 женщины; ОР 1,06, 95% ДИ 0,94—1,19).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что мероприятия в отношении питания и/или физической активности могут снижать риск гестационного сахарного диабета (ГСД) (19 исследований, 7279 женщин; ОР 0,82, 95% ДИ 0,67—1,01).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что мероприятия в отношении питания и/или физической активности, вероятно, предупреждают макросомию у новорожденных (27 исследований, 8598 женщин; ОР 0,93, 95% ДИ 0,86—1,02), особенно у женщин с избыточным весом и ожирением в подгруппе «диета и консультирование по вопросам физической активности» (9 исследований, 3252 новорожденных; ОР 0,85, 95% ДИ 0,73—1,00). Однако доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что мероприятия в отношении питания и/или физической активности, вероятно, имеют незначительный эффект или не влияют на частоту гипогликемии у новорожденного (4 исследования, 2601 новорожденный; ОР 0,95, 95% ДИ 0,76—1,18) или дистонии плечиков (4 исследования, 3253 новорожденных; ОР 1,02, 95% ДИ 0,57—1,83). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что по сравнению с контрольной группой диета и консультирование по вопросам физической активности, особенно у женщин с избыточным весом и ожирением, могут снижать риск патологии органов дыхания у новорожденных (2 исследования, 2256 женщин; ОР 0,47, 95% ДИ 0,26—0,85).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что мероприятия в отношении питания и/или физической активности имеют

незначительный эффект или не влияют на частоту преждевременных родов (16 исследований, 5923 женщины; ОР 0,91, 95% ДИ 0,68—1,22). Доказательства, касающиеся риска рождения маловесных детей, были крайне неопределенными. Перинатальная смертность в обзоре не представлена.

Дополнительные соображения

- Доказательства с высоким уровнем достоверности из обзора демонстрируют, что эти мероприятия повышают вероятность недостаточной прибавки в весе во время беременности (11 исследований, 4422 женщины; ОР 1,14, ДИ 1,02—1,27). Клиническое значение этой находки не известно.
- Эффекты, приемлемость и выполнимость мероприятий в области питания и физической активности в СНСД не установлены.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Стоимость внедрения мероприятий в отношении питания и физической активности для систем здравоохранения может быть очень разной. Например, контролируемые диета и физическая активность могут повлечь высокие расходы, главным образом ввиду стоимости услуг персонала, тратящего время на наблюдение за группами, в то время как мероприятия, реализуемые в рамках консультирования, могут иметь относительно низкую стоимость. Мероприятия могут иметь финансовые последствия и для беременных, например транспортные расходы, расходы, связанные с отсутствием на работе, присмотром за детьми, особенно если они требуют дополнительных посещений в рамках ДРП.

Справедливость

Большинство доказательств получены из исследований, проведенных в СВД. Недавние исследования продемонстрировали, что бремя избыточного веса и ожирения перемещается от благополучных к неблагополучным группам населения (32). Эта тенденция повышает риск осложнений беременности, а также кардиологической патологии и нарушений обмена веществ у беременных из неблагополучных групп населения. Эти риски могут усугубляться еще более у женщин, проживающих в условиях сообществ с ограниченными ресурсами, поскольку они могут не

иметь возможностей для борьбы с осложнениями.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Они также указывают на то, что женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью к службе здравоохранения, если рекомендации даются наскоро или в назидательной манере (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Следовательно, более вероятно, что мероприятия такого типа будут приемлемы, если работники здравоохранения не будут торопиться и будут оказывать поддержку, что

может также содействовать обращению за ДРП. Качественные доказательства, касающиеся мнений работников здравоохранения о ДРП указывают на то, что они, возможно, хотели бы предоставлять общие рекомендации по вопросам здоровья и специальную информацию по вопросам, связанным с беременностью (доказательства с низким уровнем достоверности), но порой считают, что не имеют соответствующей подготовки, достаточно ресурсов или времени, чтобы оказывать помощь, предоставляя информацию, поддержку и заботу, так, как хотят женщины (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Выполнимость

В ряде случаев в условиях СНСД работники здравоохранения считают, что недостаток ресурсов может ограничить внедрение рекомендованных мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

А.1.2 Обучение по вопросам энергетической ценности рациона и потребления белка

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.1.2. В группах населения с недостаточным питанием рекомендуется обучение беременных по вопросам питания с целью повышения энергетической ценности ежедневного рациона и потребления белка для снижения риска рождения маловесных детей. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Недостаточность питания обычно определяется при наличии низкого ИМТ (т. е. недостаточного веса). Если распространенность недостаточного веса среди взрослых женщин составляет 20—39%, то она считается высокой, 40% и выше — очень высокой (46). Для диагностики белково-энергетической недостаточности у отдельных беременных и определения ее распространенности в популяции может быть полезно исследование окружности плеча в средней трети (ОСП) (31). Однако для этого на основании анализа рентабельности, проведенного с учетом контекста, необходимо определить оптимальные границы нормы для отдельных стран (31).
- Антропометрические характеристики популяции меняются. Это следует принимать во внимание и регулярно изучать распространенность недостаточности питания, чтобы мероприятия оставались актуальными.
- ГРР отметила, что работникам здравоохранения необходим мощный набор средств обучения, включающий стандартизованные рекомендации по питанию. Эти рекомендации должны быть основаны на принципах доказательной медицины, быть устойчивыми, воспроизводимыми, доступными и адаптируемыми к разным культурным условиям.
- Заинтересованные стороны могут рассмотреть альтернативные платформы оказания помощи (например, консультанты из своей среды, напоминания в средствах массовой информации) или перераспределить обязанности по проведению данного мероприятия.
- В районах с крайне низкой безопасностью пищевых продуктов или отсутствием их разнообразия могут рассматриваться дополнительные мероприятия, такие, как распространение сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок (см. Рекомендацию А.1.3).

Резюме доказательств и соображений

Эффекты консультирования по вопросам повышения энергетической ценности рациона и потребления белка по сравнению с отсутствием такого консультирования (ДБ Таблица А.1.2)

Доказательства об эффектах консультирования по вопросам питания были получены из Кокрановского обзора (47). Источником данных для сравнения послужили результаты пяти исследований, проведенных между 1975 и 2013 г. в Бангладеш, Греции и США, в которых приняли участие 1090 беременных. Консультирование проводили один-на-один или в группах. Оно включало обучение с целью повышения «качества» потребляемой пищи, энергетической ценности и потребления белка, улучшения знаний о пищевой ценности разных продуктов, в том числе их калорийности, содержании в них белка, витаминов и железа. Исследование в Бангладеш включало также кулинарные демонстрации.

Материнские исходы

Доказательства, касающиеся прибавки в весе во время беременности, имели очень низкий уровень достоверности. Других данных по материнским исходам в обзоре, посвященном этому сравнению, не было.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности демонстрируют, что обучение по вопросам питания может снижать частоту рождения маловесных детей (300 женщин; ОР 0,04, 95% ДИ 0,01—0,14), но имеют незначительный эффект или не влияют на частоту рождения маленьких для гестационного возраста (МГВ) детей (2 исследования, 449 женщин; ОР 0,46, 95% ДИ 0,21—0,98), мертворождений (1 исследование, 431 женщина; ОР 0,37, 95% ДИ 0,07—1,90) или смерти новорожденных (1 исследование, 448 женщин; ОР 1,28, 95% ДИ 0,35—4,72). Доказательства, касающиеся частоты преждевременных родов были расценены как имеющие очень низкий уровень достоверности.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Стоимость вариабельна и зависит главным образом от кадрового обеспечения и времени, затрачиваемого на консультирование.

Справедливость

Во многих СНСД менее благоприятные исходы беременности и худший охват ДРП наблюдаются у бедных, менее образованных и проживающих в сельских районах женщин (29). Многие страны с ограниченными ресурсами по-прежнему ведут борьбу с бедностью и голодом, особенно среди сельского населения (48). Результаты исследований приема пищевых добавок и микронутриентов во время беременности в сельских районах Бангладеш указывают на то, что эти мероприятия могут способствовать соблюдению рекомендаций по ДРП менее образованными женщинами, однако это не относится к более образованным женщинам (49). Следовательно, предоставление пищевых добавок во время беременности может уменьшить неравенство за счет улучшения питания матерей и повышения охвата ДРП женщин из неблагополучных групп населения.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают на то, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно

ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Они также указывают на то, что женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью к службе здравоохранения, если рекомендации даются наскоро или в назидательной манере (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Следовательно, более вероятно, что мероприятия такого типа будут приемлемы, если работники здравоохранения не будут торопиться и будут оказывать поддержку, что может также содействовать обращению за ДРП. Качественные доказательства, касающиеся мнений работников здравоохранения о ДРП, указывают на то, что они, возможно, хотели бы предоставлять общие рекомендации по вопросам здоровья и специальную информацию по вопросам, связанным с беременностью (доказательства с низким уровнем достоверности), но порой считают, что не имеют соответствующей подготовки, достаточно ресурсов или времени, чтобы оказывать помощь, предоставляя информацию, поддержку и заботу, так, как хотят женщины (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Выполнимость

В ряде случаев в условиях СНСД работники здравоохранения считают, что недостаток ресурсов может ограничить внедрение рекомендованных мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

А.1.3 Пищевые белково-энергетические добавки

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.1.3. В группах населения с недостаточным питанием беременным рекомендуется дополнительный прием сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок для снижения риска мертворождения и рождения маленьких для гестационного возраста детей. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- ГРП подчеркнула, что данная рекомендация предназначена для групп населения или условий с высокой распространенностью недостаточности питания среди беременных, а не для отдельных беременных, у которых выявлена недостаточность питания.
- Недостаточность питания обычно определяется при наличии низкого ИМТ (т. е. недостаточного веса). Если распространенность недостаточного веса среди взрослых женщин составляет 20—39%, то она считается высокой, 40% и выше — очень высокой (46). Для выявления белково-энергетической недостаточности у отдельных беременных и определения ее распространенности в популяции может быть полезно исследование ОСП (31). Однако для этого на основании анализа рентабельности, проведенного с учетом контекста, необходимо определить оптимальные пороговые значения для отдельных стран (31).
- Введение контроля качества необходимо, чтобы гарантировать, что сбалансированные пищевые белково-энергетические добавки производятся, упаковываются и хранятся в контролируемой незагрязненной среде. Проблемы стоимости и логистики, связанные с внедрением дополнительного приема этих добавок, могут быть уменьшены за счет их местного производства при условии наличия контроля качества.
- Для успеха программы необходимо непрерывное достаточное снабжение добавками. Это требует четкого понимания и инвестиций в системы закупок и управления поставками.
- Программы следует разрабатывать и постоянно улучшать на основании данных и опыта, полученных на местах. Ниже представлены примеры, относящиеся к данным рекомендациям.
- Улучшение оказания помощи, повышение приемлемости и частоты применения этого вмешательства беременными (т. е. преодоление барьеров на пути снабжения и использования).
- Распределение пищевых белково-энергетических добавок только при посещениях в рамках ДРП может быть невозможно; может потребоваться назначение дополнительных посещений. Следует учитывать их затратность. В отсутствие посещений в рамках ДРП, при наличии слишком маленького числа посещений или слишком позднего первого посещения следует рассматривать переключение на альтернативные платформы оказания помощи (например, через работников здравоохранения в сообществах, переключение обязанностей в определенных условиях).
- Ценности и предпочтения, связанные с типами и количеством пищевых белково-энергетических добавок, могут различаться.
- Мониторинг и оценка должны включать оценку условий хранения на дому, порчи, убыли, розничной торговли, совместного использования и других аспектов, связанных с распределением продовольствия.
- Каждая страна должна понять зависящую от определенных условий причину недостаточности питания на национальном и субнациональном уровне. Например, там, где доступность пищевых продуктов зависит от сезона, программа должна учитывать этот фактор и при необходимости адаптироваться к условиям (например, снабжение большим или меньшим количеством продуктов разных типов в разные сезоны). Кроме того, необходимо понять, могут ли мероприятия, альтернативные предоставлению пищевых добавок, такие, как предоставление денежных средств или ваучеров, или улучшение местного и национального производства и распределения продуктов питания, приводить к таким же или эквивалентным результатам.
- Антропометрические характеристики популяции меняются. Это следует принимать во внимание, чтобы гарантировать, что мероприятия проводятся только среди женщин, которым они принесут пользу (т. е. только среди женщин с недостаточностью питания).
- ГРП отметила, что информация о рисках, связанных с проведением этого мероприятия женщинам с высоким ИМТ, отсутствует.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты приема сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок по сравнению с его отсутствием или плацебо (ДБ Таблица А.1.3)

Доказательства, касающиеся эффектов приема пищевых белково-энергетических добавок по сравнению с его отсутствием или плацебо были получены из Кокрановского обзора (47). В этот анализ были включены 12 исследований, в которых участвовали 6705 женщин. Большинство данных были получены из исследований, проведенных в СНСД, в том числе в Буркина-Фасо, Гамбии, Гане, Индии, Индонезии, Китае, Колумбии, на Тайване и в Южной Африке. Пищевые добавки применялись в разных формах, в том числе в виде обогащенных напитков, печенья и порошков.

Материнские исходы

Единственным материнским исходом из приоритетных исходов для данных рекомендаций, представленным в обзоре для этого сравнения, была преэклампсия. Однако доказательства по нему на основании двух маленьких исследований были оценены как крайне неопределенные.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что прием сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок, вероятно, снижает частоту рождения МГВ детей (7 исследований, 4408 женщин; ОР 0,79, 95% ДИ 0,69—0,90) и мертворождений (5 исследований, 3408 женщин; ОР 0,60, 95% ДИ 0,39—0,94), но, возможно, не влияет на частоту преждевременных родов (5 исследований, 3384 женщины; ОР 0,96, 95% ДИ 0,80—1,16). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что это мероприятие имеет незначительный эффект или не влияет на неонатальную смертность (5 исследований, 3381 женщина; ОР 0,68, 95% ДИ 0,43—1,07). Данные о частоте рождения маловесных детей в этом сравнительном анализе не представлены.

Дополнительные соображения

■ В обзоре представлен анализ среднего веса при рождении (в граммах). Более благоприятные результаты получены в группе дополнительного приема сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок (11 исследований, 5385 новорожденных; разность средних [РС]: 40,96, 95% ДИ 4,66—77,26). В обзоре это

доказательство было классифицировано как имеющее среднее качество (47).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Стоимость пищевых белково-энергетических добавок относительно высока. Возможны также затраты на транспортировку, хранение и обучение.

Справедливость

Во многих СНСД менее благоприятные исходы беременности и худший охват ДРП наблюдаются у бедных, менее образованных и проживающих в сельских районах женщин (29). Многие страны с ограниченными ресурсами по-прежнему ведут борьбу с бедностью и голодом, особенно среди сельского населения (48). Результаты исследований приема пищевых добавок и микронутриентов во время беременности в сельских районах Бангладеш указывают на то, что эти мероприятия могут способствовать соблюдению рекомендаций по ДРП менее образованными женщинами, однако это не относится к более образованным женщинам (49). Следовательно, предоставление пищевых добавок во время беременности может уменьшить неравенство за счет улучшения питания матерей и повышения охвата ДРП женщин из неблагоприятных групп населения.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Они также указывают на то, что женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью к службе здравоохранения, если рекомендации даются наскоро или в назидательной манере (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Следовательно, более вероятно, что мероприятия такого типа будут приемлемы, если работники здравоохранения не будут торопиться и будут оказывать поддержку, что может также содействовать обращению за ДРП. Качественные доказательства, касающиеся

мнений работников здравоохранения о ДРП, указывают на то, что они, возможно, хотели бы предоставлять общие рекомендации по вопросам здоровья и специальную информацию по вопросам, связанным с беременностью (доказательства с низким уровнем достоверности), но порой считают, что не имеют соответствующей подготовки, достаточно ресурсов или времени, чтобы оказывать помощь, предоставляя информацию, поддержку и заботу, так, как хотят женщины (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Выполнимость

Обеспечение сбалансированными пищевыми белково-энергетическими добавками может быть связано с логистическими проблемами, поскольку эти продукты занимают много места и требуют соответствующего транспорта и складских помещений для обеспечения постоянного снабжения. Качественные доказательства из СНСД указывают, что работники здравоохранения считают, что недостаток ресурсов может ограничить внедрение рекомендованных мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Резюме доказательств и соображений

Эффекты приема добавок с высоким содержанием белка по сравнению с контрольной группой (ДБ Таблица А.1.4)

Доказательства, касающиеся эффектов приема добавок с высоким содержанием белка, были получены из того же Кокрановского обзора, что и доказательства для Рекомендаций А.1.2 и А.1.3 (47). Обзор включал одно исследование эффективности дополнительного приема добавок с высоким содержанием белка по сравнению с дополнительным приемом микронутриентов, проведенное в 1970-е гг., в котором участвовала 1051 темнокожая женщина с низким доходом, проживающая в США.

Материнские исходы

Ни один из приоритетных исходов для данных рекомендаций не был представлен в обзоре для этого сравнения.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием добавок с высоким содержанием белка повышает частоту рождения маленьких для гестационного возраста МГВ детей (1 исследование,

505 новорожденных; ОР 1,58, 95% ДИ 1,03—2,41). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, дополнительный прием добавок с высоким содержанием белка, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (1 исследование, 505 женщин; ОР 1,14, 95% ДИ 0,83—1,56).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием добавок с высоким содержанием белка имеет незначительный эффект или не влияет на частоту мертворождений (1 исследование, 529 детей; ОР 0,81, 95% ДИ 0,31—2,15; достоверность доказательства понижена в связи с неточностями) и смерти новорожденных (1 исследование, 529 новорожденных; ОР 2,78, 95% ДИ 0,75—10,36).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Стоимость добавок с высоким содержанием белка относительно высока. Возможны также затраты на транспортировку, хранение и обучение.

Справедливость

Во многих СНСД менее благоприятные исходы беременности и худший охват ДРП наблюдаются у бедных, менее образованных и проживающих в сельских районах женщин (29). Многие страны с ограниченными ресурсами по-прежнему ведут борьбу с бедностью и голодом, особенно среди сельского населения (48). Следовательно, предоставление пищевых добавок во время беременности может уменьшить неравенство за счет улучшения питания матерей и повышения охвата ДРП женщин из неблагополучных групп населения.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Они также указывают на то, что женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью к службе здравоохранения, если рекомендации даются наскоро или в назидательной манере (доказательства с высоким уровнем

А.1.4 Прием добавок с высоким содержанием белка

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.1.4. В группах населения, страдающих от недостаточного питания, прием пищевых добавок с высоким содержанием белка во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется. (Не рекомендовано)

Комментарии

- ГРР отметила, что доказательств эффективности дополнительного приема добавок с высоким содержанием белка недостаточно (если они вообще имеются).
- Дальнейшие исследования эффективности дополнительного приема добавок с высоким содержанием белка в группах населения, страдающих от недостаточного питания, не считаются приоритетом научных исследований.

достоверности) (22). Качественные доказательства, касающиеся мнений работников здравоохранения о ДРП, указывают на то, что они, возможно, хотели бы предоставлять общие рекомендации по вопросам здоровья и специальную информацию по вопросам, связанным с беременностью (доказательства с низким уровнем достоверности), но порой считают, что не имеют соответствующей подготовки, достаточно ресурсов или времени, чтобы оказывать помощь, предоставляя информацию, поддержку и заботу, так, как хотят женщины (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Выполнимость

Обеспечение добавками с высоким содержанием белка может быть связано с логистическими проблемами, поскольку эти продукты занимают много места и требуют соответствующего транспорта и складских помещений для обеспечения постоянного снабжения. Качественные доказательства из СНСД указывают, что работники здравоохранения считают, что недостаток ресурсов может ограничить внедрение рекомендованных мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

А.2 Препараты железа и фолиевой кислоты

А.2.1 Ежедневный прием препаратов железа и фолиевой кислоты

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.2.1. Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесных детей и преждевременных родов беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов железа в дозе 30—60 мг в пересчете на железо и фолиевой кислоты в дозе 400 мкг (0,4 мг)с. (Рекомендована)

Комментарии

- Данная рекомендация заменяет прежнюю рекомендацию из публикации ВОЗ «Рекомендации: ежедневный дополнительный прием препаратов железа и фолиевой кислоты беременными» (2012 г.) (36) и должна рассматриваться вместе с Рекомендацией А.2.2 по периодическому приему препаратов железа.
- В условиях, где анемия у беременных является серьезной проблемой общественного здравоохранения (т. е. где, по крайней мере, у 40% беременных уровень гемоглобина [Hb] < 110 г/л), ежедневный прием препаратов железа в дозе 60 мг в пересчете на железо предпочтительнее приема в более низкой дозе.
- В I и III триместрах беременности анемию диагностируют, если уровень Hb < 110 г/л, во II триместре — если уровень Hb < 105 г/л (50).
- Если у беременной диагностирована анемия, ежедневная доза препаратов железа должна быть увеличена до 120 мг в пересчете на железо, пока уровень Hb не станет нормальным (Hb 110 г/л или выше) (34, 51). Затем может быть возобновлен прием препаратов железа в стандартной для беременных дозе для профилактики рецидива анемии.
- Эффективное общение с беременными по вопросам диеты и здорового питания, в том числе предоставление информации о пищевых источниках витаминов и минеральных веществ, а также о разнообразии питания, — неотъемлемая часть профилактики анемии и оказания качественной ДРП.
- Эффективные стратегии общения необходимы для повышения приемлемости и приверженности схемам приема препаратов.
- Заинтересованные стороны могут рассмотреть способы напоминания беременным о необходимости приема препаратов или оказания помощи в устранении побочных эффектов.
- В районах, эндемичных по инфекциям, которые могут вызывать анемию за счет кровопотери, повышенного разрушения или сниженного образования эритроцитов, таким, как малярия и анкилостомидозы, должны внедряться мероприятия по профилактике, диагностике и лечению этих инфекций.
- Препараты железа доступны в виде капсул или таблеток (в том числе в виде растворимых таблеток и растворимых таблеток с модифицированным высвобождением) (52). Соблюдение контроля качества важно, чтобы гарантировать, что препараты производятся, упаковываются и хранятся в контролируемой незагрязненной среде (53).
- Улучшение понимания этиологии анемии (например, высокая распространенность малярии, гемоглобинопатий) и распространенности факторов риска на местном уровне необходимы, чтобы предоставить информацию для адаптации рекомендаций.
- Чтобы облегчить мониторинг и оценку, необходимы стандартизованные определения побочных эффектов.
- Необходимы разработка и улучшение комплексных систем наблюдения, чтобы связать результаты оценки частоты анемии и дефицита железа на местном уровне с данными национальной и глобальной систем наблюдения.
- Чтобы достичь наиболее незащищенных групп населения и обеспечить своевременное и непрерывное снабжение препаратами, заинтересованные стороны могут рассмотреть вопросы перераспределения обязанностей по снабжению препаратами железа в сообществах с низкой доступностью работников здравоохранения (см. Рекомендацию Е.6.1 в разделе Е «Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП»).

a Шестьдесят миллиграммов железа содержится в 300 мг сульфата железа гептагидрата, 180 мг fumarата железа и 500 мг глюконата железа.
b Прием препаратов фолиевой кислоты следует начинать как можно раньше (в идеале до зачатия) для профилактики дефектов нервной трубки.
c Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women» (2012).

Резюме доказательств и соображений

Эффекты ежедневного приема любых препаратов железа и фолиевой кислоты по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица А.2.1)

Доказательства, касающиеся эффектов ежедневного приема препаратов железа и/или фолиевой кислоты, были получены из Кокрановского обзора 61 исследования, проведенного в странах с низким, средним и высоким доходом (54). Двадцать три исследования были проведены в странах, в которых имеется риск заражения малярией, в двух из них представлены исходы, касающиеся малярии. В целом, в метаанализы обзора были включены 44 исследования, в которых участвовали 43 274 женщины. Исследования сравнивали группу ежедневного приема внутрь препаратов железа с фолиевой кислотой или другими витаминами и минеральными веществами или без них с различными контрольными группами (прием только препаратов фолиевой кислоты, плацебо, отсутствие вмешательства, прием других препаратов витаминов или минеральных веществ без железа или фолиевой кислоты). Большинство доказательств были получены из исследований, сравнивающих назначение препаратов железа с его отсутствием. В большинстве исследований женщины начинали принимать препараты после 20-й недели беременности и продолжали до родов. Чаще всего препараты железа назначались в дозе 60 мг/сут (диапазон 30—240 мг/сут) в пересчете на железо, фолиевой кислоты — в дозе 400 мкг/сут.

Материнские исходы

Данные об анемии анализировались разными способами и в разные моменты времени во время беременности и в послеродовом периоде. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что ежедневный прием препаратов железа может снизить риск анемии на момент родов (диагностируется, если уровень Hb < 110 г/л на 37-й неделе беременности или позже) (14 исследований, 2199 женщин; ОР 0,30, 95% ДИ 0,19—0,46) и тяжелой анемии после родов (диагностируется, если уровень Hb < 80 г/л) (8 исследований, 1339 женщин; ОР 0,04, 95% ДИ 0,01—0,28).

Доказательства с низким уровнем достоверности демонстрируют также, что ежедневный прием препаратов железа может повысить уровень Hb у матери ближе к родам (34-я неделя беременности и позже) (19 исследований, 3704 женщины; РС: на 8,88 г/л выше, 95% ДИ 6,96—10,8 г/л) и может повысить долю женщин с высоким уровнем Hb

ближе к родам (уровень Hb > 130 г/л на 34-й неделе беременности и позже) (8 исследований, 2156 женщин; ОР 3,07, 95% ДИ 1,18—8,02).

Относительно материнской заболеваемости доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что ежедневный прием препаратов железа, вероятно, снижает риск послеродовых инфекций у матери (4 исследования, 4374 женщины; ОР 0,68, 95% ДИ 0,5—0,92). Доказательства с низким уровнем достоверности демонстрируют, что ежедневный прием препаратов железа имеет незначительный эффект или не влияет на частоту преэклампсии (4 исследования, 1704 женщины; ОР 1,63, 95% ДИ 0,87—3,07) и кровотечения во время беременности (2 исследования, 1157 женщин; ОР 1,48, 95% ДИ 0,51—4,31). Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что он, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту послеродового кровотечения (4 исследования, 1488 женщин; ОР 0,93, 95% ДИ 0,59—1,49). Доказательства относительно других показателей материнской заболеваемости, в том числе преждевременной отслойки плаценты и переливания крови, имеют очень низкий уровень достоверности.

Доказательства с низким уровнем достоверности демонстрируют, что ежедневный прием препаратов железа имеет незначительный эффект или не влияет на материнскую смертность (2 исследования, 12 560 женщин; ОР 0,33, 95% ДИ 0,01—8,19). Удовлетворенность женщин была оценена в одном маленьком исследовании (49 женщин), в котором были выявлены незначительные различия между группой ежедневно принимавших препараты железа и контрольной группой.

Побочные эффекты. Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что ежедневный прием препаратов железа, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту каких-либо побочных эффектов (11 исследований, 2425 женщин; ОР 1,29, 95% ДИ 0,83—2,02), и может иметь незначительный эффект или не влияет на частоту запоров (4 исследования, 1495 женщин; ОР 0,95, 95% ДИ 0,62—1,43), изжоги (3 исследования, 1323 женщины; ОР 1,19, 95% ДИ 0,86—1,66) и рвоты (4 исследования, 1392 женщины; ОР 0,88, 95% ДИ 0,59—1,30). Доказательства того, что ежедневный прием препаратов железа имеет незначительный эффект или не влияет на частоту тошноты, имеют низкий уровень достоверности (4 исследования, 1377 женщин; ОР 1,21, 95% ДИ 0,72—2,03).

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что ежедневный прием препаратов железа снижает частоту диареи (3 исследования, 1088 женщин; ОР 0,55, 95% ДИ 0,32—0,93).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности демонстрируют, что ежедневный прием препаратов железа может снижать частоту рождения маловесных новорожденных (< 2500 г) (11 исследований, 17 613 новорожденных; ОР 0,84, 95% ДИ 0,69—1,03). Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что он не снижает риск преждевременных родов до 37-й недели беременности (13 исследований, 19 286 женщин; ОР 0,93, 95% ДИ 0,84—1,03), но снижает риск преждевременных родов до 34-й недели беременности (5 исследований, 3749 женщин; ОР 0,51, 95% ДИ 0,29—0,91).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что ежедневный прием препаратов железа может иметь незначительный эффект или не влияет на частоту пороков развития (4 исследования, 14 636 новорожденных; ОР 0,88, 95% ДИ 0,58—1,33). Доказательства со средним уровнем достоверности показывают, что ежедневный прием препаратов железа, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту смерти новорожденных (4 исследования, 16 603 новорожденных; ОР 0,91, 95% ДИ 0,71—1,18). Инфекции новорожденных и рождение МГВ детей не изучались как исходы.

Дополнительные соображения

- По основным исходам результаты анализов исследований по подгруппам, как правило, согласовались с общими данными. Более подробную информацию можно найти в Веб-дополнении (ДБ Таблица А.2.1).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Препараты железа и фолиевой кислоты для ежедневного приема относительно дешевы и стоят менее 1 долл. США на 1 беременную (27).

Справедливость

Дефицит железа и паразитарные заболевания чаще встречаются в СНСД и среди неблагополучных групп населения. Кроме того, среди бедного, менее образованного и проживающего в сельских районах населения наблюдается наиболее высокая материнская, младенческая и детская смертность (29). Повышение охвата эффективными мероприятиями в области питания, предупреждающими анемию, особенно наиболее неблагополучных групп населения, может уменьшить неравенство в отношении здоровья матерей и новорожденных.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают на то, что доступность препаратов железа может активно стимулировать взаимодействие женщин с работниками здравоохранения, оказывающими ДРП (доказательства с низким уровнем достоверности) (22). Однако, там, где прием препаратов связан с дополнительными затратами или препараты недоступны (вследствие нехватки ресурсов), женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП (доказательства с высоким уровнем достоверности). Более низкие дозы железа могут реже вызывать побочные эффекты и, следовательно, могут быть более приемлемыми для женщин.

Выполнимость

Качественные доказательства, касающиеся мнения работников здравоохранения, указывают на то, что нехватка ресурсов, проявляющаяся как отсутствием препаратов, так и нехваткой соответствующим образом обученного персонала, чтобы распределять их, может ограничивать внедрение (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

А.2.2 Периодический прием препаратов железа и фолиевой кислоты

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.2.2. Если ежедневный прием препаратов железа невозможен из-за побочных эффектов и распространенность анемии среди беременных в популяции не превышает 20%, для улучшения материнских и неонатальных исходов беременным рекомендуется периодический прием внутрь препаратов железа в дозе 120 мг в пересчете на железо 1 раз в неделю и фолиевой кислоты в дозе 2800 мкг (2,8 мг) 1 раз в неделю. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Данная рекомендация заменяет прежнюю из публикации ВОЗ «Рекомендации: периодический дополнительный прием препаратов железа и фолиевой кислоты беременными без анемии» (2012 г.) (55) и должна рассматриваться вместе с Рекомендацией А.2.1.
- В целом, если распространенность анемии среди беременных менее 20%, она не считается серьезной проблемой общественного здравоохранения (33).
- Перед началом периодического приема препаратов железа необходимо точное измерение уровня гемоглобина, чтобы подтвердить отсутствие анемии у беременной. Следовательно, эта рекомендация может потребовать развитой системы здравоохранения, позволяющей проводить точные исследования уровня гемоглобина и контролировать его во время беременности.
- Если при оказании ДРП у женщины диагностирована анемия (Hb < 110 г/л), она должна получать препараты железа в дозе 120 мг в пересчете на железо и препараты фолиевой кислоты в дозе 400 мкг (0,4 мг) внутрь ежедневно пока уровень гемоглобина не станет нормальным (Hb 110 г/л или выше) (34, 51). Затем она может возобновить ежедневный (или периодический, если ежедневный прием неприемлем из-за побочных эффектов) прием препаратов железа и фолиевой кислоты в стандартной для беременных дозе для профилактики рецидива анемии.
- Заинтересованные стороны могут рассмотреть способы напоминания беременным о необходимости периодического приема препаратов или оказания помощи в устранении побочных эффектов.

а Сто двадцать миллиграммов железа содержится в 600 мг сульфата железа гептагидрата, 360 мг fumarата железа и 1000 мг глюконата железа.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты периодического приема препаратов железа и фолиевой кислоты по сравнению с ежедневным приемом (ДБ Таблица А.2.2)

Доказательства, касающиеся эффектов периодического приема препаратов железа и фолиевой кислоты, были получены из Кокрановского обзора, который включал 27 исследований из 15 стран. Однако в метаанализ вошли доказательства только из 21 исследования (включали 5490 женщин) (56). Все исследования были проведены в СНСД, в которых имеется риск заражения малярией (Аргентина, Бангладеш, Вьетнам, Гватемала, Индия, Индонезия, Исламская Республика Иран, Китай, Малави, Малайзия, Мексика, Пакистан, Республика Корея, Таиланд и Шри-Ланка). Однако только в одном исследовании было специально отмечено, что оно проводилось в районах, эндемичных по малярии.

Большинство изучавшихся режимов предполагали еженедельный прием препаратов чаще всего в дозе 120 мг в пересчете на железо (диапазон

80—200 мг) и сравнивались с ежедневным приемом препаратов чаще всего в дозе 60 мг в пересчете на железо (диапазон 20—120 мг). Если в исследовании женщины принимали также препараты фолиевой кислоты, то в группе периодического приема их назначали еженедельно (диапазон 400—3500 мкг) и сравнивали со стандартной ежедневной дозой в контрольной группе.

Материнские исходы

Данные об анемии были представлены в исследованиях по-разному. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что различия во влиянии на анемию к моменту родов периодического и ежедневного приема препаратов железа могут быть незначительными или отсутствуют (4 исследования, 676 женщин; ОР 1,22, 95% ДИ 0,84—1,80). Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что анемия ближе к родам (диагностируется при Hb < 110 г/л на 34-й неделе беременности или позже), вероятно, чаще наблюдается при периодическом, чем при ежедневном приеме препаратов железа (8 исследований, 1385 женщин; ОР 1,66, 95% ДИ

1,09—2,53), а также что периодический прием препаратов железа с меньшей вероятностью приводит к уровню гемоглобина более 130 г/л (15 исследований, 2616 женщин; ОР 0,53, 95% ДИ 0,38—0,74). Тяжелая анемия не отмечена ни в одной из групп в шести исследованиях, представлявших этот исход (1240 женщин). Доказательства о среднем уровне гемоглобина ближе к родам и частоте тяжелой анемии после родов имеют очень низкий уровень достоверности.

Ограниченные доказательства, касающиеся материнской заболеваемости, полученные из одного маленького исследования (110 женщин), были оценены как крайне неопределенные. Инфекции у матерей и их удовлетворенность в этом обзоре не оценивались.

Побочные эффекты. Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что периодический прием препаратов железа, вероятно, реже сопровождается тошнотой, чем ежедневный (7 исследований, 1034 женщины; ОР 0,60, 95% ДИ 0,37—0,97). Однако доказательства, касающиеся других специфических (запоров, диареи, изжоги и рвоты) и любых других побочных эффектов, имеют очень низкий уровень достоверности.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что периодический прием препаратов железа может оказывать сходное действие на частоту рождения маловесных новорожденных (< 2500 г), как и ежедневный прием (8 исследований, 1898 новорожденных; ОР 0,82, 95% ДИ 0,50—1,22). Однако доказательства, касающиеся влияния на частоту преждевременных родов (до 37 и 34-й недели беременности), были оценены как крайне неопределенные. Доказательства, касающиеся сравнительного влияния периодического и ежедневного приема препаратов железа на

неонатальную смертность, были также крайне неопределенными. Такие исходы, как инфекции у новорожденных и рождение детей, маленьких для гестационного возраста, не были включены в обзор.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.A «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Периодический прием препаратов железа и фолиевой кислоты может быть несколько дешевле постоянного вследствие более низкой суммарной дозы железа в неделю.

Справедливость

Периодический прием препаратов железа и фолиевой кислоты может меньше влиять на неравенство в отношении здоровья, чем ежедневный, поскольку среди неблагополучных групп населения чаще встречается анемия.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают на то, что доступность препаратов железа может активно стимулировать взаимодействие женщин с работниками здравоохранения, оказывающими ДРП (доказательства с низким уровнем достоверности) (22). Однако, там, где прием препаратов связан с дополнительными затратами или препараты недоступны (вследствие нехватки ресурсов), женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП (доказательства с высоким уровнем достоверности). Женщины могут находить периодический прием препаратов железа более приемлемым, особенно если они испытывают побочные действия при ежедневном приеме.

Выполнимость

Вероятно, если периодический прием препаратов железа стоит дешевле, чем ежедневный, то его легче осуществить в условиях ограниченных ресурсов.

А.3 Прием препаратов кальция

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.3. В группах населения со сниженным потреблением кальция с пищей для снижения риска преэклампсии беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов кальция в дозе 1,5—2 г в пересчете на кальций.

(Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Данная рекомендация соответствует представленной в публикации «Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии» (2011 г.) (57) (настоятельная рекомендация, качество доказательств среднее) и заменяет прежнюю из публикации ВОЗ «Рекомендации: дополнительный прием препаратов кальция беременными» (2013 г.) (38).
- Консультирование беременных по вопросам питания должно пропагандировать достаточное потребление кальция посредством употребления доступных на местах богатых кальцием продуктов питания.
- Разделение суточной дозы препаратов кальция на несколько приемов может повышать приемлемость. Рекомендуемая схема приема — 1,5—2 г/сут внутрь в три приема предпочтительно во время еды.
- Возможны неблагоприятные взаимодействия при одновременном приеме препаратов железа и кальция. Следовательно, предпочтительно, чтобы эти препараты назначались с интервалом в несколько часов, а не одновременно (38).
- Поскольку четких данных о сроках начала приема препаратов кальция нет, то заинтересованные стороны могут стремиться начать его с первого посещения в рамках ДРП с учетом возможной проблематичности приверженности.
- Чтобы достичь наиболее незащищенных групп населения и обеспечить своевременное и непрерывное снабжение препаратами, заинтересованные стороны могут рассмотреть вопросы перераспределения обязанностей по снабжению препаратами кальция в сообществах с низкой доступностью работников здравоохранения (см. Рекомендацию Е.б.1 в разделе Е «Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП»).
- Внедрение и воздействие этой рекомендации следует отслеживать на уровне системы здравоохранения региона и страны с использованием четко определенных критериев и индикаторов, связанных с целями, согласованными на местах. Следует оценивать успехи и неудачи, чтобы иметь данные для включения этой рекомендации в комплекс мероприятий в рамках ДРП.
- Другие рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии представлены в руководстве ВОЗ 2011 г. (57) и доступны на: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf

Резюме доказательств и соображений

Эффекты дополнительного приема препаратов кальция по сравнению с его отсутствием (для исходов, отличных от артериальной гипертензии/преэклампсии) (ДБ Таблица А.3)

Данные об эффектах дополнительного приема препаратов кальция в отношении исходов, отличных от артериальной гипертензии/преэклампсии, были получены из Кокрановского обзора (58). Он включал данные 23 исследований, в которых участвовали 18 587 беременных. Целью обзора было определить эффекты препаратов кальция в отношении материнских и перинатальных исходов, отличных от артериальной гипертензии. Последнее изучено в отдельном Кокрановском обзоре (59),

на который сделана ссылка, чтобы подкрепить существующие рекомендации ВОЗ в отношении дополнительного приема препаратов кальция для предупреждения преэклампсии в группах населения с низким потреблением кальция с пищей (38, 57).

В 14 исследованиях суточная доза кальция составила от 1000 до 2000 мг, в остальных была ниже 1000 мг. В 11 исследованиях прием препаратов кальция начинали с 20-й недели беременности или позже, в 5 — до 20-й недели беременности, в остальных сроки начала приема не были уточнены. В 16 исследованиях первичным исходом была частота артериальной гипертензии беременных. Данные для каждого исхода, отличного от артериальной гипертензии, были

получены в нескольких исследованиях. Эти данные представлены в этом разделе.

Материнские исходы

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием препаратов кальция не влияет на частоту анемии у матерей (1 исследование, 1098 женщин; ОР 1,04, 95% ДИ 0,90—1,22) и кесарева сечения (9 исследований, 7440 женщин; ОР 0,99, 95% ДИ 0,89—1,10). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов кальция, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на материнскую смертность (2 исследования, 8974 женщины; ОР 0,29, 95% ДИ 0,06—1,38), а также на риск инфекций мочевых путей (3 исследования, 1743 женщины; ОР 0,95, 95% ДИ 0,69—1,30). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов кальция может оказывать незначительный эффект или не влияет на прибавку в весе во время беременности (3 исследования; РС -29,46 г/нед, 95% ДИ от -119,80 до 60,89 г/нед). Удовлетворенность женщин не изучалась ни в одном из исследований, включенных в Кокрановский обзор.

Побочные эффекты. Дополнительный прием препаратов кальция оказывает незначительный эффект или не влияет на риск «любых побочных эффектов» — комплексный исход, включающий головную боль, рвоту, боль в пояснице, отеки, неприятные ощущения во влагалище, дизурию, диспепсию и боль в животе (1 исследование, 8312 женщин; ОР 1,02, 95% ДИ 0,93—1,12) и, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на риск мочекаменной болезни (3 исследования, 13 419 женщин; ОР 1,11, 95% ДИ 0,48—2,54), почечной колики (1 исследование, 8312 женщин; ОР 1,67, 95% ДИ 0,40—6,99) и нарушения функции почек (1 исследование, 4589 женщин; ОР 0,91, 95% ДИ 0,51—1,64); все доказательства оценены как имеющие средний уровень достоверности. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов кальция оказывает незначительный эффект или не влияет на риск желчекаменной болезни (1 исследование, 518 женщин; ОР 1,35, 95% ДИ 0,48—3,85).

Исходы для плода и новорожденного

Дополнительный прием препаратов кальция оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту рождения маловесных детей

(< 2500 г), на что указывают доказательства со средним уровнем достоверности вследствие несогласованности (6 исследований, 14 162 женщины; ОР 0,93, 95% ДИ 0,81—1,07).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов кальция может оказывать незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов до 37-й недели беременности (13 исследований, 16 139 женщин; ОР 0,86, 95% ДИ 0,70—1,05). Однако после стратификации по дозе (< 1000 мг и ≥ 1000 мг) доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием препаратов кальция в высоких дозах, вероятно, снижает частоту преждевременных родов (12 исследований, 15 479 женщин; ОР 0,81, 95% ДИ 0,66—0,99).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов кальция может оказывать незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (8 исследований, 15 785 женщин; ОР 0,87, 95% ДИ 0,72—1,06), доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что он, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту мертворождений и внутриутробной гибели плода (6 исследований, 15 269 женщин; ОР 0,91, 95% ДИ 0,72—1,14).

Дополнительные соображения

- В «Рекомендациях ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии» (2011 г.) рекомендация по приему препаратов кальция звучит следующим образом: «В районах со сниженным потреблением кальция с пищей дополнительный прием препаратов кальция (в дозе 1,5—2 г/сут в пересчете на кальций) рекомендуется всем беременным для снижения риска преэклампсии, особенно тем, у кого повышен риск этого состояния (настоятельная рекомендация)» (57). Эта рекомендация основана на доказательствах среднего качества, демонстрирующих снижение риска преэклампсии на 64% (ДИ 35—80%) на фоне дополнительного приема кальция женщинами или в группах населения с низким потреблением кальция с пищей (57).
- При изучении доказательств, представленных в обзоре для исходов, отличных от артериальной гипертензии, ГРП согласилась, что эффекты препаратов кальция в профилактике

преждевременных родов, возможно, неотделимы от их эффектов в профилактике преэклампсии, поскольку преждевременные роды часто являются следствием преэклампсии.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.A «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

ГРР отметила, что стоимость препаратов кальция (3 × 1 таблетка по 600 мг в день в течение 6 месяцев = US\$ 11,50) (27) относительно высока по сравнению с препаратами железа и фолиевой кислоты. Вес препаратов также может иметь финансовую и логистическую значимость в отношении хранения и транспортировки.

Справедливость

Во многих СНСД бедные, менее образованные и проживающие в сельских районах женщины имеют более неблагоприятные исходы беременности, чем более благополучные женщины (29).

Преждевременные роды — самая частая причина неонатальной смертности, причем большинство случаев приходится на СНСД. Следовательно, эффективные мероприятия в отношении питания, проводимые среди неблагополучных групп населения с целью снижения частоты преждевременных родов, могут уменьшить неравенство в отношении здоровья.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают на то, что женщины в самых разных условиях

склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Таблетки карбоната кальция могут вызывать дискомфорт у многих женщин из-за большого размера и порошкообразной текстуры (59). Кроме того, вмешательство обычно предусматривает прием трех таблеток в день, что существенно увеличивает число таблеток, ежедневно принимаемых женщиной (в дополнение к препаратам железа и фолиевой кислоты). Это может влиять как на приемлемость, так и на соблюдение рекомендаций и требует оценки в контексте программы.

Выполнимость

Помимо стоимости дополнительный прием препаратов кальция может быть связан с вопросами логистики (препараты объемные и требуют соответствующей транспортировки и хранения для поддержания запасов в учреждениях) и другими трудностями (например, с прогнозированием). Качественные доказательства, касающиеся мнений работников здравоохранения, указывают на то, что недостаток ресурсов может ограничить внедрение рекомендованных мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

А.4 Прием витамина А

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.4. Назначать витамин А для профилактики гемералопии (ухудшения сумеречного зрения) рекомендуется только беременным, проживающим в районах, где дефицит витамина А является серьезной проблемой общественного здравоохранения. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ (2011 г.) (60).
- Дополнительный прием витамина А не рекомендован для улучшения материнских и перинатальных исходов.
- Дефицит витамина А считается серьезной проблемой общественного здравоохранения, если у 5% женщин и более в анамнезе имеются указания на эпизоды ухудшения сумеречного зрения во время последней за предшествующие 3—5 лет беременности, закончившейся рождением живого ребенка, или если у 20% беременных и более уровень ретинола в сыворотке менее 0,70 мкмоль/л (61). Определение дефицита витамина А как проблемы общественного здравоохранения подразумевает оценку его распространенности в популяции с помощью определенных биохимических и клинических показателей.
- Следует поощрять беременных получать надлежащее питание, что наилучшим образом достигается соблюдением правильной сбалансированной диеты, и обращаться к руководству ВОЗ по здоровому питанию (41).
- В районах, где показан дополнительный прием витамина А в связи с его дефицитом, его можно назначать ежедневно или еженедельно. Согласно действующим рекомендациям ВОЗ, ежедневная доза может достигать 10 000 МЕ, еженедельная — 25 000 МЕ (60).
- Однократный прием витамина А в дозе более 25 000 МЕ не рекомендуется, поскольку его безопасность неизвестна. Кроме того, однократный прием витамина А в дозе более 25 000 МЕ с 15-го по 60-й день с момента зачатия может оказывать тератогенное действие (60).
- Преимущества дополнительного приема витамина А в группах населения, получающих ежедневно более 8000 МЕ или 2400 мкг витамина А, не доказаны. Плановый дополнительный прием препаратов витамина А в этих группах сопряжен с риском неблагоприятных явлений (при потреблении в дозах более 10 000 МЕ) (62).

Резюме доказательств и соображений

Эффекты дополнительного приема витамина А по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица А.4)

Доказательства были получены из Кокрановского систематического обзора 19 исследований приема витамина А (с другими препаратами или без них) по сравнению с его отсутствием (применением плацебо или других препаратов), в которых приняли участие более 310 000 женщин (63). Все исследования, за исключением одного, проведенного в Соединенном Королевстве, были проведены в СНСД, в том числе в Бангладеш, Гане, Индии, Индонезии, Китае, Малави, Непале, Объединенной Республике Танзании и Южной Африке. Большинство исследований проводили в группах населения с дефицитом витамина А, одно исследование включало только ВИЧ-инфицированных женщин. Исследования существенно различались по дизайну, в том числе

по дозам препаратов и срокам начала приема. В анализ эффективности приема витамина А в самостоятельном варианте по сравнению с плацебо или отсутствием лечения были включены 10 исследований.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием витамина А во время беременности в группах населения с дефицитом витамина А, вероятно, снижает риск анемии у матерей (3 исследования, 15 649 женщин; ОР 0,64, 95% ДИ 0,43—0,94), однако это, возможно, оказывает незначительный эффект или не влияет на материнскую смертность (4 исследования, 101 574 женщины; ОР 0,88, 95% ДИ 0,65—1,20). Доказательства с низким уровнем достоверности для комплексного исхода, оценивающего инфекции у матерей (в том числе лихорадку в течение более чем одной недели после родов, лихорадку после родов более 38°C,

субклинический мастит и/или бактериальный вагиноз), указывают на то, что дополнительный прием препаратов витамина А может снижать частоту инфекций у матерей (5 исследований, 17 313 женщин; средний ОР 0,45, 95% ДИ 0,2—0,99). Побочные эффекты и другие материнские исходы, относящиеся к рекомендациям по ДРП, представлены не были.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием витамина А оказывает незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (76 176 женщин; ОР 1,01, 95% ДИ 0,95—1,07), неонатальную смертность (3 исследования, 89 556 новорожденных; ОР 0,97, 95% ДИ 0,90—1,05) и частоту мертворождений (2 исследования, 122 850 новорожденных; ОР 1,04, 95% ДИ 0,98—1,10). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием витамина А, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту рождения маловесных детей (< 2500 г) (4 исследования, 14 599 новорожденных; ОР 1,02, 95% ДИ 0,89—1,16), а доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что он оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (5 исследований, 40 137 женщин; ОР 0,98, 95% ДИ 0,94—1,01). Частота инфекций и пороков развития у новорожденных в исследованиях не представлена.

Дополнительные соображения

- Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием витамина А снижает частоту гемералопии (ухудшения сумеречного зрения) у беременных, живущих в местностях с высокой распространенностью этого заболевания (2 исследования, примерно 100 000 женщин; ОР 0,79, 95% ДИ 0,64—0,98).
- Самопроизвольные аборты и тератогенное действие отмечены при приеме витамина А в высоких дозах в течение 60 дней после зачатия.

Однако экспертная группа ВОЗ на консультации, проведенной в 1998 г., пришла к заключению, что суточная доза до 3000 мкг после 60-го дня беременности, вероятно, безопасна, особенно в районах, где распространен дефицит витамина А (62).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Препараты витамина А относительно недороги: их стоимость примерно US\$ 0,30 на женщину в месяц (при приеме в дозе 10 000 МЕ/сут или 25 000 МЕ/нед) (27). Препараты витамина А могут назначаться ежедневно и еженедельно.

Справедливость

Эффективные мероприятия по вопросам питания в неблагополучных группах населения могут уменьшить неравенство в отношении здоровья за счет улучшения питания матерей и укрепления их здоровья.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают на то, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Выполнимость

Качественные доказательства демонстрируют, что там, где дополнительный прием препаратов связан с дополнительными затратами (доказательства с высоким уровнем достоверности) или рекомендуемое мероприятие недоступно вследствие нехватки ресурсов (доказательства с низким уровнем достоверности), женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП (45).

А.5 Прием препаратов цинка

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.5. Назначение беременным препаратов цинка рекомендуется только в рамках научных исследований. (Рекомендовано при определенных условиях — научные исследования)

Комментарии

- Многие из включенных исследований были подвержены риску ошибок, что повлияло на достоверность доказательств обзора данных об эффектах дополнительного приема препаратов цинка.
- Доказательства с низким уровнем достоверности того, что дополнительный прием препаратов цинка может снижать частоту преждевременных родов, требуют проведения дальнейших исследований. То же касается других исходов, для которых были получены крайне неопределенные доказательства (например, перинатальная смертность, частота сепсиса у новорожденных), особенно в группах населения с дефицитом цинка, для которых отсутствует стратегия улучшения питания. Цель дальнейших исследований — выяснить, каково взаимодействие препаратов железа и/или кальция и цинка при одновременном приеме. ГРП считает, что улучшение питания может быть более рентабельной стратегией и что необходимо больше данных о рентабельности стратегий улучшения питания.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты дополнительного приема препаратов цинка по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица А.5)

Доказательства были получены из Кокрановского обзора 21 исследования, в котором участвовали более 17 000 женщин (64). Большинство исследований были проведены в СНСД, в том числе в Бангладеш, Гане, Египте, Индонезии, Исламской Республике Иран, Китае, Непале, Пакистане, Перу, Чили и Южной Африке. Шесть исследований были проведены в Дании, Соединенном Королевстве и США. Ежедневный дополнительный прием препаратов цинка сравнивали с его отсутствием или с приемом плацебо. Исследования сильно различались по числу включенных женщин (диапазон 56—4926 женщин), дозе цинка (диапазон 5—90 мг/сут), состоянию питания и потреблению цинка на момент включения в исследование, срокам начала и длительности дополнительного приема препаратов (в одном исследовании прием препаратов начинали до зачатия, в большинстве других — в I или во II триместре беременности, в 2 исследованиях — после 26-й недели беременности и до родов) и соблюдению рекомендаций по приему препаратов.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов цинка, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на риск инфекций у матерей (3 исследования, 1185 женщин; ОР 1,06; 95% ДИ 0,74—1,53). Доказательства,

касающиеся частоты кесарева сечения, преэклампсии и побочных эффектов (нарушения вкуса и обоняния у матерей), имеют очень низкий уровень достоверности. В обзор в качестве исходов не были включены частота анемии, материнская смертность и удовлетворенность женщин.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что дополнительный прием препаратов цинка, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на риск рождения маленьких для гестационного возраста детей рождения МГВ детей (8 исследований, 4252 новорожденных; ОР 1,02; 95% ДИ 0,94—1,11) или рождения маловесных новорожденных (14 исследований, 5643 новорожденных; ОР 0,93; 95% ДИ 0,78—1,12). Однако доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов цинка может снижать частоту преждевременных родов (16 исследований, 7637 женщин; ОР 0,86; 95% ДИ 0,76—0,97), особенно у женщин с предполагаемым низким потреблением цинка и плохим питанием (14 исследований, 7099 женщин; ОР 0,87; 95% ДИ 0,77—0,98).

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов цинка может оказывать незначительный эффект или не влияет на частоту пороков развития (6 исследований, 1240 новорожденных; ОР 0,67; 95% ДИ 0,33—1,34) и макросомии (определяется в обзорах как «высокая масса тела при рождении»; 5 исследований, 2837 новорожденных; ОР 1,00,

95% ДИ 0,84—1,18). Доказательства, касающиеся перинатальной смертности и частоты сепсиса у новорожденных, имеют очень низкий уровень достоверности.

Дополнительные соображения

- Исследования были клинически гетерогенными, в связи с этим неясно, какие дозы препаратов цинка и сроки их назначения, если таковые были указаны, могут снижать частоту преждевременных родов.

Доказательства, подтверждающие то, что дополнительный прием препаратов цинка вызывает побочные эффекты, незначительны или отсутствуют. Кроме того, не ясно, как взаимодействуют препараты железа и/или кальция и цинка при одновременном приеме. Анемия у матерей в обзоре не оценивалась.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Стоимость препаратов цинка составляет примерно 1,30 долл. США за 100 таблеток по 20 мг (т. е. менее 3,00 долл. США за 6 месяцев приема по 20 мг/сут) (27).

Справедливость

Эффективные мероприятия, направленные на улучшение питания матерей из неблагополучных групп населения, могут уменьшить неравенство в отношении здоровья. Отчет ВОЗ демонстрирует различия в неонатальной, младенческой и детской смертности, а также распространенности отставания в росте в зависимости от экономического положения, уровня образования и места жительства в СНСД. Распространенность отставания в росте может быть хорошим индикатором дефицита цинка в СНСД (39).

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные или рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Выполнимость

Возможно более оправдано обогащать цинком продукты питания, нежели обеспечивать дополнительный прием препаратов цинка, особенно в условиях высокой распространенности отставания детей в росте.

А.6 Прием добавок, содержащих комплексы микронутриентов

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.6. Прием добавок, содержащих комплексы микронутриентов, для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется.
(Не рекомендовано)

Комментарии

- Имеются некоторые доказательства дополнительной пользы применения MMN, содержащих 13—15 различных микронутриентов (включая железо и фолиевую кислоту), по сравнению с приемом только препаратов железа и фолиевой кислоты. Однако имеются также некоторые доказательства неблагоприятных последствий применения MMN, а также некоторые существенные пробелы в доказательствах. Хотя ГРП согласилась, что в целом данных, чтобы оправдать рекомендацию, недостаточно, она считает, что в странах с высокой распространенностью дефицита питательных веществ лица, ответственные за разработку политики, могут расценить, что благоприятные последствия дополнительного приема MMN для здоровья матерей перевешивают неблагоприятные, и решить применять MMN, содержащие железо и фолиевую кислоту.
- Для решения вопросов о том, какие микронутриенты улучшают материнские и перинатальные исходы и какова их оптимальная комбинация в одном препарате, необходимы дополнительные исследования.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты дополнительного приема MMN (содержащих 13—15 различных микронутриентов) по сравнению с дополнительным приемом препаратов железа и фолиевой кислоты (ДБ Таблица А.6)

Доказательства были получены из Кокрановского обзора 17 исследований, в которых участвовала 137 791 женщина (65). Однако данные для этого сравнения были взяты только из 14 исследований. Все эти исследования были проведены в СНСД: Бангладеш (2), Буркина-Фасо (1), Гвинея-Бисау (1), Зимбабве (1), Индонезии (2), Китае (2), Мексике (1), Непале (2), Нигере (1) и Пакистане (1). Исследования сравнивали дополнительный прием препаратов, содержащих 13—15 микронутриентов (в том числе железо и фолиевую кислоту), с дополнительным приемом только препаратов железа и фолиевой кислоты, за исключением одного исследования, в котором в контрольной группе назначали только препараты железа. Девять исследований оценивали препараты, содержащие 15 микронутриентов, в том числе витамины А, В1, В2, В6, В12, С, D и Е, медь, фолиевую кислоту, йод, железо, ниацин, селен и цинк, в тех же дозах, что в международном препарате ООН, содержащем комплекс микроэлементов (UNIMMAP) (66). Доказательства из исследований UNIMMAP были объединены с доказательствами из исследований MMN, содержащих 13 и 14 микронутриентов, и использовались в отдельных анализах исследований по подгруппам с помощью метода случайных эффектов. Были проведены анализы исследований по подгруппам в зависимости от

дозы железа (60 или 30 мг) в контрольной группе. Анализы представлены в Веб-дополнении (ДБ Таблица А.6).

Материнские исходы

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием MMN оказывает эффект, сходный с дополнительным приемом только препаратов железа и фолиевой кислоты (стандартная помощь), в отношении анемии у матерей (5 исследований; ОР 0,98, 95% ДИ 0,85—1,13). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что по сравнению с приемом только препаратов железа и фолиевой кислоты прием MMN, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту кесарева сечения (4 исследования; ОР 1,03, 95% ДИ 0,75—1,43), а доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что он может оказывать незначительный эффект или не влияет на материнскую смертность (3 исследования; ОР 0,97, 95% ДИ 0,63—1,48). Доказательств, касающихся удовлетворенности женщин и побочных эффектов не было.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием MMN снижает риск рождения маловесных новорожденных по сравнению с дополнительным приемом только препаратов железа и фолиевой кислоты (14 исследований; ОР 0,88, 95% ДИ 0,85—0,91), но доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что он, вероятно, оказывает незначительный

эффект или не влияет на риск рождения МГВ детей рождения маленьких для гестационного возраста детей (13 исследований; ОР 0,98, 95% ДИ 0,96—1,00). Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием MMN оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (14 исследований; ОР 0,95, 95% ДИ 0,88—1,03). Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием MMN, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (11 исследований; ОР 1,00, 95% ДИ 0,85—1,19), неонатальную смертность (11 исследований; ОР 0,99, 95% ДИ 0,90—1,08) и частоту мертворождений (14 исследований; ОР 0,97, 95% ДИ 0,86—1,09). Доказательства, касающиеся частоты пороков развития, имеют низкий уровень достоверности и неубедительны (1 исследование, 1200 женщин; ОР 0,99, 95% ДИ 0,14—7,00).

Доказательства с высоким уровнем достоверности из обзоров, ограниченных только исследованиями UNIMMAP, согласуются с общими результатами, за исключением того, что они демонстрируют, что дополнительный прием UNIMMAP снижает риск рождения МГВ детей по сравнению с дополнительным приемом только препаратов железа и фолиевой кислоты (8 исследований; ОР 0,85, 95% ДИ 0,77—0,94).

Результаты анализов исследований по подгруппам в зависимости от дозы препаратов железа в контрольной группе в целом согласуются с общими результатами. Однако в подгруппе исследований, сравнивающих дополнительный прием MMN с дополнительным приемом препаратов железа в дозе 60 мг и фолиевой кислоты в дозе 400 мкг, нельзя исключить неблагоприятного влияния MMN на неонатальную смертность (6 исследований; ОР 1,22, 95% ДИ 0,95—1,57).

Дополнительные соображения

- Отдельный обзор, изучавший влияние дополнительного приема MMN во время беременности на здоровье детей по объединенным данным девяти исследований, включенных в Кокрановский обзор, не выявил их благоприятного влияния на детскую смертность, рост и когнитивные функции (67).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Дополнительный прием UNIMMAP стоит около 3 долл. США за беременность, в то время как дополнительный прием препаратов железа и фолиевой кислоты стоит менее 1 долл. США (27).

Справедливость

Эффективные мероприятия по улучшению питания матерей в неблагополучных группах населения могут уменьшить неравенство в отношении здоровья матерей и новорожденных за счет укрепления здоровья матерей и профилактики болезней, связанных с дефицитом питательных веществ. Однако различия в стоимости MMN и препаратов железа и фолиевой кислоты могут влиять на их доступность для неблагополучных групп населения, особенно в отдаленных и сельских районах, поскольку зачастую ожидается, что они должны сами платить за посещения и препараты в дополнение к оплате более высоких транспортных расходов из-за больших расстояний, которые им необходимо преодолевать для получения ДРП (68).

Приемлемость

Качественные данные указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Однако работники здравоохранения указывают, что значительным пробелом является отсутствие надлежащего информирования по вопросам дополнительного приема MMN (68).

Выполнимость

Для потребителей мероприятия по дополнительному приему MMN выполнимы так же, как и мероприятия по дополнительному приему препаратов железа и фолиевой кислоты, если они доступны и бесплатны, и сталкиваются с теми же проблемами соблюдения рекомендаций. Однако со стороны лиц, оказывающих помощь, возможны ряд барьеров, таких, как изменение регуляторных норм и стратегий (например, тарифов, маркировки, импорта, государственного надзора и т. д.), обеспечивающих устойчивое производство MMN (местных или импортируемых), доступность и качество препаратов. Ожидается значительная неоднородность в том, что касается выполнимости мероприятия внутри стран и в разных странах (68).

А.7 Прием витамина В6 (пиридоксина)

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.7. Прием витамина В6 (пиридоксина) для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется. (Не рекомендовано)

Комментарии

- Следует поощрять беременных получать надлежащее питание, что наилучшим образом достигается соблюдением правильной сбалансированной диеты, и обращаться к руководству ВОЗ по здоровому питанию (41).
- ГРП согласилась, что данных о пользе и риске планового дополнительного приема витамина В6 во время беременности недостаточно, если таковые вообще имеются. Однако исследования влияния планового дополнительного приема витамина В6 во время беременности на материнские и перинатальные исходы не считаются приоритетными.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты дополнительного приема препаратов витамина В6 по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица А.7)

Доказательства были получены из Кокрановского обзора 4 исследований, в которых приняли участие примерно 1646 беременных (69). Исследования были проведены в СВД между 1960 и 1984 г. Витамин В6 (пиридоксин) назначали внутримышечно однократно (100 мг) или внутрь в капсулах или таблетках (от 2,6 до 20 мг/сут) и сравнивали с отсутствием лечения или назначением плацебо. В это сравнение вошли данные только 2 из 4 исследований.

Материнские исходы

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов пиридоксина внутрь может оказывать незначительный эффект или не влияет на частоту преэклампсии (2 исследования, 1197 женщин; ОР 1,71, 95% ДИ 0,85—3,45). Другие материнские исходы, имеющие отношение к рекомендациям по ДРП, в обзоре не представлены.

Исходы для плода и новорожденного

В исследованиях не было данных о частоте рождения маловесных детей, преждевременных родов и других исходах, относящихся к рекомендациям по ДРП. Средняя масса тела при рождении была оценена только в одном маленьком исследовании, но доказательства были крайне неопределенными. Данных о частоте пороков развития нет.

Дополнительные соображения

- Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что витамин В6, вероятно, уменьшает тошноту во время

беременности (см. резюме доказательств для Рекомендации D.1, в разделе D «Помощь при частых симптомах»).

- Дефицит только витамина В6 бывает редко; в большинстве случаев он наблюдается в комбинации с дефицитом других витаминов группы В (70).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.A «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

В качестве отдельной добавки витамин В6 (пиридоксина гидрохлорид в таблетках) может стоить примерно 2,50 долл. США за 90 таблеток по 10 мг (71).

Справедливость

Эффективные мероприятия, направленные на улучшение питания матерей из неблагополучных групп населения, могут уменьшить неравенство в отношении здоровья.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Выполнимость

Качественные доказательства показывают, что там, где дополнительный прием препаратов связан с дополнительными затратами (доказательства

с высоким уровнем достоверности) или рекомендуемое мероприятие недоступно вследствие нехватки ресурсов (доказательства

с низким уровнем достоверности), женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП (45).

А.8 Прием витаминов Е и С

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.8. Прием витаминов Е и С для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется. (Не рекомендовано)

Комментарии

- ГРР отметила, что дополнительный прием комбинированных препаратов витаминов Е и С изучался главным образом в контексте профилактики преэклампсии. Витамин С улучшает биодоступность препаратов железа для приема внутрь, но этот вопрос не рассматривался в Кокрановских обзорах. Кроме того, доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что препараты витамина С при самостоятельном применении могут предупреждать преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). По этой причине ГРР согласилась, что будущие исследования должны изучать прием витамина С отдельно от приема комбинированных препаратов витаминов Е и С.
- Следует поощрять беременных получать надлежащее питание, что наилучшим образом достигается соблюдением правильной сбалансированной диеты, и обращаться к руководству по здоровому питанию (41). Потребление достаточного количества витамина С с пищей является относительно легкой задачей.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты дополнительного приема препаратов витаминов Е и С по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица А.8)

Доказательства были получены из двух Кокрановских систематических обзоров, включавших данные 17 исследований, проведенных в странах с низким, средним и высоким доходом (72, 73). Исследования изучали эффективность дополнительного приема комбинированных препаратов витаминов Е и С по сравнению с его отсутствием или плацебо. Витамин Е чаще всего применялся в дозе 400 МЕ/сут (15 исследований), витамин С — в дозе 1000 мг/сут (13 исследований). В 14 исследованиях первичным исходом была частота преэклампсии, в 9 исследованиях включали женщин с «высоким» или «повышенным» риском преэклампсии. В большинстве исследований дополнительный прием витаминов начинали во II триместре беременности.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием комбинированных препаратов витаминов Е и С, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на риск преэклампсии (14 исследований, 20 878 женщин; ОР 0,91 95% ДИ 0,79—1,06) и эклампсии (8 исследований, 19 471 женщина; ОР 1,67, 95% ДИ 0,82—3,41). Доказательства со

средним уровнем достоверности демонстрируют также, что дополнительный прием витаминов Е и С, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на материнскую смертность (7 исследований, 17 120 женщин; ОР 0,60, 95% ДИ 0,14—2,51) и частоту кесарева сечения (6 исследований, 15 297 женщин; ОР 1,02, 95% ДИ 0,97—1,07).

Побочные эффекты. Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием витаминов Е и С связан с повышенным риском боли в животе во время беременности (1 исследование, 1877 женщин; ОР 1,66, 95% ДИ 1,16—2,37; абсолютный эффект — на 32 на 1000 женщин выше).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с высоким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием витаминов Е и С не оказывает существенного влияния на частоту рождения МГВ детей (11 исследований, 20 202 женщины; ОР 0,98, 95% ДИ 0,91—1,06). Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием витаминов Е и С, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (11 исследований, 20 565 новорожденных; ОР 0,98, 95% ДИ 0,88—1,09), инфекций у новорожденных (5 исследований, 13 324 новорожденных; ОР

1,10, 95% ДИ 0,73—1,67) и пороков развития (4 исследования, 5511 новорожденных; ОР 1,16, 95% ДИ 0,83—1,63).

Дополнительные соображения

- Доказательства с высоким уровнем достоверности, касающиеся боли в животе, получены в большом хорошо спланированном исследовании, в котором боль в животе наблюдалась у 7,9% женщин в группе получавших витамины Е и С и у 4,8% в группе плацебо.
- Несмотря на достоверность доказательств в отношении этих эффектов витаминов Е и С, их биологическое объяснение отсутствует.
- Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием витаминов Е и С, вероятно, снижает риск преждевременной отслойки плаценты (7 исследований, 14 922 женщины; ОР 0,64, 95% ДИ 0,44—0,93; абсолютный эффект — на 3 случая на 1000 меньше), но оказывает незначительный эффект или не влияет на риск кровотечения любой этиологии во время беременности (2 исследования, 12 256 женщин; ОР 1,25, 95% ДИ 0,85—1,82).
- Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием витаминов Е и С повышают риск ПРПО ближе к родам (на 37-й неделе беременности или позже; 2 исследования, 2504 женщины; ОР 1,77, 95% ДИ 1,37—2,28; абсолютный эффект — на 52 случая на 1000 больше).
- Исследование, являющееся основным источником данных по ПРПО, было досрочно прекращено из-за полученных результатов, когда в него была включена только четверть запланированного числа участниц (10 000 женщин).
- Доказательства с низким—средним уровнем достоверности, относящиеся только к витамину С, указывают на то, что препараты витамина С в качестве отдельной добавки (в дозах от 100 до 1000 мг) могут снижать риск досрочного ПРПО (5 исследований, 1282 женщины; ОР 0,66, 95% ДИ 0,48—0,91) и ПРПО ближе к родам (1 исследование, 170 женщин; ОР 0,55, 95% ДИ 0,32—0,94).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Витамин Е (токоферол) в дозе 400 МЕ/сут стоит примерно 8 долл. США на месяц приема. Стоимость препаратов витамина С сильно варьирует; витамин С в виде жевательных таблеток по 1000 мг стоит примерно 3 долл. США на месяц приема (74).

Справедливость

Эффективные мероприятия, направленные на снижение частоты преэклампсии, могут уменьшить неравенство в отношении здоровья, поскольку летальные исходы преэклампсии наблюдаются главным образом в неблагополучных группах населения.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Выполнимость

Качественные доказательства демонстрируют, что там, где дополнительный прием витаминов связан с дополнительными затратами (доказательства с высоким уровнем достоверности) или рекомендуемое мероприятие недоступно вследствие нехватки ресурсов (доказательства с низким уровнем достоверности), женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП (45).

Резюме доказательств и соображений

Доказательства были получены из Кокрановского систематического обзора, включавшего 15 исследований, в которых участвовали 2833 женщины (76). Девять исследований были проведены в СНСД (Бангладеш, Бразилии, Индии, Исламской Республике Иран и Китае) и шесть — в СВД (Новой Зеландии, России, Соединенном Королевстве и Франции). Число участниц варьировало от 40 до 400. Девять исследований сравнивали эффективность дополнительного приема витамина D в качестве самостоятельной

добавки по сравнению с его отсутствием или плацебо, шесть — эффективность дополнительного приема препаратов витамина D и кальция по

сравнению с его отсутствием или плацебо. Дозы и схемы приема препаратов витамина D сильно различались в разных исследованиях.

А.9 Прием витамина D

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.9. Прием витамина D для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется. (Не рекомендовано)

Комментарии

- Эта рекомендация заменяет прежнюю рекомендацию из публикации ВОЗ «Рекомендации: дополнительный прием витамина D беременными» (2012 г.) (75).
- Беременным следует объяснить, что наиболее важным фактором образования витамина D является солнечный свет. Время, которое необходимо находиться на солнце, неизвестно и зависит от многих переменных, таких, как площадь открытой кожи, время дня, широта, время года, пигментация кожи (более темная кожа образует меньше витамина D, чем более светлая) и применение солнцезащитных средств (75).
- Следует поощрять беременных получать надлежащее питание, что наилучшим образом достигается соблюдением правильной сбалансированной диеты, и обращаться к руководству по здоровому питанию (41).
- При выявленном дефиците витамина D во время беременности препараты витамина D могут назначаться в дозе, соответствующей норме суточной потребности (НСП), т. е. 200 МЕ/сут (5 мкг/сут).
- Согласно результатам Кокрановского обзора, имеются 23 продолжающихся или неопубликованных исследования дополнительного приема витамина D во время беременности (76). Данные, полученные в этих исследованиях, должны помочь прояснить имеющиеся неопределенности относительно влияния витамина D, особенно на частоту преждевременных родов, а также других благоприятных и неблагоприятных последствий его применения в комбинации с другими витаминами и минеральными веществами, особенно с кальцием.

а) Эффекты дополнительного приема витамина D в самостоятельном виде по сравнению с его отсутствием или плацебо (ДБ Таблица А.9)

В этот сравнительный анализ вошли данные девяти исследований. В шести исследованиях изучали суточные дозы витамина D в интервале от 400 до 2000 МЕ. Два исследования изучали однократное назначение препарата в дозе 200 000 МЕ примерно на 28-й неделе беременности, одно исследование — еженедельное применение в дозе 35 000 МЕ на протяжении III триместра и еще одно исследование — назначение 1—4 доз витамина D (суммарная доза 60 000—480 000 МЕ) в зависимости от исходного уровня 25-гидроксивитамина D в сыворотке.

Материнские исходы

Доказательства, касающиеся частоты преэклампсии, ГСД, кесарева сечения, материнской смертности, побочных эффектов крайне неопределенные (т. е. все доказательства были оценены как крайне неопределенные).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием витамина D может снижать частоту рождения маловесных новорожденных (3 исследования, 493 женщины; ОР 0,40, 95% ДИ 0,24—0,67) и преждевременных родов (до 37-й недели беременности) (3 исследования, 477 женщин; ОР 0,36, 95% ДИ 0,14—0,93), но может оказывать незначительный эффект или не влияет на частоту смерти новорожденных (2 исследования, 282 женщины, ОР 0,27; 95% ДИ 0,04—1,67) и мертворождений (3 исследования, 540 женщин; ОР 0,35, 95% ДИ 0,06—1,99).

б) Эффекты дополнительного приема витамина D и кальция по сравнению с его отсутствием или плацебо (ДБ Таблица А.9)

В этот сравнительный анализ вошли данные шести исследований. Дозы витамина D варьировали от 200 до 1250 МЕ/сут, дозы кальция — от 375 до 1250 мг/сут.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что дополнительный прием препаратов витамина D и кальция, вероятно, снижает частоту преэклампсии (3 исследования, 798 женщин; ОР 0,51; 95% ДИ 0,32—0,80), но доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что он может оказывать незначительный эффект или не влияет на частоту ГСД (1 исследование, 54 женщины, 1 событие; ОР 0,43, 95% ДИ 0,05—3,45).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что дополнительный прием препаратов витамина D и кальция, вероятно, повышает частоту преждевременных родов (до 37-й недели беременности) (3 исследования, 798 женщин; ОР 1,57, 95% ДИ 1,02—2,43). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что дополнительный прием препаратов витамина D и кальция оказывает незначительный эффект или не влияет на неонатальную смертность (1 исследование, 660 женщин; ОР 0,20, 95% ДИ 0,01—4,14).

Дополнительные соображения

- Вследствие ограниченности имеющихся на сегодняшний день фактических данных, позволяющих оценить пользу и риск для здоровья матерей и грудных детей приема витамина D в виде отдельной добавки, данное мероприятие в рамках плановой ДРП не рекомендуется (75).
- Озабоченность вызывают доказательства со средним уровнем достоверности, демонстрирующие, что добавление витамина D к препаратам кальция, вероятно, повышает частоту

преждевременных родов. Это потенциальное неблагоприятное действие нуждается в дальнейшем изучении.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.A «Предпосылки» (с. 15).

Ресурсы

Дополнительный прием препаратов витаминов D может стоить от 2 долл. США в месяц в зависимости от назначенной дозы (74).

Справедливость

Эффективные мероприятия, направленные на улучшение питания матерей из неблагополучных групп населения, могут уменьшить неравенство в отношении здоровья.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях склонны рассматривать ДРП как источник знаний и информации и что они обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Выполнимость

Качественные доказательства демонстрируют, что там, где дополнительный прием препаратов связан с дополнительными затратами (доказательства с высоким уровнем достоверности) или рекомендуемое мероприятие недоступно вследствие нехватки ресурсов (доказательства с низким уровнем достоверности), женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП (45).

А.10 Ограничение потребления кофеина

РЕКОМЕНДАЦИЯ А.10. Для снижения риска прерывания беременности и рождения маловесных детей беременным, потребляющим большое количество кофеина (более 300 мг/сут)^а, рекомендуется уменьшить его потребление. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Следует информировать беременных, что ежедневное высокое потребление кофеина (> 300 мг/сут), вероятно, связано с повышением риска прерывания беременности и рождения маловесных детей.
- Кофеин — психостимулятор, содержащийся в чае, кофе, безалкогольных напитках, шоколаде, орехах кола и некоторых безрецептурных лекарственных средствах. Кофе, вероятно, — наиболее распространенный источник высокого потребления кофеина. Чашка растворимого кофе может содержать примерно 60 мг кофеина. Однако порция заварного кофе некоторых марок может содержать более 150 мг кофеина.
- Чай, содержащие кофеин (черные и зеленые), и безалкогольные напитки (кола и холодный чай) обычно содержат менее 50 мг кофеина в 1 порции (250 мл).

^а Подразумевает любые препараты, напитки или продукты, содержащие кофеин (т.е. заварной кофе, чай, безалкогольные напитки типа колы, энергетические напитки с кофеином, шоколад, таблетки с кофеином).

Резюме доказательств и соображений

а) Эффекты употребления кофе без кофеина по сравнению с употреблением кофе, содержащим кофеин (доказательства из РКИ) (ДБ Таблица А.10а)

Некоторые доказательства, касающиеся эффектов потребления кофеина, были получены из Кокрановского обзора, которые включал два РКИ (40). Доказательства содержались только в одном исследовании, проведенном в Дании. В этом исследовании 1207 беременных, которые пили более трех чашек кофе в день, с целью оценки эффектов уменьшения потребления кофеина во время беременности были рандомизированы в две группы: употреблявших растворимый кофе без кофеина (исследуемая группа) и употреблявших растворимый кофе, содержащий кофеин (контрольная группа. Чашка кофе с кофеином в этом исследовании содержала, по оценкам, 65 мг кофеина. Другие источники кофеина, такие, как кола, чай и шоколад, не ограничивались. Среднее суточное потребление кофеина в группе употреблявших кофе без кофеина было 117 мг/сут (межквартильный размах [IQR]: 56—228 мг) по сравнению с 317 мг/сут (IQR 229—461 мг) в группе употреблявших кофе, содержащий кофеин.

Материнские исходы

В обзоре не представлен ни один из целевых материнских исходов рекомендаций по ДРП.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности из одного исследования демонстрируют, что ограничение потребления кофеина (замена кофе, содержащего кофеин, на кофе без кофеина) может оказывать незначительный эффект или не влияет на частоту рождения МГВ детей (1150 новорожденных; ОР 0,97, 95% ДИ 0,57—1,64), средний вес при рождении (1197 новорожденных; РС 20,00, 95% ДИ от -48,68 до 88,68) и частоту преждевременных родов (1153 новорожденных; ОР 0,81, 95% ДИ 0,48—1,37).

Данных о частоте пороков развития и перинатальной смертности нет.

б) Эффекты высокого потребления кофеина по сравнению с умеренным, низким потреблением кофеина и отказом от него (доказательства из нерандомизированного исследования) (ДБ Таблица А.10б)

ГРП сочла доказательства из РКИ недостаточными, чтобы дать рекомендации по ограничению потребления кофеина, и были оценены дополнительные доказательства из обзоров нерандомизированных исследований (НРИ). В двух обзорах НРИ изучался вопрос: «Имеется ли связь между потреблением кофеина матерью и риском рождения маловесных детей?» (77, 78), еще в двух — вопрос: «Имеется ли связь между потреблением кофеина матерью и риском

прерывания беременности?» (79, 80). В этих обзорах низкое потребление было определено как потребление кофеина менее 150 мг/сут, высокое — как потребление более 300 или 350 мг/сут. Все четыре обзора учитывали данные по курению и другим переменным и проводили метаанализы «доза—эффект».

Исходы для плода и новорожденного: низкая масса при рождении

Доказательства со средним уровнем достоверности из одного обзора демонстрируют, что высокое потребление кофеина (более 300 мг), вероятно, связано с более высоким риском рождения маловесных детей, чем низкое потребление или отказ от кофеина (12 исследований; отношение шансов [ОШ]: 1,38, 95% ДИ 1,10—1,73) (78). Доказательства с очень низким — средним уровнем достоверности из другого обзора были стратифицированы в зависимости от дозы; показано, что очень низкое потребление кофеина может быть связано с более низкой частотой рождения маловесных детей, чем низкое (5 исследований; ОР 1,13, 95% ДИ 1,06—1,21), умеренное (7 исследований; ОР 1,38, 95% ДИ 1,18—1,62) и высокое (8 исследований; ОР 1,60, 95% ДИ 1,24—2,08) потребление кофеина (77).

Исходы для плода и новорожденного: мертворождение

В обзорах представлены данные о частоте «прерывания беременности» — комплексном исходе, включающем мертворождения и самопроизвольные выкидыши. Доказательства со средним уровнем достоверности из одного обзора (80) демонстрируют, что любое потребление кофеина, вероятно, повышает риск прерывания беременности по сравнению с контрольной группой (отказ от кофеина) (18 исследований; ОР 1,32, 95% ДИ 1,24—1,40). Однако частота прерывания беременности, вероятно, выше у беременных с умеренным (18 исследований; ОР 1,28, 95% ДИ 1,16—1,42) и высоким (17 исследований, ОР 1,60, 1,46—1,76), но не с низким потреблением кофеина (13 исследований; ОР 1,04, 95% ДИ 0,94—1,15) по сравнению с контрольной группой. Уровень достоверности этих доказательств из НРИ был повышен до среднего в связи с наличием связи «доза—эффект». Она наблюдалась также в другом обзоре, но доказательства были менее достоверными (79).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.А «Предпосылки» (с. 17).

Ресурсы

Обсуждение с беременной возможных рисков высокого потребления кофеина во время беременности — относительно дешевое мероприятие.

Справедливость

Маловероятно, что мероприятия, направленные на ограничение потребления кофе во время беременности, повлияют на неравенство в отношении здоровья, поскольку потребление кофе, как правило, ассоциируется с достатком. Является ли потребление кофеина в составе других продуктов проблемой для беременных из неблагополучных групп населения, неясно.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что женщины в самых разных условиях обычно ценят любые данные им рекомендации (в том числе по вопросам диеты или питания), которые могут способствовать рождению здорового ребенка и положительному опыту беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Качественные доказательства, касающиеся мнений работников здравоохранения о ДРП, указывают на то, что они, возможно, хотели бы предоставлять общие рекомендации по вопросам здоровья и специальную информацию по вопросам, связанным с беременностью (доказательства с низким уровнем достоверности), но порой считают, что не имеют соответствующей подготовки, достаточно ресурсов или времени, чтобы оказывать помощь, предоставляя информацию, поддержку и заботу, так, как хотят женщины (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Выполнимость

Ограничить внедрение может нехватка соответствующим образом обученного персонала, необходимого, чтобы проводить мероприятия по пропаганде здорового образа жизни (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

В. Обследование беременной и плода

В.1 Обследование беременной

Предпосылки

Артериальная гипертензия беременных — важная причина материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. По оценкам, примерно четверть случаев смерти и крайне тяжелых осложнений у беременных вызваны преэклампсией и эклампсией (9). Скрининг преэклампсии во время беременности — неотъемлемая часть качественной ДРП. Обычно он состоит в измерении артериального давления и оценке протеинурии при каждом контакте с беременной в рамках ДРП. При выявлении преэклампсии показано специальное лечение для предупреждения эклампсии и других неблагоприятных материнских и перинатальных исходов (57). ГРП не оценивала доказательства и не давала рекомендации по этим мероприятиям, которые она считает неотъемлемым компонентом надлежащей клинической практики в рамках ДРП.

При разработке рекомендаций по ДРП, касающихся обследования беременных, ГРП рассматривала доказательства и другую релевантную информацию по мероприятиям, направленным на выявление следующих состояний.

■ **Анемия.** Диагностируется, если уровень гемоглобина (Hb) в крови ниже 110 г/л. Анемия — вторая по частоте в мире причина нетрудоспособности, а также одна из наиболее серьезных глобальных проблем общественного здравоохранения. Распространенность анемии среди беременных в мире примерно 38% (33). Показано, что часто применяемый клинический метод диагностики анемии (оценка цвета конъюнктивы) весьма неточен. В СВД частью стандартной ДРП является общий анализ крови, который позволяет количественно оценить уровень гемоглобина (81). Однако этот и другие имеющиеся методы могут быть дорогими, сложными и непрактичными для использования в условиях сельских районов и СНСД. Следовательно, необходим дешевый и надежный метод диагностики анемии для мест, где отсутствуют лаборатории или ограничен доступ к ним. ВОЗ разработала колориметрический метод определения уровня гемоглобина — дешевый метод исследования,

при котором каплю неразбавленной крови помещают на специально изготовленную хроматографическую бумагу и сопоставляют ее с диапазоном цветов, представляющих разные значения уровня гемоглобина с шагом 20 г/л (82). При использовании гемоглобинометра неразбавленную кровь помещают в микроцвету, которую вставляют в гемоглобинометр (или фотометр), чтобы измерить уровень гемоглобина (82).

- **Бессимптомная бактериурия (БСБУ).** Это частое состояние, связанное с повышением риска инфекций мочевых путей (цистита и пиелонефрита) у беременных. Почти в 80% случаев в культуре выделяют *Escherichia coli*; другие возбудители — *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis* и стрептококки группы В (GBS) (83). Методы диагностики БСБУ включают посев средней порции мочи (золотой стандарт), окраску препаратов по Граму и исследование с помощью тест-полосок. Чтобы получить результат посева мочи может потребоваться до семи дней, диагностически значимым считается наличие 10⁵ колониеобразующих единиц (КОЕ) одного возбудителя в 1 мл мочи (84). Для окраски по Граму используют красители (кристаллический фиолетовый и сафранин О), чтобы различить грамположительные (фиолетовые) и грамотрицательные (красные) микроорганизмы в мазках на предметных стеклах. Тест-полоски для исследования мочи на нитриты, которые в норме в моче не обнаруживаются, и лейкоциты, которые определяют реакцией на лейкоцитарную эстеразу, выявляют бактерии и лейкоциты в моче соответственно. БСБУ повышает риск преждевременных родов. Следовательно, при ее выявлении проводят активное лечение антибактериальными средствами (см. также Рекомендацию С.1 в разделе С «Профилактические мероприятия»).
- **Жестокое обращение со стороны полового партнера (ЖСПП).** Определяется как любое поведение в рамках половых отношений, которое является причиной физического, психического или сексуального вреда для состоящих в этих отношениях; в настоящее

Ценности женщин

Данные для рекомендаций по ДРП были получены из результатов предварительного анализа того, что женщины хотят от ДРП и какие исходы значимы для них (13). Показано, что для женщин из стран с высоким, средним и низким уровнем обеспеченности ресурсами значимо получение «положительного опыта беременности». В контексте обследования женщины ценят возможность проведения скрининга и исследований с целью оптимизации их здоровья и здоровья их детей при условии, что каждая процедура четко объяснена и проведена знающими, оказывающими поддержку и корректными работниками здравоохранения (высокий уровень достоверности доказательств).

время признается глобальной проблемой общественного здравоохранения. В мире почти треть женщин, состоявших в близких отношениях, испытывали физическое и/или сексуальное насилие со стороны их полового партнера (85). Психологическое насилие (унижение, оскорбление, запугивание и контроль поведения, например, запрещение встречаться с друзьями или членами семьи) также неблагоприятно

влияет на здоровье человека (85). ЖСПП связано с частыми проблемами у женщин, в том числе касающимися репродуктивного здоровья (например, ЗППП, включая ВИЧ-инфекцию, непланированной беременностью, искусственным и/или самопроизвольным аборт), депрессией, употреблением психоактивных веществ и другими проблемами в области психического здоровья (85). ЖСПП во время беременности — предотвратимый фактор риска различных неблагоприятных исходов, в том числе гибели матери и плода. Цель расследования возможного ЖСПП — выявление женщин, подвергавшихся или подвергающихся ЖСПП, с целью проведения мероприятий, улучшающих исходы. Некоторые правительства и профессиональные сообщества рекомендуют проводить скрининг ЖСПП у всех женщин, а не только опрашивать женщин, имеющих признаки ЖСПП (86).

В дополнение к рекомендациям ГРР по вышеперечисленному в эту главу включены рекомендации по диагностике гестационного сахарного диабета (ГСД), выявления табакокурения, употребления алкоголя и психоактивных веществ, ТБ и ВИЧ-инфекции из соответствующих действующих руководств ВОЗ по этим состояниям.

В.1.1 Анемия

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.1.1. Рекомендуемый метод диагностики анемии во время беременности — общий анализ крови. В условиях, где общий анализ крови недоступен, для диагностики анемии во время беременности рекомендуется на местах определять уровень гемоглобина с помощью гемоглобинометра, что предпочтительнее использования колориметрического метода. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- ГРР согласилась, что высокие периодические расходы на исследование уровня гемоглобина с помощью гемоглобинометра могут снизить выполнимость этого метода в условиях ограниченных ресурсов, когда может применяться колориметрический метод определения уровня гемоглобина, разработанный ВОЗ.
- Другие низкотехнологичные способы диагностики анемии на местах нуждаются в разработке и/или изучении.

Резюме доказательств и соображений

Точность определения уровня гемоглобина на местах с помощью гемоглобинометра и колориметрического метода (HCS) в диагностике анемии (ДБ Таблица В.1.1)

Доказательства были получены из обзора диагностической точности, выполненного для рекомендаций по ДРП (81). Доказательства

для обзора были получены только из одного исследования (671 женщина) (87). Исследование, проведенное в Малави, изучило диагностическую точность определения уровня Hb на местах с помощью гемоглобинометра (HemoCue®) и HCS по сравнению с общим анализом крови, выполненным автоматическим счетчиком (счетчик Коултера), в качестве эталонного метода.

Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что чувствительность и специфичность определения уровня гемоглобина с помощью гемоглобинометра в диагностике анемии (Hb < 110 г/л) примерно 0,85 (95% ДИ 0,79—0,90) и 0,80 (95% ДИ 0,76—0,83) соответственно, в то время как чувствительность и специфичность HCS ниже и составляют примерно 0,75 (95% ДИ 0,71—0,80) и 0,47 (95% ДИ 0,41—0,53) соответственно.

Для тяжелой анемии (определялась в исследовании как анемия с уровнем Hb < 60 г/л) доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что чувствительность и специфичность исследования с помощью гемоглобинометра примерно 0,83 (95% ДИ 0,44—0,97) и 0,99 (95% ДИ 0,98—1,00) соответственно, в то время как чувствительность и специфичность HCS примерно 0,50 (95% ДИ 0,15—0,85) и 0,98 (95% ДИ 0,97—0,99) соответственно.

Дополнительные соображения

- Эти данные означают, что если распространенность анемии 38%, то в абсолютных числах исследование с помощью гемоглобинометра, вероятно, не выявит примерно 57 женщин с анемией (95% ДИ 38—80) из каждой 1000 обследованных, в то время как HCS, вероятно, не выявит около 95 женщин с анемией (95% ДИ 76—110) из каждой 1000 обследованных. Если распространенность тяжелой анемии в популяции 5%, исследование с помощью гемоглобинометра, вероятно, не выявит около 9 женщин с тяжелой анемией (95% ДИ 2—27) из каждой 1000 обследованных, в то время как HCS, вероятно, не выявит около 25 женщин с тяжелой анемией (95% ДИ 3—43) из каждой 1000 обследованных.
- Основное ограничение доказательств — малое число выявленных женщин с тяжелой анемией, что влияет на точность оценок. Однако доказательства указывают на то, что исследование с помощью гемоглобинометра, вероятно, точнее HCS. Поскольку прямых сравнений диагностической точности нет, а доверительные интервалы для чувствительности и специфичности двух методов перекрываются, существует некоторая неопределенность по поводу их относительной точности.
- В обзоре изучена также диагностическая точность клинического метода диагностики анемии (4 исследования, 1853 женщины): его чувствительность в диагностике анемии (Hb < 110 г/л) 0,64 (95% ДИ 22—94), специфичность

0,63 (95% ДИ 23—91). Таким образом, HCS может быть более чувствительным, но менее специфичным, чем клинический метод.

- В условиях, где беременные в плановом порядке дополнительно принимают препараты железа, последствия невыявления женщин с тяжелой анемией гораздо серьезнее, чем невыявление женщин с легкой или среднетяжелой анемией, поскольку женщинам с тяжелой анемией обычно требуется дополнительное лечение. Следовательно, точность методов исследования уровня гемоглобина на местах в диагностике тяжелой анемии во время беременности, вероятно, важнее, чем их способность выявлять уровень гемоглобина ниже 110 г/л.

Исследование разных методов определения уровня гемоглобина в Малави выявило, что исследование с помощью гемоглобинометра наиболее удобно для пользователя (82).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.1 «Обследование беременной. Предпосылки» (с. 41).

Ресурсы

Любой работник здравоохранения после минимального обучения может проводить как исследование с помощью гемоглобинометра, так и HCS. По оценкам, одно исследование с помощью гемоглобинометра и HCS стоит примерно 0,75 долл. США и 0,12 долл. США соответственно (82). Оба метода требуют наличия игл для прокалывания пальца, ватных шариков, перчаток и тампонов для обработки кожи Sterets®. Более высокая стоимость исследования с помощью гемоглобинометра обусловлена использованием расходных материалов (кювет и контрольных мер), затратами на оборудование и техническим обслуживанием.

Справедливость

Наиболее высокая распространенность анемии отмечается в Африке и Юго-Восточной Азии, где основными факторами, способствующими ее развитию, являются паразитарные болезни (33). Анемия повышает риски перинатальных осложнений у матерей и новорожденных и является причиной предупреждаемой смертности. Точные, дешевые, простые в использовании методы диагностики анемии могут уменьшить неравенство в отношении здоровья посредством улучшения диагностики и последующего лечения анемии у женщин, особенно тяжелой, в условиях ограниченных ресурсов.

Приемлемость

Качественные доказательства, полученные в самых разных условиях, указывают, что женщины обычно ценят обследование, способствующее их благополучию во время беременности (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). Однако доказательства из СНСД указывают, что там, где исследования, вероятно, связаны с дополнительными затратами или рекомендуемые мероприятия недоступны вследствие нехватки ресурсов, женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Качественные доказательства, полученные от работников здравоохранения из разных СНСД, указывают на то, что нехватка ресурсов, проявляющаяся отсутствием диагностического оборудования, средств для возможного лечения, а также нехваткой персонала, обученного соответствующим образом, чтобы оказывать помощь, могут ограничивать внедрение рекомендованных мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

В.1.2 Бессимптомная бактериурия (БСБУ)

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.1.2. Для диагностики бессимптомной бактериурии (БСБУ) во время беременности рекомендуется посев средней порции мочи. В условиях, где посев мочи недоступен, для диагностики БСБУ во время беременности рекомендуется на местах выполнять окраску препарата средней порции мочи по Граму, что предпочтительнее применения тест-полосок. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Эта рекомендация должна рассматриваться вместе с Рекомендацией С.1 по лечению БСБУ (см. раздел С «Профилактические мероприятия»).
- ГРР согласилась, что более высокая стоимость окраски препаратов по Граму может снижать выполнимость метода в условиях ограниченных ресурсов. В этом случае могут применяться тест-полоски.
- ГРР согласилась, что с учетом связи БСБУ с преждевременными родами и неопределенности относительно исследования мочи и лечения в условиях разной распространенности БСБУ, эта проблема является приоритетной темой научных исследований. В особенности необходимо изучить исходы, относящиеся к здоровью, и другие релевантные исходы, в том числе приемлемость, выполнимость и частоту устойчивости к антибактериальным средствам, при сравнении двух подходов: диагностики БСБУ на местах с последующим лечением и диагностики на местах с подтверждением посевам и лечением по результатам посева. Кроме того, необходима разработка более совершенных методов диагностики БСБУ на местах для повышения точности и выполнимости диагностики и снижения частоты неоправданного лечения БСБУ. Необходимы также исследования для определения распространенности БСБУ, при которой могут быть более эффективны целенаправленные, а не универсальные методы диагностики и лечения.

Резюме доказательств и соображений

Точность окраски препаратов мочи по Граму на местах и использования тест-полосок в диагностике БСБУ (ДБ Таблица В.1.2)

Доказательства были получены из обзора диагностической точности методов исследования мочи на местах, выполненного для рекомендаций по ДРП (88). Данные для окраски мочи по Граму были получены из 4 исследований (1904 беременных), данные для использования тест-полосок — из 8 исследований (5690 беременных).

Большинство исследований были проведены в СНСД. Средняя распространенность БСБУ, по данным исследований, составила 8%. Окраска по Граму считалась положительной, если при микроскопии с масляной иммерсией выявлялась 1 бактерия и более в поле зрения; результат исследования с помощью тест-полоски считался положительным, если выявлялись нитриты или лейкоциты. Эталонным методом, с которым сравнивали результаты, был посев мочи, диагностическим порогом считалось выявление 105 КОЕ/мл.

Однако уровень достоверности доказательств диагностической точности как окраски по Граму, так и исследования с помощью тест-полосок очень низкий. По оценкам, общая чувствительность и специфичность окраски по Граму составляет 0,86 (95% ДИ 0,80—0,91) и 0,97 (95% ДИ 0,93—0,99) соответственно, общая чувствительность и специфичность исследования мочи с помощью тест-полосок — 0,73 (95% ДИ 0,59—0,83) и 0,89 (95% ДИ 0,79—0,94) соответственно. Исследование мочи только с помощью тест-полосок на нитриты менее чувствительно, но более специфично, чем исследование с помощью тест-полосок на нитриты и лейкоциты.

Дополнительные соображения

- Высокая точность диагностики БСБУ важна, чтобы избежать ненужного лечения женщин, особенно ввиду растущей устойчивости к антибактериальным средствам. Учитывая неопределенность представленных выше доказательств и предполагая, что распространенность БСБУ составляет 9%, при окраске по Граму и исследовании с помощью тест-полосок будет получено 18 и 118 ложноположительных результатов на 1000 женщин соответственно. Это означает, что в условиях, где беременных лечат по поводу БСБУ, диагностика БСБУ с помощью тест-полосок может приводить к тому, что много женщин получат ненужное лечение.
- Исследование мочи подразумевает использование разных тест-полосок: помимо тест-полосок на нитриты и лейкоциты оно может включать также применение тест-полосок для выявления белка и глюкозы в моче. Однако точность исследования с помощью тест-полосок в диагностике состояний, при которых наблюдается протеинурия (преэклампсия) и глюкозурия (сахарный диабет), считается низкой.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.1 «Обследование беременной. Предпосылки» (с. 41).

Ресурсы

Тест-полоски дешевле окраски препаратов мочи по Граму, поскольку последняя требует обученного персонала и лабораторного оборудования и снабжения (микроскоп, предметные стекла, реагенты, бунзеновская горелка или нагревательный столик). Окраска по Граму требует больше времени для выполнения и получения результатов, чем

исследование с помощью тест-полосок (10—30 минут по сравнению с 60 секундами).

Справедливость

Преждевременные роды — ведущая причина гибели новорожденных в мире, большинство случаев приходится на СНСД. Следовательно, своевременное выявление и устранение факторов риска преждевременных родов могут уменьшить неравенство в отношении здоровья.

Приемлемость

Качественные доказательства, полученные в самых разных условиях, указывают, что женщины рассматривают ДРП как источник знаний, информации и клинического опыта и что они обычно ценят предлагаемое им обследование и данные им рекомендации (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Однако женщины с меньшей вероятностью обращаются за ДРП, если исследования и процедуры не объяснены надлежащим образом или если они чувствуют, что работники здравоохранения игнорируют или не обращают внимания на их мнение и традиции. Кроме того, если окраска препаратов по Граму связана с более длительным ожиданием или требует возвращения за результатами, это менее приемлемо для женщин, т. к. может подразумевать дополнительные расходы и неудобства (доказательства с высоким уровнем достоверности). Работники здравоохранения предпочитают исследование с помощью тест-полосок, поскольку оно сопряжено с меньшими усилиями (нет необходимости маркировать образцы для лабораторного исследования, проводить его и назначать повторные посещения для выдачи результатов) и может давать дополнительную информацию, относящуюся к другим состояниям (преэклампсия и сахарный диабет) (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Качественные доказательства указывают, что в условиях СНСД отсутствие диагностического оборудования в учреждениях, оказывающих ДРП, отбивает у женщин охоту посещать их и что работники здравоохранения зачастую не имеют диагностического оборудования, средств и навыков для проведения исследований (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45). Следовательно, исследование мочи с помощью тест-полосок, которое дешевле и легче в проведении, может быть более выполнимым в условиях ограниченных ресурсов.

В.1.4 Гестационный сахарный диабет (ГСД)

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.1.4. Согласно критериям ВОЗ, гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, следует квалифицировать как гестационный сахарный диабет (ГСД) либо как сахарный диабет во время беременности.
(Рекомендовано)

Комментарии

- Эта рекомендация заимствована из публикации ВОЗ «Диагностические критерии и классификация гипергликемии, впервые выявленной во время беременности» (2013 г.) (настоятельность рекомендации и качество доказательств не определены) (94).
- В настоящее время ВОЗ не имеет рекомендаций о том, проводить ли скрининг ГСД и, если да, то как. Стратегии скрининга ГСД считаются приоритетом научных исследований, особенно в СНСД.
- Сахарный диабет во время беременности отличается от ГСД более тяжелой гипергликемией и тем, что она не исчезает после беременности, как при ГСД.
- Систематический обзор когортных исследований демонстрирует, что у женщин с гипергликемией (сахарный диабет и ГСД), выявленной во время беременности, повышен риск неблагоприятных исходов беременности, в том числе макросомии, преэклампсии/артериальной гипертензии беременных и дистонии плечиков. Лечение ГСД, которое обычно предусматривает поэтапный подход, состоящий из изменения образа жизни (консультирование по вопросам питания и физической активности) с последующим применением сахаропонижающих средств для приема внутрь или препаратов инсулина, если это необходимо, эффективно снижает частоту этих неблагоприятных исходов (94).
- Имеется много вопросов относительно рентабельности различных стратегий скрининга, распространенности ГСД и сахарного диабета в соответствии с диагностическими критериями 2013 г. в разных популяциях, а также относительного влияния ранней диагностики на исходы беременности (см. Главу 5 «Значение для научных исследований») (94).
- Обычным сроком диагностики ГСД является интервал между 24 и 28-й неделями беременности. В некоторых условиях применяют скрининг факторов риска для того, чтобы определить показания к пероральному тесту на толерантность к глюкозе (ПТТГ, прием внутрь 75 г глюкозы, исследование в течение 2 ч). К ним относятся ИМТ более 30 кг/м², ГСД в анамнезе, макросомия в анамнезе, семейный анамнез сахарного диабета, принадлежность к этническим группам с высокой распространенностью сахарного диабета (95). Кроме того, на недиагностированный сахарный диабет может указывать глюкозурия по данным исследования с помощью тест-полосок (2+ или более однократно либо 1+ два раза или более). При ее наличии можно рассмотреть вопрос о проведении ПТТГ (95).
- Подход к лечению женщин, у которых диагностирован сахарный диабет во время беременности (т. е. тяжелая гипергликемия, впервые выявленная во время беременности), обычно отличается от такового у женщин с ГСД, особенно если диагноз поставлен на ранних сроках беременности. Тем не менее, принципы лечения сходны, в обоих случаях требуется направление на консультацию и более пристальное наблюдение.
- Дополнительную информацию и соображения относительно этой рекомендации можно найти в Руководстве ВОЗ 2013 г. (94), которое доступно на: http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/

а Эта рекомендация не является рекомендацией по скринингу гипергликемии во время беременности. Она была адаптирована и заимствована из публикации ВОЗ 2013 г. (94), в которой указывается, что «Диагноз ГСД ставится на любом сроке беременности при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже критериев:

- уровень глюкозы плазмы натощак — 5,1—6,9 ммоль/л (92—125 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы через 1 ч после приема внутрь глюкозы 75 г — $\geq 10,0$ ммоль/л (180 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы через 2 ч после приема внутрь глюкозы 75 г — 8,5—11,0 ммоль/л (153—199 мг/дл).

Диагноз «сахарный диабет во время беременности» следует ставить при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже критериев:

- уровень глюкозы плазмы натощак — $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы через 1 ч после приема внутрь глюкозы 75 г — $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл);
- уровень глюкозы плазмы $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл) в любое время при наличии симптомов сахарного диабета.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты универсального скрининга ЖСПП по сравнению с его отсутствием (стандартной помощью) (ДБ Таблица В.1.3)

Доказательства для скрининга ЖСПП были получены из Кокрановского обзора, включавшего два исследования, проведенных в городских условиях СВД (Канада и США), в которых участвовали 663 беременных (89). В одном исследовании 410 женщин на сроке до 26-й недели беременности были рандомизированы для прохождения компьютерного скрининга жестокого обращения с памяткой для работника здравоохранения (с передачей результатов оценки работнику здравоохранения) или без нее до консультации в рамках ДРП. В другом исследовании (кластерное РКИ) работники здравоохранения проводили скрининг при личной беседе и оценивали 15 факторов риска, в том числе ЖСПП, у женщин между 12 и 30-й неделями беременности в исследуемых кластерах, в то время как в контрольных кластерах женщинам оказывали обычную ДРП.

Доказательства с низким уровнем достоверности, полученные в обзоре, указывают на то, что скрининг может выявить больше беременных, подвергающихся жестокому обращению, чем обычная ДРП (2 исследования, 663 женщины; ОШ 4,28, 95% ДИ 1,77—10,36).

Дополнительные соображения

- Кроме того, в обзоре были объединены данные по сравнению скрининга ЖСПП и его отсутствия в других условиях оказания медицинской помощи (включали беременных и небеременных). Оценка суммарного эффекта была в пользу скрининга ЖСПП (7 исследований, 4393 женщины; ОШ 2,35, 95% ДИ 1,53—3,59).
- В другом Кокрановском обзоре оценивались мероприятия по профилактике и борьбе с ЖСПП (90). Доказательства с неопределенным уровнем достоверности из одного исследования указывают на то, что беременные, которым проводят мероприятия (например, несколько консультаций) по профилактике и борьбе с ЖСПП, могут отмечать уменьшение частоты эпизодов жестокого обращения с ними во время беременности и после родов (306 женщин; ОР 0,62, 95% ДИ 0,43—0,88), однако доказательства, касающиеся этого вопроса и других исходов, в основном неубедительны.

- Большинство доказательств из обзора получены в СВД, где ЖСПП за предшествующие 12 месяцев подвергались от 3 до 6% женщин. Однако во многих условиях, особенно там, где экономические и социально-культурные факторы способствуют формированию культуры, более терпимой к жестокому обращению с женщинами, его вероятность в течение жизни более 30%. Следует отметить, что распространенность ЖСПП среди молодых женщин (моложе 20 лет) достигает 30%. Это указывает на то, что жестокое обращение обычно начинается на ранних этапах отношений (85).
- Тяжкое ЖСПП во время беременности, такое, как побои, преднамеренное удушение или нанесение ожогов, угроза оружием или применение оружия против женщины, сексуальное насилие (85), чаще встречается среди женщин, находящихся в отношениях, которые отличает жестокость и вне беременности.
- Практические рекомендации по ответным мерам представлены в клиническом руководстве ВОЗ «Медицинская помощь женщинам, подвергающимся жестокому обращению со стороны полового партнера или сексуальному насилию» (2014 г.) (91).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.1 «Обследование беременной. Предпосылки» (с. 41).

Ресурсы

Расследование в отношении ЖСПП можно проводить во время личной беседы или предоставляя женщине бумажный или компьютерный вопросник. Хотя стоимость внедрения этих методов может быть разной, она должна быть относительно низкой. Последующее устранение ЖСПП и поддерживающие мероприятия, связанные со скринингом, однако, требуют сложного обучения и, следовательно, значительных затрат. ГРР сочла, что в условиях ограниченных ресурсов обучение и ресурсы следует направлять в первую очередь на внедрение ответных мер первой линии, а не на скрининг ЖСПП.

Справедливость

ЖСПП широко распространено во многих СНСД и среди неблагополучных групп населения (92,

93). Эффективные мероприятия по выявлению ЖСПП среди неблагополучных групп населения могут выявить лиц, у которых повышен риск неблагоприятных исходов, связанных с ЖСПП, и содействовать проведению соответствующих поддерживающих вмешательств, уменьшающих неравенство. Однако необходимо больше выделить.

Приемлемость

Качественные данные о мнениях женщин по вопросам ДРП, полученные в самых разных условиях, указывают, что беременные хотели бы, чтобы их наблюдал доброжелательный и оказывающий поддержку работник здравоохранения, у которого есть время на то, чтобы обсудить вопросы этого характера в конфиденциальной обстановке (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Однако, доказательства, полученные в СНСД, указывают на низкую вероятность того, что женщины будут положительно реагировать на поверхностный обмен информацией с работниками здравоохранения, которые могут казаться торопливыми, невнимательными и иногда вести себя оскорбительно (доказательства с высоким уровнем достоверности). Кроме того, для некоторых женщин, особенно проживающих в патриархальных сообществах, где доминируют мужчины и где финансовая зависимость женщин от своих мужей может повлиять на готовность обсуждать ЖСПП, особенно если работник здравоохранения — мужчина, вопросы о ЖСПП могут быть неприемлемыми (22).

С точки зрения работников здравоохранения качественные доказательства, полученные

преимущественно в СВД, указывают на то, что работники здравоохранения зачастую считают трудным спрашивать о ЖСПП по следующим причинам: они считают, что не имеют достаточно знаний, опыта или времени, чтобы чутко обсуждать ЖСПП; препятствием является присутствие партнера женщины; они могут сами подвергаться ЖСПП; у них нет знаний и рекомендаций о наличии дополнительных поддерживающих мероприятий (консультирование, социальные работники и т. д.) (доказательства с высоким уровнем достоверности). Работники здравоохранения придают большое значение модели непрерывной помощи, оказываемой акушерками (НПА), как способу формирования положительных, доверительных и чутких взаимоотношений с беременными (доказательства со средним уровнем достоверности) (см. Рекомендацию Е.2 в разделе Е «Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП»).

Выполнимость

После выявления ЖСПП требуются сложные, многогранные, культурно адаптированные мероприятия по его устранению, которые могут быть трудно осуществимыми в условиях ограниченных ресурсов. Однако, фактические данные, появляющиеся из СВД, демонстрируют, что средней продолжительности консультирование по расширению прав и возможностей, предоставление защиты/поддержки, в том числе обеспечение безопасности, осуществляемые обученными работниками здравоохранения, могут быть эффективны. Выполнимость таких мероприятий в условиях СНСД нуждается в изучении (86).

В.1.5 Употребление табака

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.1.5. Начиная с самых ранних сроков беременности и при каждом посещении в рамках ДРП работники здравоохранения должны спрашивать всех беременных об употреблении табака (в настоящем и прошлом) и о пассивном курении. *(Рекомендовано)*

Комментарии

- Эта настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества, была заимствована из «Рекомендаций ВОЗ по профилактике и лечению употребления табака и пассивного курения во время беременности» (2013 г.) (96). Ниже представлены родственные рекомендации из этой публикации.
- Работники здравоохранения должны регулярно давать рекомендации и проводить психосоциальные мероприятия, способствующие отказу от употребления табака, всем беременным, которые употребляют или недавно бросили употреблять табак (настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах среднего качества).
- Во всех медицинских учреждениях должно быть запрещено курение, чтобы заботиться о здоровье всего персонала, пациентов и посетителей, включая беременных (настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества).
- Работники здравоохранения должны предоставить беременным, их партнерам и членам семьи рекомендации и информацию о риске пассивного курения (ПК) при любых вариантах курения табака, а также стратегии ограничения ПК дома (настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества).
- Работники здравоохранения при любой возможности должны напрямую взаимодействовать с партнерами и членами семей беременных, чтобы информировать их о риске ПК во время беременности при любых вариантах курения табака, пропагандировать борьбу с ПК и предлагать помощь в отказе от курения (настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества).
- Дополнительные рекомендации по стратегиям предупреждения употребления табака и борьбы с ним можно найти в Рекомендациях ВОЗ 2013 г. (96), которые доступны на: <http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/>

В.1.6 Употребление психоактивных веществ

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.1.6. Начиная с самых ранних сроков беременности и при каждом посещении в рамках ДРП работники здравоохранения должны спрашивать всех беременных об употреблении алкоголя и других психоактивных веществ (в настоящем и прошлом). (Рекомендовано)

Комментарии

- Эта настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества, была заимствована из «Рекомендаций ВОЗ по выявлению и лечению употребления психоактивных веществ и вызванных им состояний во время беременности» (2014 г.) (97). Основные принципы этой публикации направлены на приоритет профилактики, гарантии доступности профилактики и лечения, уважение независимости женщин, оказание всесторонней помощи и защиту от дискриминации и стигматизации.
- ГРР, ответственная за эту рекомендацию, отметила, что важно спрашивать женщин об употреблении психоактивных веществ при каждом посещении в рамках ДРП, поскольку некоторые женщины с большей вероятностью сообщают эту конфиденциальную информацию только после установления доверительных отношений.
- Следует сообщить беременным о возможных неблагоприятных последствиях употребления алкоголя и других психоактивных веществ для их здоровья и здоровья ребенка.
- Имеются валидированные методы скрининга употребления алкоголя и других психоактивных веществ (см. Приложение 3 в Рекомендациях 2014 г. [97]).
- Работники здравоохранения должны быть готовы вмешаться или направить на консультацию всех беременных, у которых выявлено употребление алкоголя и/или психоактивных веществ (в прошлом и настоящем).
- Ниже приведены представленные в публикации рекомендации для женщин, у которых выявлена зависимость от алкоголя или психоактивных веществ.
 - Работники здравоохранения должны как можно раньше рекомендовать беременным, страдающим зависимостью от алкоголя или психоактивных веществ, прекратить их употребление и, где это необходимо и применимо, предложить лечение под наблюдением врачей или направить на такое лечение (настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах очень низкого качества).
 - Работники здравоохранения должны предложить краткосрочные мероприятия всем беременным, употребляющим алкоголь или психоактивные вещества (настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества).
- Было решено, что, несмотря на низкое качество доказательств эффективности краткосрочных психосоциальных мероприятий, благоприятные последствия (возможное уменьшение употребления алкоголя и психоактивных веществ) перевешивают любые возможные неблагоприятные последствия, которые были расценены как минимальные.
- Краткосрочные мероприятия — это структурированный терапевтический сеанс небольшой продолжительности (обычно 5—30 минут), предлагаемый с целью помочь лицу прекратить или ограничить употребление психоактивных веществ.
- Дополнительные рекомендации по мероприятиям и стратегиям выявления и лечения употребления психоактивных веществ и вызванных им состояний во время беременности можно найти в Руководстве ВОЗ 2014 г. (97), которое доступно на: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

В.1.7 Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и сифилис

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.1.7. При высокой распространенности ВИЧ обследование и консультирование по инициативе работника здравоохранения (ОКИРЗ) для исключения ВИЧ-инфекции следует считать компонентом стандартной медицинской помощи беременным в любых условиях оказания дородовой помощи. При низкой распространенности ВИЧ ОКИРЗ для беременных в рамках дородовой помощи может рассматриваться как ключевой компонент мероприятий по ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку, интеграции теста на наличие ВИЧ-инфекции в комплекс исследований на наличие сифилиса, вирусных инфекций и других ключевых исследований, уместных в данных условиях, а также укрепления имеющихся систем охраны здоровья матери и ребенка. *(Рекомендовано)*

Комментарии

- Эта рекомендация была заимствована из публикации ВОЗ «Консолидированные рекомендации по обследованию на наличие ВИЧ-инфекции» (2015 г.) (98) (настоятельность рекомендации и качество доказательств не определены).
- ОКИРЗ обозначает обследование на наличие ВИЧ-инфекции, которое планомерно предлагают в медицинских учреждениях. Оно включает предоставление информации до обследования и получение согласия на него с возможностью отказаться от обследования. Доказано, что приемлемость ОКИРЗ высокая, а также что эта модель повысила применение обследования на наличие ВИЧ-инфекции в СНСД (98).
- Проведение обследования на наличие ВИЧ-инфекции в рамках ДРП является причиной того, что большое число женщин во многих странах знают, инфицированы они ВИЧ или нет, что позволяет им и их детям получать преимущества АРТ.
- ВОЗ рекомендует начинать АРТ всем беременным, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, при любом числе лейкоцитов CD4 и продолжать ее пожизненно (99). Эта рекомендация основана на доказательствах, которые демонстрируют, что проведение АРТ всем ВИЧ-инфицированным беременным и кормящим женщинам улучшает их исходы в отношении здоровья, предупреждает передачу ВИЧ от матери ребенку и горизонтальную передачу ВИЧ от женщин неинфицированным половым партнерам.
- Ниже представлены другие рекомендации, имеющие отношение к ДРП, из «Сводных рекомендаций по обследованию на наличие ВИЧ-инфекции» (98).
 - Относительно выявления: необходимы законодательные инициативы по обеспечению защиты конфиденциальности данной информации, а также политика, законы и нормативные акты, предупреждающие дискриминацию и пропагандирующие принятие ВИЧ-инфицированных и толерантность к ним; это поможет создать среду, которая облегчит раскрытие информации о наличии ВИЧ-инфекции (настоятельная рекомендация, доказательства низкого качества).
 - Относительно повторного обследования: в условиях распространенной эпидемии ВИЧ-инфекции повторное обследование женщин, у которых не выявлен ВИЧ, проводят в III триместре беременности, во время родов или послеродового периода вследствие высокого риска заражения ВИЧ во время беременности (настоятельная рекомендация, качество доказательств не определено).
 - Относительно повторного обследования: в условиях ограниченной эпидемии ВИЧ-инфекции повторное обследование женщин, у которых не выявлен ВИЧ, показано имеющим ВИЧ-инфицированного полового партнера или относящимся к группе риска (настоятельность рекомендации и качество доказательств не определены).
 - Относительно повторного обследования перед началом АРТ: национальные программы должны включать повторное обследование всех вновь и ранее выявленных ВИЧ-инфицированных перед их регистрацией в программе и началом АРТ (настоятельность рекомендации и качество доказательств не определены).

В.1.7 Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и сифилис

Комментарии

- Относительно стратегий обследования: в условиях, где распространенность ВИЧ-инфекции среди обследованного населения более 5%, диагноз ВИЧ-инфекции ставят при положительном результате двух последовательных исследований; в условиях, где распространенность ВИЧ-инфекции среди обследованного населения менее 5%, диагноз ВИЧ-инфекции ставят при положительном результате трех последовательных исследований (настоятельность рекомендации и качество доказательств не определены).
- Относительно перераспределения обязанностей: обученные и работающие под контролем общинные работники здравоохранения могут самостоятельно проводить безопасное и эффективное обследование для исключения ВИЧ-инфекции с помощью экспресс-методов (настоятельная рекомендация, доказательства среднего качества).
- Дополнительные рекомендации по обследованию для исключения ВИЧ-инфекции можно найти в Рекомендациях ВОЗ 2015 г. (98), которые доступны на: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- Кроме того, имеются «Рекомендации по срокам начала антиретровирусной терапии и предэкспозиционной профилактики ВИЧ-инфекции» 2015 г. (99), которые доступны на: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
- Для профилактики передачи сифилиса от матери ребенку все беременные должны быть обследованы при первом посещении в рамках ДРП в I триместре беременности. Дополнительные рекомендации по скринингу представлены в публикации ВОЗ «Профилактика передачи сифилиса от матери ребенку» (2006 г.) (100), которая доступна на: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_mtct_syphilis.pdf
- Последние рекомендации ВОЗ по лечению хламидийной инфекции, гонореи, сифилиса и профилактики передачи вируса Зика половым путем (2016 г.) (101—104) доступны на: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/clinical/en/>

- a Согласно публикации ВОЗ «Consolidated guidelines on HIV testing services» (2015 г.), распространенность ВИЧ считают высокой, если среди обследованного населения она более 5%, низкой — если она менее 5% (98).
- b О распространенной эпидемии ВИЧ-инфекции говорят, когда ВИЧ-инфекция постоянно присутствует в общей популяции. В числовом выражении распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных, обращающихся за ДРП, постоянно выше 1% (98).
- c Об ограниченной эпидемии ВИЧ-инфекции говорят, когда ВИЧ-инфекция быстро распространяется в определенной группе населения (или группе риска, см. следующее примечание), но не присутствует постоянно в общей популяции (98).
- d В Рекомендациях ВОЗ (2015 г.) определены следующие группы риска: мужчины, имеющие половые сношения с мужчинами, заключенные и лица, находящиеся в других условиях изоляции, потребители инъекционных наркотиков, работники секс-индустрии и трансгендеры (98).

В.1.8 Туберкулез (ТБ)

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.1.8. Если распространенность туберкулеза (ТБ) среди населения составляет 100 на 100 000 человек и более, систематический скрининг активных форм ТБ следует рассматривать как компонент дородовой помощи. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Эта рекомендация адаптирована и заимствована из публикации ВОЗ «Систематический скрининг активных форм туберкулеза: принципы и рекомендации» (2013 г.), в которой она была расценена как условная рекомендация, основанная на доказательствах очень низкого качества (105).
- Систематический скрининг определяется как систематическое выявление лиц с подозрением на активные формы ТБ в предварительно определенных целевых группах с помощью лабораторных, инструментальных исследований или других методов, которые могут быть проведены быстро. Варианты первоначального скрининга включают скрининг симптомов (кашель длительностью более 2 недель или любые симптомы, подозрительные в отношении ТБ, в том числе кашель любой длительности, кровохарканье, похудание, лихорадка или ночная потливость) или скрининг с помощью рентгенографии органов грудной клетки. Применение рентгенографии органов грудной клетки у беременных не представляет значительного риска, однако необходимо следовать национальным рекомендациям по проведению рентгенографии во время беременности (105).
- Перед тем как начинать скрининг, должны появиться качественные диагностика, лечение, поддержка больных и организация помощи, а также мощности для увеличения масштабов ее оказания в соответствии с ожидаемым ростом выявления ТБ, который возможен в результате скрининга.
- Экспертная группа, ответственная за эту рекомендацию, отметила, что внедрение скрининга может быть невозможным в условиях ограниченных ресурсов.
- Ниже представлены другие рекомендации, имеющие отношение к ДРП, из той же публикации (105).
- Систематический скрининг показан членам семей и близким больных ТБ (настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества).
- Систематический скрининг активных форм ТБ показан всем ВИЧ-инфицированным при каждом посещении медицинского учреждения (настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества).
- Систематический скрининг активных форм ТБ может проводиться также в других группах населения, которые имеют очень ограниченный доступ к медицинской помощи, например среди проживающих в городских трущобах или удаленных местах с ограниченным доступом к медицинской помощи, бездомных и других незащищенных и обособленных групп населения, в том числе среди аборигенов, мигрантов и беженцев (условная рекомендация, доказательства очень низкого качества).
- ТБ повышает риск преждевременных родов, перинатальной смертности и других осложнений беременности. По сравнению с поздним раннее начало лечения ТБ связано с улучшением исходов для матерей и грудных детей (105).
- Чтобы системы здравоохранения знали распространенность ТБ среди беременных в данной местности, полезно указывать наличие беременности в реестрах, с помощью которых отслеживают скрининг и лечение ТБ.
- Дополнительная информация и соображения, относящиеся к этой рекомендации, можно найти в Рекомендациях ВОЗ 2013 г. (105), которые доступны на: <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>

В.2 Обследование плода

Предпосылки

Оценка развития и состояния плода — важная составляющая ДРП. ГРР рассмотрела доказательства и другую информацию, касающиеся следующих мероприятий по оценке развития и состояния плода у здоровых беременных, не имеющих риска неблагоприятных перинатальных исходов.

■ Ежедневный подсчет шевелений плода.

Снижение частоты шевелений плода, которую оценивает женщина, связано с ухудшением перинатальных исходов, в том числе с гибелью плода (106). Ежедневный подсчет шевелений плода, например кардиффский метод «счета до десяти» с применением специальных таблиц, — это метод скрининга состояния плода, при котором женщина ежедневно считает шевеления плода. Его цель — снизить перинатальную смертность посредством информирования работников здравоохранения о возможности ухудшения состояния плода (107). Ежедневный подсчет шевелений плода может проводиться в плановом порядке всеми беременными, у которых повышен риск неблагоприятных перинатальных исходов. Раннее выявление внутриутробной гипоксии может привести к своевременному клиническому вмешательству и снижению частоты неблагоприятных перинатальных исходов, а может встревожить женщину и привести к ненужным клиническим вмешательствам. Возможно также, что интервал между снижением частоты шевелений и гибелью плода окажется слишком коротким, чтобы предпринять эффективные действия (108).

■ Измерение высоты стояния дна матки

(ВДМ). Измерение ВДМ — распространенный метод оценки развития плода, при котором измерение проводят с помощью мерной ленты, чтобы выявить внутриутробную задержку развития (ВУЗР) плода. Кроме того,

метод может способствовать выявлению многоплодной беременности, макросомии, многоводия и маловодия. Если плод развивается нормально, то с 24-й недели беременности ВДМ ± 2 см соответствует сроку беременности в неделях (109). Другие методы оценки развития плода включают пальпацию живота с целью определения положения дна матки относительно анатомических ориентиров, таких, как пупок и мечевидный отросток, измерение окружности живота и повторные ультразвуковые исследования для оценки размеров плода (109). Предпочтительны точные недорогостоящие методы выявления отклонений в развитии плода, поскольку ультразвуковое исследование — наиболее точный метод скрининга — является ресурсоемким и не имеет широкой доступности в СНСД.

■ Кардиотокография (КТГ) во время беременности.

КТГ — это метод непрерывной регистрации частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с помощью ультразвукового датчика, помещенного на переднюю брюшную стенку женщины. КТГ широко применяется во время беременности для оценки состояния плода, преимущественно при высоком риске осложнений, а также во время родов.

■ Ультразвуковое исследование плода.

Ультразвуковое исследование применяется во время беременности в разных ситуациях, например при сомнениях относительно правильности развития плода или осложнениях. Неблагоприятные исходы беременности возможны в отсутствие очевидных факторов риска, поэтому было выдвинуто предположение о том, что ультразвуковое исследование во время беременности, проводимое всем женщинам, окажется полезным, поскольку позволит раньше выявить скрытые проблемы (110), такие, как многоплодная беременность, ВУЗР, пороки развития, неправильное положение и предлежание плода, предлежание плаценты, а

Ценности женщин

Данные для рекомендаций по ДРП были получены из результатов предварительного анализа того, что женщины хотят от ДРП и какие исходы значимы для них (13). Доказательства свидетельствуют, что для женщин из стран с высоким, средним и низким уровнем обеспеченности ресурсами значимо получение «положительного опыта беременности». В контексте обследования женщины ценят возможность проведения скрининга и исследований с целью оптимизации их здоровья и здоровья их детей при условии, что каждая процедура четко объяснена и проведена знающими, оказывающими поддержку и уважительными работниками здравоохранения (высокий уровень достоверности доказательств).

также точно определять гестационный возраст, что в свою очередь ведет к своевременному и надлежащему лечению осложнений беременности.

- **Ультразвуковое доплеровское исследование плода.** Допплеровское исследование позволяет изучать пульсовые волны в пупочной артерии (и других артериях плода), чтобы оценивать состояние плода в III триместре беременности. Этот метод широко применяется во время беременностей высокого риска для выявления внутриутробной гипоксии и, таким образом, снижения перинатальной смертности (111, 112). Следовательно, оно может также быть полезным, если проводится в рамках ДРП при нормально

протекающей беременности для выявления внутриутробной гипоксии и прогнозирования осложнений, особенно ВУЗР и преэклампсии. Допплеровское исследование полезно для дифференциальной диагностики ВУЗР и конституциональных особенностей (маленький для гестационного возраста плод) (113). Оно может проводиться во время ультразвукового исследования плода или отдельно. Метод позволяет количественно оценить кровоток в пупочной артерии в виде индекса пульсации или индекса резистентности (114). Высокое сопротивление кровотоку зачастую указывает на повышение риска ВУЗР и преэклампсии, а также на необходимость дальнейшего обследования.

В.2.1 Ежедневный подсчет шевелений плода

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.2.1. Ежедневный подсчет шевелений плода, например такими методами, как «счет до десяти», рекомендуется только в рамках научных исследований. (Рекомендовано при определенных условиях — научные исследования)

Комментарии

- Подсчет шевелений плода — это метод наблюдения за состоянием плода, при котором беременная сама подсчитывает и записывает число шевелений. Описаны разные методы; от использованного метода зависит дальнейший мониторинг, например, если зафиксировано менее шести отчетливых шевелений в течение 2 часов (115) или менее 10 — в течение 12 часов (кардиффский метод «счет до десяти») (106).
- Несмотря на то, что ежедневный подсчет шевелений плода не рекомендован, здоровые беременные должны быть осведомлены о значении шевелений плода в III триместре беременности и необходимости сообщения о снижении частоты шевелений работникам здравоохранения.
- В рамках надлежащей клинической практики работникам здравоохранения, оказывающим ДРП, рекомендуется спрашивать беременную о шевелениях плода при каждом посещении. При снижении частоты или интенсивности шевелений показан мониторинг (например, ежедневный подсчет шевелений) или, при необходимости, обследование.
- ГРП согласилась, что необходимы дополнительные исследования эффективности ежедневного подсчета шевелений плода в III триместре беременности, особенно в условиях СНСД, где высока распространенность мертворождений неясной этиологии.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты ежедневного подсчета шевелений плода по сравнению со стандартной ДРП (ДБ Таблица В.2.1)

Доказательства, касающиеся эффектов ежедневного подсчета шевелений плода, были получены из Кокрановского обзора (107). В сравнительный анализ включены данные двух РКИ, проведенных в СВД. Одно исследование было крупным многоцентровым кластерным РКИ (68 654 женщины), проведенным в Бельгии, Ирландии, Швеции, Соединенном Королевстве и США. В нем сравнивали метод «счет до десяти» с применением таблиц со стандартной

ДРП при неосложненной беременности на сроке между 28 и 32-й неделями. Женщин, получавших стандартную ДРП, спрашивали о шевелениях плода при каждом посещении. Другое исследование — многоцентровое РКИ, проведенное в Норвегии и включавшее 1123 женщины, — сравнивало модифицированный метод «счет до десяти» со стандартной помощью.

Материнские исходы

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что ежедневный подсчет шевелений плода имеет незначительный эффект или не влияет на частоту кесарева сечения

(1 исследование, 1076 женщин; ОР 0,93, 95% ДИ 0,60—1,44), вакуум-экстракции или применения акушерских щипцов (1 исследование, 1076 женщин; ОР 1,04, 95% ДИ 0,65—1,66).

Относительно удовлетворенности женщин доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что ежедневный подсчет шевелений плода может снижать среднюю оценку по шкале тревожности (1 исследование, 1013 женщин; стандартизованная РС $-0,22$, 95% ДИ от $-0,35$ до $-0,10$).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что ежедневный подсчет шевелений плода имеет незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (1 исследование, 1076 новорожденных; ОР 0,81, 95% ДИ 0,46—1,46) и рождения маловесных детей (1 исследование, 1076 новорожденных; ОР 0,98, 95% ДИ 0,66—1,44).

В норвежском исследовании (1076 женщин) перинатальных смертей не было. Доказательства с низким уровнем достоверности из крупного кластерного РКИ, в котором была представлена взвешенная разность средних частоты мертворождений в кластерах с вмешательством и без него, указывают на то, что ежедневный подсчет шевелений плода имеет незначительный эффект или не влияет на частоту мертворождений (взвешенная РС 0,23, 95% ДИ от $-0,61$ до 1,07).

Дополнительные соображения

- Эти исследования были проведены в СВД с низкой частотой мертворождений, следовательно, данные об эффективности могут быть неприменимы к условиям с высокой частотой мертворождений.
- В кластерном РКИ, несмотря на подсчет шевелений плода, большинство плодов, у которых этот метод выявил ухудшение состояния, погибли к моменту оказания помощи матерям.
- В кластерном РКИ отмечена тенденция к увеличению частоты КТГ и госпитализации во время беременности в исследуемом кластере. Частота госпитализации в исследуемой группе была также выше в норвежском РКИ (107).
- Данные из еще одного РКИ, не опубликованного к моменту выполнения Кокрановского обзора,

подтвердили данные обзора о том, что ежедневный подсчет шевелений плода может снижать уровень тревожности у матери (115).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.2 «Обследование плода. Предпосылки» (с. 54).

Ресурсы

Подсчет шевелений плода — само по себе дешевое мероприятие, но может приводить к затратам, связанным с ненужными дополнительными вмешательствами или госпитализацией.

Справедливость

Глобальное бремя перинатальной заболеваемости и смертности несут СНСД. Бедные, менее образованные и проживающие в сельских районах СНСД женщины имеют более низкий охват ДРП и менее благоприятные исходы беременности, чем женщины из более благополучных групп населения (29). Следовательно, простые, эффективные, дешевые мероприятия ДРП, направленные на оценку состояния плода, могут уменьшить неравенство в отношении здоровья посредством улучшения диагностики осложнений в условиях ограниченных ресурсов.

Приемлемость

Качественные данные демонстрируют, что женщины обычно ценят знания и информацию, которые они могут получить от работников здравоохранения во время посещения в рамках ДРП, при условии, что даны надлежащие объяснения, а информация предоставлена в последовательной, заботливой форме с учетом культурных особенностей (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Показано также, что работники здравоохранения хотели бы давать женщинам надлежащую информацию и советы, но порой считают, что недостаточно для этого подготовлены (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Выполнимость

С точки зрения женщин, проживающих далеко от учреждений, оказывающих ДРП, у которых нет средств или времени посещать их регулярно, а также с точки зрения работников здравоохранения с ограниченными ресурсами если эффективность этого мероприятия будет доказана, оно сможет представлять собой практический и рентабельный метод мониторинга состояния плода (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22, 45).

В.2.2 Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ)

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.2.2. Замена пальпации живота измерением высоты стояния дна матки с целью оценки развития плода для улучшения перинатальных исходов не рекомендуется. Отход от обычной в данных условиях практики (пальпация живота или измерение ВДМ) не рекомендуется. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Плановое измерение ВДМ практикуется во многих условиях оказания ДРП. Вследствие дефицита четких доказательств точности метода и его преимуществ перед пальпацией живота для оценки состояния плода ГРР не рекомендует изменение практики.
- ГРР согласилась, что имеется скорее дефицит доказательств относительно измерения ВДМ, а не недостаточная эффективность метода, особенно в условиях СНСД.
- Помимо ложного впечатления благополучия, которое возможно как при измерении ВДМ, так и при пальпации живота, других неблагоприятных последствий измерения ВДМ нет.
- Необходимы исследования, чтобы определить роль измерения ВДМ в выявлении отклонений в развитии плода и других факторов риска перинатальной заболеваемости (например, многоплодной беременности, многоводия) в условиях, где недоступно ультразвуковое исследование во время беременности.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты измерения ВДМ по сравнению с пальпацией живота (ДБ Таблица В.2.2)

Доказательства, касающиеся эффектов измерения ВДМ были получены из Кокрановского обзора единственного исследования, проведенного в Дании, в котором участвовали 1639 беременных, включенных в исследование примерно на 14-й неделе (109). Измерение ВДМ или пальпацию живота проводили с 28-й недели беременности. Большинство женщин обследовалось, по крайней мере, трижды, результаты измерений отмечали на графике.

Материнские исходы

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что по сравнению с пальпацией живота измерение ВДМ имеет незначительный эффект или не влияет на частоту кесарева сечения (1639 женщин; ОР 0,72, 95% ДИ 0,31—1,67) и индукции родов (1639 женщин; ОР 0,84, 95% ДИ 0,45—1,58).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что по сравнению с пальпацией живота измерение ВДМ, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на выявление маленького для гестационного возраста плода во время беременности (1639 женщин; ОР 1,32, 95% ДИ 0,92—1,90); доказательства с низким

уровнем достоверности указывают на то, что оно может иметь незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (1639 женщин; ОР 1,25, 95% ДИ 0,38—4,07). Другие исходы, относящиеся к рекомендациям по ДРП, в обзоре не представлены.

Дополнительные соображения

■ ГРР рассмотрела также доказательства, полученные из обзора диагностической точности измерения ВДМ для предсказания рождения МГВ детей (вес при рождении < 10-го перцентиля), в котором этот исход был суррогатным исходом для ВУЗР (116). Обзор ДТ включал семь исследований, проведенных в СВД, использовавших разные пороговые значения для определения МГВ детей. Чувствительность измерения ВДМ составила 0,27—0,76, что означает, что метод не выявляет до 73% беременностей, завершающихся рождением МГВ детей. Однако специфичность обычно была высокой (0,79—0,92). Это означает, что нормальное значение ВДМ является приемлемым показателем здоровья ребенка. На практике это может означать, что на ультразвуковое исследование будут направлены некоторое число женщин с нормально протекающей беременностью; однако большинство случаев рождения МГВ детей, могут быть пропущены. Сопоставимых данных о диагностической точности пальпации живота нет.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.2 «Обследование плода. Предпосылки» (с. 54).

Ресурсы

И пальпация живота, и измерение ВДМ — дешевые мероприятия, основные затраты на которые уходят на обучение персонала. Для измерения ВДМ необходимы мерные ленты.

Справедливость

Глобальное бремя перинатальной заболеваемости и смертности несут СНСД. Бедные, менее образованные и проживающие в сельских районах СНСД женщины имеют более низкий охват ДРП и менее благоприятные исходы беременности, чем женщины из более благополучных групп населения (29). Следовательно, простые, эффективные, дешевые мероприятия ДРП,

направленные на оценку состояния плода, могут уменьшить неравенство в отношении здоровья посредством улучшения диагностики осложнений в условиях ограниченных ресурсов.

Приемлемость

Измерение ВДМ и пальпация живота — неинвазивные методы обследования плода, которые широко применяются, и для которых нет свидетельств неприемлемости. Однако в некоторых условиях женщины испытывают чувство стыда во время физикального исследования, что должно деликатно учитываться работниками здравоохранения (доказательства с низким уровнем достоверности) (22).

Выполнимость

Оба метода считаются одинаково выполнимыми при условии наличия мерных лент.

В.2.3 Кардиотокография (КТГ) во время беременности

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.2.3. Плановая кардиотокография во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется. (Не рекомендовано)

Комментарии

- КТГ — это метод непрерывной регистрации частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с помощью ультразвукового датчика, помещенного на переднюю брюшную стенку женщины.
- Доказательств эффективности или других соображений в пользу проведения КТГ во время беременности (до родов) в рамках плановой ДРП в настоящее время нет.
- Дефицит доказательств пользы КТГ во время беременностей высокого риска предполагает, что изучение КТГ во время нормальной беременности не является приоритетом научных исследований.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты плановой КТГ во время беременности по сравнению с ее отсутствием (ДБ Таблица В.2.3)

Кокрановский обзор, посвященный плановой КТГ во время беременности, не выявил подходящих исследований плановой КТГ, и во всех шести включенных исследованиях участвовали женщины с беременностями высокого риска (117).

Дополнительные соображения

- Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что КТГ во время беременности высокого риска может иметь незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность и частоту кесарева сечения (117).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.2 «Обследование плода. Предпосылки» (с. 54).

Ресурсы

Аппараты для КТГ дороги (примерно от 450 долл. США)⁴, требуют технического обслуживания, снабжения гелем для ультразвукового исследования и персонала, обученного работе с аппаратом и интерпретации результатов.

Справедливость

Простые, эффективные, дешевые мероприятия ДРП, направленные на оценку состояния плода, могут

⁴ Грубая оценка на основе поиска в интернете.

уменьшить неравенство в отношении здоровья посредством улучшения диагностики осложнений в условиях ограниченных ресурсов, сопряженных с беременем перинатальной смертности.

Приемлемость

Качественные данные, полученные в самых разных условиях, указывают, что женщины обычно ценят применение технологий в наблюдении за течением беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности), и дефицит современного оборудования в учреждениях, оказывающих ДРП, в СНСД может отбивать у женщин охоту посещать их (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). В некоторых СНСД женщины верят, что беременность — это нормальное

состояние, и могут сопротивляться проведению КТГ, если только у них не было осложнений во время предыдущей беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности). Приемлемость может быть дополнительно снижена, если проведение КТГ не обосновано должным образом (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Работники здравоохранения в СНСД считают, что недостаток современного оборудования и обучения ограничивает внедрение мероприятий этого типа (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

В.2.4 Ультразвуковое исследование

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.2.4. Рекомендуется выполнять одно ультразвуковое исследование на сроке до 24-й недели беременности (раннее ультразвуковое исследование плода) для уточнения гестационного возраста, улучшения диагностики пороков развития и многоплодной беременности, снижения частоты синдукции родов при переносенной беременности и формирования положительного опыта беременности. (Рекомендовано)

Комментарии

- Ультразвуковое исследование на более поздних сроках не имеет дополнительных преимуществ перед ранним ультразвуковым исследованием, а также не может компенсировать отсутствие раннего ультразвукового исследования. Поэтому ультразвуковое исследование после 24-й недели беременности (позднее ультразвуковое исследование) не рекомендуется беременным, которым не проведено раннее ультразвуковое исследование. Однако заинтересованным сторонам следует рассматривать целесообразность позднего ультразвукового исследования беременным, которым УЗИ не проводили ранее, с целью определения количества плодов, предлежания плода и локализации плаценты.
- ГРП отметила, что влияние внедрения ультразвукового исследования во время беременности на исходы в отношении здоровья населения и системы здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов и сельской местности не изучено. Однако внедрение ультразвукового исследования в этих условиях с целью исключения осложнений беременности и подтверждения жизнеспособности плода для женщины и ее семьи в сочетании с оценкой гестационного возраста, диагностикой, направлением на консультацию и лечением может достоверно повысить использование ДРП, снизить частоту осложнений и смертность.
- В настоящее время в нескольких странах проводится исследование, которое должно предоставить дополнительные доказательства относительно влияния на здоровье и обращение за медицинской помощью, а также информацию о возможности внедрения ультразвукового исследования в условиях ограниченных ресурсов и сельской местности (118).
- ГРП признала, что применение раннего ультразвукового исследования во время беременности не снижает перинатальную смертность. ГРП сделала акцент на других преимуществах ультразвукового исследования (упомянуты выше) и более точное определение гестационного возраста, которое помогает при подозрении на преждевременные роды и снижает частоту стимуляции родовой деятельности по поводу переносенной беременности.
- ГРП признает, что внедрение и широкомасштабное применение этой рекомендации в условиях ограниченных ресурсов будет сопряжено с разнообразными трудностями, в том числе политическими (планирование сборов и тарифов), логистическими (техническое обслуживание оборудования, снабжение, техническая поддержка), инфраструктурными (обеспечение надежного электроснабжения и безопасного хранения) и финансовыми.
- ГРП отметила, что ультразвуковое исследование во время беременности — мероприятие, обязанности по проведению которого могут быть переданы от обученных специалистов по ультразвуковой диагностике и врачей обученным медицинским сестрам, акушеркам и младшим клиницистам при условии обеспечения постоянного обучения, удержания персонала, повышения качества помощи и наблюдения за ее оказанием.
- Заинтересованные стороны могут возместить/уменьшить стоимость ультразвукового исследования во время беременности, если оборудование используется по другим показаниям (например, при оказании неотложной акушерской помощи) или другими отделениями.
- Внедрение и воздействие этой рекомендации на исходы в отношении здоровья, использование инфраструктуры учреждения и справедливость следует отслеживать на уровне системы здравоохранения региона и страны с помощью четко определенных критериев и индикаторов, связанных с целями, поставленными на местном уровне.
- Дополнительные рекомендации представлены в публикации ВОЗ «Руководство по ультразвуковому исследованию» (119), которое доступна по ссылке: http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/

^a Два члена ГРП (Lisa Noguchi и Charlotte Warren) указали, что они бы предпочли рекомендовать это мероприятие при определенных условиях, когда есть кадровый потенциал для проведения тщательных мониторинга и оценки, чтобы обеспечить базовый уровень внедрения (в том числе достаточный потенциал для диагностики и лечения осложнений) и отслеживания потенциального неблагоприятного воздействия на проведение других обязательных мероприятий по охране здоровья матерей и новорожденных.

Резюме доказательств и соображений

а) Эффекты ультразвукового исследования до 24-й недели беременности (раннего ультразвукового исследования) по сравнению с проведением ультразвукового исследования по показаниям (ДБ Таблица В.2.4а)

Доказательства, касающиеся эффектов раннего ультразвукового исследования, были получены из Кокрановского обзора, включавшего 11 РКИ, проведенных в Австралии, Норвегии, Соединенном Королевстве, США, Швеции и Южной Африке, в которых приняли участие 37 505 женщин (120). Во всех исследованиях в исследуемой группе проводили ультразвуковое исследование до 24-й недели беременности, в контрольной группе его проводили по показаниям (или, в одном исследовании, проводили «скрытое» ультразвуковое исследование, результаты которого предоставляли клиницистам только по требованию). При ультразвуковом исследовании обычно оценивали гестационный возраст (бипариетальный размер с определением окружности головки и длины бедра или без них), анатомию плода, количество плодов, локализацию плаценты. В большинстве работ ультразвуковое исследование проводили между 10 и 20-й неделями беременности, в трех исследованиях — до 14-й недели, еще в трех проводили раннее (на 18—20-й неделе) и позднее (на 31—33-й неделе) ультразвуковые исследования.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что раннее ультразвуковое исследование, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту кесарева сечения (5 исследований, 22 193 женщины; ОР 1,05; 95% ДИ 0,98—1,12). Однако доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что раннее ультразвуковое исследование может приводить к снижению частоты индукции родов при переносной беременности (8 исследований, 25 516 женщин; ОР 0,59, 95% ДИ 0,42—0,83).

Относительно удовлетворенности женщин доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что после раннего ультразвукового исследования уменьшается число женщин, обеспокоенных течением своей беременности (1 исследование, 635 женщин; ОР 0,80, 95% ДИ 0,65—0,99).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что раннее ультразвуковое

исследование может повышать частоту выявления пороков развития (2 исследования, 17 158 женщин; ОР 3,46, 95% ДИ 1,67—7,14). Однако частота выявления была низкой в обеих группах (16 и 4% соответственно), и у 346/387 новорожденных с пороками развития (89%) к 24-й неделе беременности они выявлены не были.

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что раннее ультразвуковое исследование может иметь незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (10 исследований, 35 737 родов; ОР 0,89, 95% ДИ 0,70—1,12) и низкий вес при рождении (4 исследования, 15 868 новорожденных; ОР 1,04, 95% ДИ 0,82—1,33). Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют также, что оно, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту рождения МГВ детей (3 исследования, 17 105 новорожденных; ОР 1,05, 95% ДИ 0,81—1,35).

б) Эффекты ультразвукового исследования после 24-й недели беременности (позднего ультразвукового исследования) по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица В.2.4б)

Данные об эффектах позднего ультразвукового исследования были получены из Кокрановского обзора, включавшего 13 РКИ, проведенных в СВД (121). Большинству женщин в этих исследованиях было проведено раннее ультразвуковое исследование. Они были рандомизированы для проведения дополнительного ультразвукового исследования в III триместре или проведения ультразвукового исследования по показаниям или «скрытого» ультразвукового исследования. В этих работах позднее ультразвуковое исследование, которое обычно проводили между 30 и 36-й неделями беременности, преследовало разные цели, в том числе оценку анатомии плода, веса, объема околоплодных вод и/или зрелости плаценты.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что позднее ультразвуковое исследование, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту кесарева сечения (6 исследований, 22 663 женщины; ОР 1,03, 95% ДИ 0,92—1,15), вакуум-экстракции или наложения акушерских щипцов (5 исследований, 12 310 женщин; ОР 1,05, 95% ДИ 0,95—1,16) и индукции родов (6 исследований, 22 663 женщины; ОР 0,93, 95% ДИ 0,81—1,07). Удовлетворенность женщин в обзоре не оценивалась.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что позднее ультразвуковое исследование, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (8 исследований, 30 675 родов; ОР 1,01, 95% ДИ 0,67—1,54) и частоту преждевременных родов (2 исследования, 17 151 новорожденный; ОР 0,96, 95% ДИ 0,85—1,08). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что оно может иметь незначительный эффект или не влияет на частоту рождения МГВ детей (4 исследования, 20 293 новорожденных; ОР 0,98, 95% ДИ 0,74—1,28) и низкий вес при рождении (3 исследования, 45 10 новорожденных; ОР 0,92, 95% ДИ 0,71—1,18).

Дополнительные соображения

- Доказательства относительно применения ультразвукового исследования во время беременности получены преимущественно в СВД, где раннее ультразвуковое исследование является стандартным компонентом ДРП, проводимым для точного определения гестационного возраста и выявления осложнений беременности. Воздействие ультразвукового скрининга в условиях ограниченных ресурсов в настоящее время неизвестно, но низкая материнская и перинатальная смертность, наблюдаемая в СВД, косвенно свидетельствуют о том, что ультразвуковое исследование — важный компонент качественной ДРП.
- Доказательства из Кокрановского обзора, касающиеся эффектов раннего ультразвукового исследования указывают на то, что оно снижает вероятность невыявления многоплодной беременности к 24—26-й неделе (120). Из 295 многоплодных беременностей, случившихся в 7 исследованиях (примерно 24 000 участниц), раннее ультразвуковое исследование не выявило к 24—26-й неделе 1% многоплодных беременностей (2/153) по сравнению с 39% (56/142) в контрольной группе (ОР 0,07, 95% ДИ 0,03—0,17; эти доказательства классифицированы авторами обзора как имеющие низкое качество).
- В Кокрановском обзоре было оценено также несколько исходов в отношении безопасности для потомства, и не выявлено различий в школьной успеваемости, зрении, слухе, инвалидности и дислексии.
- Продолжающееся в нескольких странах (Гватемале, Демократической Республике Конго,

Замбии, Кении и Пакистане) кластерное РКИ по изучению ультразвукового исследования во время беременности должно предоставить данные об исходах в отношении здоровья, обращении за медицинской помощью, а также информацию о возможности внедрения в условиях ограниченных ресурсов и сельской местности (118). Исследование включает двухнедельный курс обучения работников здравоохранения (акушеров, медицинских сестер, младших клиницистов) акушерскому ультразвуковому исследованию, которое должно проводиться всем участницам исследования на 18—22-й и 32—36-й неделях беременности.

- Точное определение гестационного возраста важно для надлежащего проведения мероприятий, привязанных к определенному сроку беременности, а также для лечения осложнений беременности, особенно преэклампсии и преждевременных родов, которые являются основными причинами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в СНСД. Раннее ультразвуковое исследование полезно с этой точки зрения.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.2 «Обследование плода. Предпосылки» (с. 54).

Ресурсы

Стоимость оборудования для ультразвуковой диагностики, особенно портативного, снизилась (122), и в настоящее время оно доступно по цене менее 10 000 долл. США (28). Следовательно, учитывая стоимость оборудования, техническое обслуживание, снабжение (гель для ультразвукового исследования), запасные аккумуляторы, базовое и непрерывное обучение персонала и наблюдение за его работой, а также расходы по персоналу (исследование занимает 15—45 минут), плановое ультразвуковое исследование может иметь значительные финансовые последствия в условиях СНСД.

Справедливость

Чтобы предупреждать материнскую и перинатальную смертность и уменьшить неравенство, в СНСД необходимы эффективные мероприятия по повышению использования и качества ДРП, а также по улучшению опыта получения медицинской помощи. Однако, если ожидается, что женщины будут сами платить за ультразвуковое исследование, или если оно недоступно для проживающих в сельской

местности вследствие его невыполнимости, это мероприятие может способствовать неравенству. Кроме того, определение пола плода при ультразвуковом исследовании в некоторых странах с ограниченными ресурсами имеет отрицательное влияние на равенство полов и требует мониторинга.

Приемлемость

Качественные доказательства демонстрируют, что женщины обычно ценят знания и информацию, которые они могут получить от работников здравоохранения, и что они хотят обследоваться по поводу разных состояний при условии, что будут даны надлежащие объяснения, а информация предоставлена в заботливой форме с учетом культурных особенностей (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Доказательства демонстрируют также, что в некоторых СНСД отсутствие современного оборудования (например, для ультразвуковой диагностики) в учреждениях, оказывающих ДРП, отбивает у женщин охоту посещать их (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Это предполагает, что предложение пройти ультразвуковое исследование может привлечь женщин к обращению в учреждения, оказывающие ДРП, в том числе к более раннему обращению. Специальные исследования, не включенные в основной обзор качественных доказательств, указывают, что женщины ценят возможность увидеть своего ребенка во время ультразвукового исследования и считают это фактором, создающим позитивный

настрой (123). Однако имеются некоторые данные о том, что женщины не понимают, что ультразвуковое исследование — диагностический метод, и что неблагоприятные находки по время исследования могут повысить обеспокоенность или расстроить (124).

Качественные доказательства, полученные от работников здравоохранения, демонстрируют, что они хотели бы проводить скрининг и обследование, но порой считают, что недостаточно для этого подготовлены (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45). Это предполагает, что при надлежащей подготовке и поддержке они могли бы приветствовать внедрение ультразвукового исследования с целью более точной оценки гестационного возраста и выявления потенциальных факторов риска, таких, как многоплодная беременность.

Выполнимость

Проблемы выполнимости ультразвукового исследования во время беременности в СНСД включают закупку оборудования, обучение персонала, обеспечение энергоснабжения (стационарного или с помощью запасных аккумуляторов), безопасное хранение, регулярное техническое обслуживание оборудования, поддержание надлежащего и постоянного снабжения гелем для ультразвукового исследования, а также постоянные техническую поддержку и наблюдение.

В.2.5 Ультразвуковое доплеровское исследование сосудов плода

РЕКОМЕНДАЦИЯ В.2.5. Регулярное доплеровское исследование во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется. (Не рекомендовано)

Комментарии

- ГРР отметила, что доказательная база для применения доплеровского исследования сосудов плода во время беременностей высокого риска уже существует.
- ГРР согласилась, что польза однократного доплеровского исследования сосудов плода, проводимого всем беременным в III триместре, требует тщательного изучения, особенно в условиях СНСД. Будущие исследования должны быть спланированы так, чтобы оценить влияние однократного доплеровского исследования на предотвратимые причины перинатальной смертности.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты доплеровского исследования сосудов плода по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица В.2.5)

Данные об эффектах доплеровского исследования были получены из Кокрановского обзора, включавшего пять исследований, в которых приняли участие 14 624 женщины из СВД (Австралия, Соединенное Королевство и Франция) (114). В одной работе оценивали однократное доплеровское исследование на 28–34-й неделе беременности, в трех — многократные доплеровские исследования начиная с 18-й недели беременности, в еще в одной — однократное или многократные доплеровские исследования на сроке с 26-й по 36-ю неделю беременности. Данные однократного и многократных исследований были изучены вместе и по отдельности. В контрольных группах женщины получали стандартную ДРП без доплеровского исследования или со «скрытым» доплеровским исследованием.

Материнские исходы

Доступные доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что доплеровское исследование во время беременности, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту кесарева сечения (2 исследования, 6373 женщины; ОР 0,98, 95% ДИ 0,85—1,13), вакуум-экстракции или наложения акушерских щипцов (2 исследования, 6884 женщины; ОР 1,04, 95% ДИ 0,96—1,12). Другие материнские исходы, приоритетные для рекомендаций по ДРП, в исследованиях не описаны.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что доплеровское исследование может иметь незначительный эффект или не влияет

на перинатальную смертность (4 исследования, 11 183 женщины; ОР 0,80, 95% ДИ 0,35—1,83). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что мероприятие, вероятно, имеет незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (4 исследования, 12 162 женщины; ОР 1,02, 95% ДИ 0,87—1,18).

Дополнительные соображения

- Результаты анализов исследований по подгруппам в зависимости от числа проведенных доплеровских исследований (одного или нескольких) в значительной степени согласуются с общими выводами. Однако доказательства с низким уровнем достоверности из одной подгруппы указывают на то, что однократное доплеровское исследование может снижать перинатальную смертность (1 исследование, 3890 женщин; ОР 0,36, 95% ДИ 0,13—0,99).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.В.2 «Обследование плода. Предпосылки» (с. 54).

Ресурсы

Стоимость оборудования для ультразвуковой диагностики, особенно портативного, снизилась (122), и в настоящее время оно доступно по цене менее 10 000 долл. США (28). Следовательно, учитывая стоимость оборудования, технического обслуживания, снабжение (гель для ультразвукового исследования), запасные аккумуляторы, базовое и непрерывное обучение персонала и наблюдение за ним, а также расходы по персоналу, регулярное доплеровское исследование может иметь значительные финансовые последствия в условиях СНСД.

Справедливость

Имеющиеся данные РКИ относительно влияния доплеровского исследования на материнские

и перинатальные исходы получены в СВД. Необходимы качественные исследования этого мероприятия в СНСД, чтобы определить, может ли выявление с его помощью осложнений беременности снизить перинатальную смертность и уменьшить неравенство.

Приемлемость

Качественные доказательства демонстрируют, что женщины обычно ценят знания и информацию, которые они могут получить от работников здравоохранения, и что они хотят обследоваться по поводу разных состояний при условии, что даны надлежащие объяснения, а информация предоставлена в заботливой форме с учетом культурных особенностей (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Доказательства демонстрируют также, что в некоторых СНСД отсутствие современного оборудования (например, для ультразвуковой диагностики) в учреждениях, оказывающих ДРП, отбивает у женщин охоту посещать их (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Качественные данные, полученные от работников здравоохранения, демонстрируют, что они хотели бы проводить скрининг и обследование, но порой считают, что недостаточно для этого подготовлены (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45). Это предполагает, что при надлежащей подготовке и поддержке они могли бы приветствовать внедрение доплеровского исследования с целью выявления потенциальных факторов риска.

Выполнимость

Проблемы выполнимости доплеровского исследования в СНСД включают закупку оборудования, обучение персонала, обеспечение энергоснабжения (стационарного или с помощью запасных аккумуляторов), безопасное хранение, регулярное техническое обслуживание оборудования, поддержание надлежащего и постоянного снабжения гелем для ультразвукового исследования, а также постоянные техническую поддержку и наблюдение.

С. Профилактические мероприятия

Предпосылки

ГРР рассмотрела доказательства и другую релевантную информацию для рекомендаций по мероприятиям в рамках ДРП, направленных на профилактику следующих состояний.

■ Бессимптомная бактериурия (БСБУ).

Определяется как истинная бактериурия в отсутствие симптомов острой инфекции мочевых путей. БСБУ часто наблюдается во время беременности. По сообщениям, в некоторых СНСД ее частота достигает 74% (125). Почти в 80% случаев в посевах выявляют *Escherichia coli* (83). Другие возбудители — *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis* и стрептококки группы В (GBS). В то время как БСБУ вне беременности обычно протекает благоприятно, обструкция мочевых путей за счет сдавления увеличивающейся маткой у беременных ведет к застою мочи и повышает риск острого пиелонефрита. В отсутствие лечения это осложнение возникает почти у 45% беременных с БСБУ (126), что сопряжено с риском преждевременных родов.

■ Рецидивирующая инфекция мочевых путей (РИМП).

Это инфекция мочевых путей (мочевого пузыря и почек), имеющая клинические проявления, которая возникает после разрешения предыдущей инфекции мочевых путей (ИМП), обычно после лечения. Определения РИМП разные, например два эпизода ИМП за предшествующие 6 месяцев или один эпизод ИМП или более до или во время беременности в анамнезе (127). РИМП распространена среди беременных и сопряжена с неблагоприятными исходами беременности, в том числе с преждевременными родами и рождением новорожденных с низким весом для гестационного возраста (127). Пиелонефрит (инфекция почки), по оценкам, наблюдается в 2% беременностей, частота рецидивов в течение той же беременности или вскоре после нее достигает 23% (128). Оптимальные методы профилактики РИМП во время беременности неизвестны.

■ Аллоиммунизация антигеном D. У Rh-отрицательных беременных во время беременности Rh-положительным плодом могут появиться антирезусные антитела, вызывающие гемолитическую болезнь новорожденных

(ГБН) во время последующих беременностей. Назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина Rh-отрицательным женщинам в течение 72 часов после рождения Rh-положительного ребенка — эффективный метод профилактики аллоиммунизации антигеном D системы Rh и ГБН (129). Однако назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина после родов не предупреждает аллоиммунизацию в III триместре беременности вследствие скрытой фето-материнской гемотрансфузии.

■ Гельминтозы, передаваемые через почву.

Более 50% беременных в СНСД страдают анемией, основным предрасполагающим фактором которой в эндемических районах являются гельминтозы (33). Гельминтозы, передаваемые через почву, — паразитарные болезни, вызываемые преимущественно аскаридами (*Ascaris lumbricoides*), анкилостомидами (*Necator americanus* и *Ancylostoma duodenale*) и власоглавом (*Trichuris trichiura*). Эти гельминты, особенно анкилостомиды, питаются кровью и, выделяя антикоагулянты, вызывают кровотечение, что приводит к железодефицитной анемии (130). Они могут также уменьшать всасывание железа и других питательных веществ за счет снижения аппетита, рвоты и диареи (131).

■ Столбняк новорожденных.

Столбняк — острое заболевание, которое вызывает экзотоксин, образуемый *Clostridium tetani*. Инфекция новорожденных возникает при попадании на незажившую пупочную ранку спор возбудителя, которые повсеместно присутствуют в почве. Чтобы быть защищенными от столбняка при рождении, новорожденные должны получить материнские антитела через плаценту. Столбняк новорожденных обычно развивается в течение первых двух недель жизни и характеризуется общим повышением мышечного тонуса и болезненными судорогами; в отсутствие лечения в большинстве случаев приводит к смерти (132). Широкомасштабные программы вакцинации снизили глобальное бремя смертности от столбняка новорожденных и продолжают снижать его. По оценкам, число случаев снизилось со 146 000 в 2000 г. до 58 000 (ДИ 20 000—276 000) в 2010 г. (133). Однако поскольку споры возбудителя распространены в окружающей среде повсеместно, ликвидация

столбняка биологически невозможна, и остается крайне важным высокий уровень охвата иммунизацией (134).

В дополнение к представленным выше рекомендациям ГРП этот раздел включает две

рекомендации по профилактике заболеваний во время беременности, имеющие отношение к плановой ДРП, которые были заимствованы из рекомендаций ВОЗ по профилактике малярии и ВИЧ-инфекции.

Ценности женщин

Данные для рекомендаций по ДРП были получены из результатов предварительного анализа того, что женщины хотят от ДРП и какие исходы значимы для них (13). Показано, что для женщин из стран с высоким, средним и низким уровнем обеспеченности ресурсами значимо получение «положительного опыта беременности», который включает назначение исследований по показаниям, а не в плановом порядке, проведение эффективных профилактических мероприятий с целью оптимизации течения беременности и здоровья новорожденных, а также способность работников здравоохранения объяснять и проводить процедуры, демонстрируя знания, уважение и поддержку (высокий уровень достоверности доказательств).

С.1 Бессимптомная бактериурия (БСБУ)

РЕКОМЕНДАЦИЯ С.1. Всем беременным с бессимптомной бактериурией (БСБУ) рекомендуется антибактериальная терапия в течение семи дней с целью предупреждения персистирующей бактериурии, преждевременных родов и рождения маловесных детей. (Рекомендовано)

Комментарии

- Эту рекомендацию следует рассматривать вместе с рекомендацией по диагностике БСБУ (Рекомендация В.1.2).
- Заинтересованные стороны могут рассматривать проведение скрининга и лечения БСБУ в конкретных условиях в зависимости от распространенности БСБУ и преждевременных родов. Они могут быть неуместны при низкой распространенности.
- Доказательства относительно преждевременных родов имеют низкий уровень достоверности. Необходимы большие многоцентровые исследования, чтобы подтвердить, что скрининг и антибактериальная терапия снижают частоту преждевременных родов и перинатальную смертность в СНСД. Кроме того, целью этих исследований должна быть оценка эффективности скрининга и лечения БСБУ, обусловленной стрептококками группы В (GBS).
- Исследования продемонстрировали, что бактериурия, обусловленная GBS, — признак значительной колонизации GBS, которую может не устранить антибактериальная терапия. Бактериурия, обусловленная GBS, — фактор риска того, что у ребенка вскоре после рождения разовьется инфекция, вызываемая GBS. Для ее профилактики ВОЗ рекомендует женщинам с колонизацией GBS вводить антибактериальные средства в родах (см. «Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению инфекций у женщин во время беременности и после родов» [135]).
- При внедрении этого мероприятия следует отслеживать индикаторы преждевременных родов, а также изменение устойчивости возбудителей к антибактериальным средствам.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты применения антибактериальных средств при БСБУ по сравнению с их отсутствием или плацебо (ДБ Таблица С.1)

Данные об эффектах антибактериальных средств при БСБУ были получены из Кокрановского

обзора, включавшего 14 исследований, в которых приняли участие примерно 2000 женщин (83). Большинство исследований были проведены в СВД между 1960 и 1987 гг. Применяли следующие антибактериальные средства: сульфаниламиды, ампициллин, нитрофурантоин и некоторые антибиотики, которые больше не рекомендуются

к применению во время беременности, например тетрациклин. Длительность лечения широко варьировала в разных исследованиях от однократного назначения до непрерывного лечения на протяжении беременности. Бактериурию обычно диагностировали, если, по крайней мере, однократно в посевах средней порцию мочи, взятой с соблюдением всех правил, или мочи, полученной катетером, выявлено более 100 000 бактерий в 1 мл мочи, однако использовались и другие определения.

Материнские исходы

Из материнских исходов, относящихся к рекомендациям по ДРП, были представлены только инфекции. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что антибактериальная терапия может снижать частоту персистирующей бактериурии (4 исследования, 596 женщин; ОР 0,30, 95% ДИ 0,18—0,53); однако данные о влиянии на частоту пиелонефрита были крайне неопределенными.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что антибактериальная терапия БСБУ может снижать частоту рождения маловесных новорожденных (8 исследований, 1437 новорожденных; ОР 0,64, 95% ДИ 0,45—0,93) и преждевременных родов (2 исследования, 142 женщины; ОР 0,27, 95% ДИ 0,11—0,62). Другие исходы, относящиеся к рекомендациям по ДРП, не представлены.

Дополнительные соображения

■ ГРП оценила также данные о длительности лечения (одна доза по сравнению с коротким курсом лечения [4—7 дней]), полученные из смежного Кокрановского обзора, включавшего 13 исследований, в которых приняли участие 1622 женщины (136). Десять исследований изучали эффективность разной длительности лечения один и тем же антибактериальным средством, оставшиеся три — сравнивали эффективность разной длительности лечения разными препаратами. Использовали широкий спектр антибактериальных средств. Результаты анализа сводных данных по персистирующей бактериурии (7 исследований), рецидивирующей БСБУ (8 исследований) и пиелонефриту (2 исследования) были расценены как крайне неопределенные. Однако при проведении анализа чувствительности, включавшего только исследования высокого качества, в которых изучали амоксициллин и нитрофурантоин, были

получены доказательства с высоким уровнем достоверности, которые указывают, что частота персистирующей бактериурии при коротком курсе лечения ниже, чем при однократном приеме антибактериального средства (2 исследования, 803 женщины; ОР 1,72, 95% ДИ 1,27—2,33). Доказательства с высоким уровнем достоверности из одного крупного исследования демонстрируют, что семидневный курс нитрофурантоина эффективнее однодневного курса в снижении частоты рождения маловесных детей (714 новорожденных; ОР 1,65, 95% ДИ 1,06—2,57). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что однократное применение препаратов может быть связано с более низкой частотой побочных эффектов (7 исследований, 1460 женщин; ОР 0,70, 95% ДИ 0,56—0,88). См. Веб-дополнение (ДБ Таблица С.1).

- ГРП оценила также доказательства диагностической точности окраски препаратов мочи по Граму и исследования мочи с помощью тест-полосок (см. Рекомендацию В.1.2 в разделе 3.В).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.С «Предпосылки» (с. 64).

Ресурсы

Стоимость антибактериальных средств различна. Амоксициллин и триметоприм гораздо дешевле (около 1—2 долл. США за недельный курс лечения), чем нитрофурантоин, который может стоить примерно 7—10 долл. США за недельный курс лечения (137). Повторное исследование мочи для подтверждения устранения БСБУ имеет финансовые последствия, связанные с использованием лабораторных ресурсов и кадров, а также финансовые последствия для женщин. Предметом озабоченности является появление устойчивости к антибактериальным средствам, которая может ограничивать их выбор (125).

Справедливость

Преждевременные роды — ведущая причина гибели новорожденных в мире, большинство случаев приходится на СНСД. Следовательно, профилактика преждевременных родов среди неблагополучных групп населения может уменьшить неравенство в отношении здоровья.

Приемлемость

В СНСД некоторые женщины верят, что

беременность — это нормальное состояние, и могут считать применение антибактериальных средств в этих условиях (особенно если у нет симптомов) неприемлемым, если только у них не было осложнений во время предыдущей беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Другие рассматривают ДРП как источник знаний, информации и медицинской безопасности и обычно ценят предложенные им мероприятия и рекомендации (доказательства с высоким уровнем достоверности). Однако обращение за помощью может быть ограничено, если мероприятие такого типа не объяснено надлежащим образом. Кроме того, там, где

лечение, вероятно, связано с дополнительными затратами, женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Нехватка ресурсов в СНСД, проявляющаяся как дефицитом препаратов и доступности исследований, так и нехваткой персонала, обученного предоставлять релевантную информацию и проводить исследования, может ограничивать внедрение (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

С.2 Антибиотикопрофилактика для предупреждения рецидивирующей инфекции мочевых путей (РИМП)

РЕКОМЕНДАЦИЯ С.2. Антибиотикопрофилактика для предупреждения рецидивирующей инфекции мочевых путей рекомендуется беременным только в рамках научных исследований. (Рекомендовано при определенных условиях — научные исследования)

Комментарии

- Необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить наиболее эффективные стратегии профилактики РИМП во время беременности, в том числе влияние антибиотикопрофилактики на исходы, связанные с беременностью, и изменение устойчивости возбудителей к антибактериальным средствам.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты антибиотикопрофилактики РИМП по сравнению с ее отсутствием (ДБ Таблица С.2)

Доказательства, касающиеся эффектов антибиотикопрофилактики РИМП, были получены из Кокрановского обзора, включавшего только одно исследование, проведенное в США, в котором участвовали 200 беременных (127). Женщин, госпитализированных по поводу пиелонефрита, после разрешения острой фазы заболевания, рандомизировали для проведения антибиотикопрофилактики (нитрофурантоин, 50 мг 3 раза в сутки) на протяжении беременности в комбинации с тщательным наблюдением (регулярные посещения клиники и посевы мочи, назначение антибактериальных средств при положительных результатах посева) или для тщательного наблюдения.

Материнские исходы

Доказательства, полученные в одном исследовании риска рецидивирующего пиелонефрита и РИМП при проведении

антибиотикопрофилактики, были крайне неопределенными. Другие материнские исходы, относящиеся к рекомендациям по ДРП, в этом исследовании не представлены.

Исходы для плода и новорожденного

Данные о риске рождения маловесных детей и преждевременных родов при проведении антибиотикопрофилактики были крайне неопределенными. Другие фетальные и неонатальные исходы, относящиеся к рекомендациям по ДРП, в этом исследовании не представлены.

Дополнительные соображения

- Антибиотикопрофилактика РИМП может повышать устойчивость возбудителей к антибактериальным средствам. Данных об этом потенциальном последствии недостаточно.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.С «Предпосылки» (с. 64).

Ресурсы

Стоимость антибактериальных средств различна. Триметоприм дешевле нитрофурантоина, который может стоить около 5 долл. США за 28 таблеток по 100 мг (137).

Справедливость

Воздействие неизвестно.

Приемлемость

В СНСД некоторые женщины верят, что беременность — это нормальное состояние, и могут считать применение антибактериальных средств в этих условиях (особенно если у нет симптомов) неприемлемым, если только у них не было осложнений во время предыдущей беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Другие рассматривают ДРП как источник знаний, информации и медицинской

безопасности и обычно ценят предложенные им мероприятия и рекомендации (доказательства с высоким уровнем достоверности). Однако обращение за помощью может быть ограничено, если мероприятие такого типа не обосновано надлежащим образом. Кроме того, там, где лечение, вероятно, связано с дополнительными затратами, женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Нехватка ресурсов в СНСД, проявляющаяся как дефицитом препаратов и доступности исследований, так и нехваткой персонала, обученного предоставлять релевантную информацию и проводить исследования, может ограничивать внедрение (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

С.3 Профилактическое назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности

РЕКОМЕНДАЦИЯ С.3. Профилактическое назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина несенсибилизированным Rh-отрицательным беременным на сроке 28—34 недели беременности для профилактики аллоиммунизации рекомендуется только в рамках научных исследований. (Рекомендовано при определенных условиях — научные исследования)

Комментарии

- Эта рекомендация, выполняемая при определенных условиях, относится к профилактическому применению анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности (но не после родов), относительно которой имеются доказательства с высоким уровнем достоверности, касающиеся снижения частоты аллоиммунизации антигеном D во время последующих беременностей (129). Тем не менее, следует назначать анти-Rh0(D)-иммуноглобулин после родов при наличии показаний.
- Определение распространенности аллоиммунизации антигеном D и связанных с ней неблагоприятных исходов в условиях СНСД, а также разработка стратегий лечения этого состояния считается приоритетом научных исследований.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты профилактического назначения анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности несенсибилизированным Rh-отрицательным беременным по сравнению с его отсутствием (ДБ Таблица С.3)

Данные об эффектах профилактического применения анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности были получены из Кокрановского обзора, включавшего 2 РКИ, в которых приняли участие более 4500 Rh-отрицательных беременных (138). Большинство участниц были беременны впервые. Оба

исследования сравнивали профилактическое применение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности с его отсутствием. В одном исследовании изучалась доза 500 МЕ, в другом — 250 МЕ на 28 и 34-й неделе беременности. Имелись данные для 3902 беременностей, более чем половина участниц родили Rh-положительных детей (2297). Все женщины, родившие Rh-положительных детей, после родов получили стандартную профилактику анти-Rh0(D)-иммуноглобулином. Первичным исходом было наличие антирезусных антител в крови женщин (суррогатный исход для неонатальной заболеваемости). Материнские исходы,

относящиеся к рекомендациям по ДРП (в том числе удовлетворенность женщин и побочные эффекты), в этих исследованиях не представлены, а представленные перинатальные исходы немногочисленны.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства о влиянии профилактического применения анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности на аллоиммунизацию антигеном D, указывающие на отсутствие эффекта или незначительный эффект, являются крайне неопределенными. Также крайне неопределенными являются доказательства относительно аллоиммунизации в послеродовом периоде и в течение до 12 месяцев после родов у женщин, родивших Rh-положительных детей ($n = 2297$ и 2048 соответственно), отчасти это связано с редкостью событий. Также неопределенными являются доказательства о влиянии профилактического применения анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности на неонатальную заболеваемость (желтуха), полученные в одном исследовании (1882 новорожденных), это также отчасти связано с редкостью событий. Другие исходы, относящиеся к рекомендациям по ДРП, в обзоре не представлены.

Дополнительные соображения

- Доказательства с низким уровнем достоверности из Кокрановского обзора указывают на то, что у Rh-отрицательных женщин, которые получили анти-Rh0(D)-иммуноглобулин во время беременности, реже наблюдается положительная проба Клейхауэра (которая выявляет эритроциты плода в крови матери) во время беременности (1 исследование, 1884 женщины; ОР 0,60, 95% ДИ 0,41—0,88) и на момент родов Rh-положительным ребенком (1 исследование, 1189 женщин; ОР 0,60, 95% ДИ 0,46—0,79).
- В Кокрановском обзоре частота аллоиммунизации антигеном D во время беременности, в послеродовом периоде и в течение до 12 месяцев после родов среди женщин в контрольной группе составила 0,6; 1,1 и 1,5% соответственно.
- Частота аллоиммунизации антигеном D во время последующих беременностей в исследованиях не представлена.
- Нет доказательств в отношении оптимальной дозы анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности. Применялись разные режимы

введения. В настоящее время проводятся два исследования, перечисленные в Кокрановском обзоре, которые после завершения, возможно, помогут ответить на вопросы, связанные с эффектами и дозами.

- Только 60% Rh-отрицательных женщин во время первой беременности будут беременны Rh-положительным ребенком, следовательно, 40% Rh-отрицательных женщинам во время беременности будет проведена ненужная профилактика анти-Rh0(D)-иммуноглобулином (138).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.С «Предпосылки» (с. 64).

Ресурсы

Одна доза анти-Rh0(D)-иммуноглобулина стоит примерно от 50 долл. США (500 МЕ) до 87 долл. США (1500 МЕ) (139) в зависимости от производителя и местных налогов. Следовательно, стоимость двух доз по 500 МЕ для профилактики во время беременности у одной женщины может составить 100 долл. США. Дополнительные расходы включают определение Rh-принадлежности в условиях, где это исследование в настоящее время не проводится.

Справедливость

Вклад аллоиммунизации антигеном D в перинатальную заболеваемость и смертность в разных условиях СНСД неясен, и неизвестно, как повлияет на неравенство в отношении исходов назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина Rh-отрицательным женщинам во время беременности.

Приемлемость

Анти-Rh0(D)-иммуноглобулин получают из плазмы человека и вводят парентерально, что может быть приемлемо не для всех женщин. Качественные данные указывают, что обращение за помощью может быть ограничено, если исследования или процедуры не обоснованы надлежащим образом или если женщины чувствуют, что работники здравоохранения не замечают или игнорируют их убеждения, традиции и механизмы социальной поддержки (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22).

Выполнимость

В ряде СНСД работники здравоохранения считают, что нехватка ресурсов, проявляющаяся как дефицитом препаратов, так и нехваткой

персонала, обученного предоставлять релевантную информацию, может ограничивать внедрение рекомендуемых мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45). Анти-

Rh0(D)-иммуноглобулин требует хранения в холодильнике при температуре 2—8°C, что может быть невыполнимо в некоторых СНСД.

С.4 Профилактика антигельминтными средствами

РЕКОМЕНДАЦИЯ С.4. В эндемических районах профилактика антигельминтными средствами в рамках программ по борьбе с гельминтозами рекомендуется беременным после I триместра беременности. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Эта рекомендация соответствует положениям публикации ВОЗ «Рекомендации: медикаментозная профилактика для борьбы с гельминтозами, передаваемым через почву, в группах высокого риска» (140), в которой утверждается следующее:
- «Медикаментозная профилактика (дегельминтизация) однократным применением альбендазола (400 мг) или мебендазола (500 мг) рекомендуется как мероприятие общественного здравоохранения, направленное на снижение ущерба, наносимого анкилостомидозами и трихоцефалезом, после I триместра беременности женщинам, проживающим в районах, где одновременно отмечаются два фактора: (1) исходная распространенность анкилостомидозов и/или трихоцефалеза 20% и более; (2) анемия, являющаяся серьезной проблемой общественного здравоохранения, с распространенностью среди беременных 40% и выше (условная рекомендация, доказательства со средним уровнем достоверности).»
- Эндемические районы — это районы, в которых распространенность анкилостомидозов и/или трихоцефалеза 20% и более. Анемия считается серьезной проблемой общественного здравоохранения, если ее распространенность среди беременных 40% и более.
- Инфицированные беременные в неэндемических районах должны получать антигельминтные средства во II или III триместрах беременности на индивидуальной основе (140). Следует применять альбендазол (400 мг) или мебендазол (500 мг) однократно (140, 141).
- Безопасность этих препаратов во время беременности однозначно не установлена; тем не менее, считается, что преимущества их применения перевешивают недостатки (141, 142).
- ВОЗ рекомендует стратегию, подразумевающую применение антигельминтных средств дважды в год, если распространенность гельминтозов, передаваемых через почву, ≥50%, и один раз в год, если распространенность — 20—50% (140).
- Дополнительные рекомендации относительно гельминтозов, передаваемых через почву, представлены в публикации ВОЗ «Рекомендации: медикаментозная профилактика для борьбы с гельминтозами, передаваемым через почву, в группах высокого риска» (в печати) (140).

а Районы, где распространенность любых видов гельминтозов, передаваемых через почву, составляет более 20%.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты профилактики антигельминтными средствами при гельминтозах, передаваемых через почву, назначаемых во II триместре беременности по сравнению с отсутствием профилактики или плацебо (ДБ Таблица С.4) Следующие данные об эффектах профилактики антигельминтными средствами были получены из Кокрановского обзора, включавшего четыре исследования, проведенные в Перу, Сьерра-Леоне и Уганде, в которых участвовали

4265 беременных (142). В двух исследованиях (в Перу и Сьерра-Леоне) антигельминтные средства (альбендазол или мебендазол) назначали однократно во II триместре беременности с ежедневным дополнительным приемом препаратов железа и фолиевой кислоты или без него независимо от наличия подтвержденного гельминтоза. Частота анемии (уровень Hb < 110 г/л) в двух исследованиях была 56 и 47% соответственно, а кишечных гельминтозов варьировала от 20 до 64,2% для аскаридоза, от 46,4% до 65,6% для анкилостомидозов и от

74,4% до 82% для трихоцефалеза. В небольшом исследовании, проведенном в Уганде, однократно назначали альбендазол (400 мг) или плацебо во II триместре беременности независимо от наличия подтвержденного гельминтоза. Исходная распространенность аскаридоза, анкилостомидозов и трихоцефалеза была 15, 38 и 6% соответственно. Другое РКИ, проведенное в Уганде, предоставило данные об эффектах комбинации альбендазола и ивермектина по сравнению с ивермектином, которые назначали однократно во II триместре беременности; в исследование включали женщин с кишечными гельминтозами.

Материнские исходы

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что однократное назначение альбендазола или мебендазола во II триместре беременности может иметь незначительный эффект или не влияет на частоту анемии (определяется как уровень Hb < 11 г/дл) у беременных (4 исследования, 3266 женщин; ОР 0,94; 95% ДИ 0,81—1,10).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что однократное применение альбендазола или мебендазола во II триместре беременности, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (2 исследования, 1318 женщин; ОР 0,88, 95% ДИ 0,43—1,78) или перинатальную смертность (2 исследования, 3385 женщин; ОР 1,09, 95% ДИ 0,71—1,67). Другие исходы, относящиеся к рекомендациям по ДРП, в обзоре не представлены.

Дополнительные соображения

■ Ни в одном из исследований, включенных в Кокрановский обзор, не оценивалась эффективность более одной дозы антигельминтных средств. Результаты больших нерандомизированных исследований (НРИ) указывают на то, что профилактика антигельминтными средствами может иметь благоприятные последствия для матерей и новорожденных, проживающих в эндемических районах (143—145).

Одно НРИ, в котором участвовали примерно 5000 беременных из Непала, где распространённость анкилостомидозов 74%, продемонстрировало снижение смертности среди грудных детей до 6 месяцев на 41% у женщин,

получивших две дозы альбендазола (по одной во II и в III триместрах беременности) по сравнению с отсутствием лечения (95% ДИ 18—57%) (143). Это исследование продемонстрировало также снижение частоты тяжелой анемии у матерей при приеме альбендазола.

В исследовании, проведенном в Шри-Ланке, в котором приняли участие примерно 7000 женщин, изучали эффективность мебендазола по сравнению с отсутствием лечения и выявили снижение частоты мертворождений и перинатальной гибели в группе получавших мебендазол (1,9% по сравнению с 3,3%; ОР 0,55, 95% ДИ 0,40—0,77) и небольшие различия в частоте пороков развития (1,8% по сравнению с 1,5% в исследуемой и контрольной группах соответственно; ОР 1,24, 95% ДИ 0,80—1,91) даже среди 407 женщин, которые, несмотря на рекомендации работников здравоохранения, принимали мебендазол в I триместре беременности (145).

- В руководстве ВОЗ «Медикаментозная профилактика гельминтозов у человека» подчеркнуто, что следует использовать каждую возможность, чтобы обратиться к группам риска с помощью всех доступных средств (141).
- Если цитировать другие публикации ВОЗ, то в готовящихся к выходу в 2016 г. «Рекомендациях: медикаментозная профилактика для борьбы с гельминтозами, передаваемым через почву, в группах высокого риска» сказано, что там, где распространённость любых гельминтозов, передаваемых через почву (аскаридоза, анкилостомидозов и трихоцефалеза) превышает 20%, следует предлагать однократный прием альбендазола или мебендазола беременным во II и III триместрах беременности (140).
- Профилактика антигельминтными средствами способствует снижению ущерба, наносимого другими инфекциями, например ВИЧ-инфекцией, малярией и ТБ, и способствует стойкому снижению передачи (142).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.С «Предпосылки» (с. 64).

Ресурсы

Медикаментозная профилактика антигельминтными средствами — рентабельное мероприятие. Рыночная стоимость одной

таблетки дженериков альбендазола (400 мг) или мебендазола (500 мг) составляет примерно 0,02—0,03 долл. США (141).

Справедливость

Гельминтозы широко распространены в очень бедных регионах, борьба с ними направлена на уменьшение страданий, сокращение бедности и устранение неравенства (141).

Приемлемость

Инфицированные женщины часто не имеют симптомов и не чувствуют необходимости лечения. Следовательно, более вероятно, что на предпочтения женщин и работников здравоохранения повлияет знание распространенности гельминтозов, передаваемых через почву, в данной местности. Исследования программ борьбы с гельминтозами среди небеременных, например школьников, в эндемических районах, продемонстрировали высокую приемлемость (146). Женщины, которым

проводят медикаментозную профилактику в эндемических районах, зачастую видят гельминтов в кале через день после приема препарата, что может повысить значимость данного вмешательства. Однако там, где лечение, вероятно, связано с дополнительными затратами (доказательства с высоким уровнем достоверности) или рекомендуемые мероприятия недоступны вследствие нехватки ресурсов (доказательства с низким уровнем достоверности), женщины с меньшей вероятностью обращаются за медицинской помощью (45).

Выполнимость

В ряде СНСД работники здравоохранения считают, что нехватка ресурсов, проявляющаяся как дефицитом препаратов, так и нехваткой персонала, обученного предоставлять релевантную информацию, может ограничивать внедрение рекомендуемых мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

С.5 Вакцинация столбнячным анатоксином

РЕКОМЕНДАЦИЯ С.5. Для предупреждения смерти новорожденных от столбняка рекомендуется вакцинация всех беременных столбнячным анатоксином (с учетом вакцинации, проведенной ранее). (Рекомендовано)

Комментарии

- Эта рекомендация согласуется с рекомендациями из руководства ВОЗ «Иммунизация матерей против столбняка» (2006 г.) (134). ГРП одобряет представленный в нем подход, согласно которому рекомендуется следующее.
- Если беременная не была вакцинирована ранее или данных о вакцинации нет, она должна получить две дозы вакцины, содержащей столбнячный анатоксин (ТТ-CV), с интервалом в месяц, причем вторая доза должна быть введена по крайней мере за две недели до родов. У большинства людей две дозы вакцины защищают от столбняка в течение 1—3 лет. Третья доза рекомендуется через шесть месяцев после второй, она продлевает защиту по крайней мере до 5 лет.
- После третьей дозы вакцины женщины, которые были впервые вакцинированы от столбняка во время беременности, должны получить еще две дозы в течение двух последующих лет или во время двух последующих беременностей.
- Если женщина получила 1—4 дозы ТТ-CV в прошлом, она должна получать по одной дозе ТТ-CV во время каждой последующей беременности до 5 доз (5 доз создают иммунитет на протяжении репродуктивного периода).
- Основные компоненты стратегии глобальной ликвидации столбняка у матерей и новорожденных — вакцинация и роды в чистых условиях (147).
- Необходим эффективный эпидемиологический надзор, чтобы выявлять районы и группы населения с высоким риском столбняка новорожденных и проводить мониторинг эффективности мероприятий.
- Система мониторинга должна включать регистр иммунизации, индивидуальные карточки вакцинации и индивидуальные карты беременных, которые должны храниться у женщин.
- Для эффективного внедрения работники здравоохранения, оказывающие ДРП, должны быть обучены вакцинации против столбняка, а в учреждениях, оказывающих ДРП, должны быть доступны вакцины, оборудование и средства (холодильник, иглы и шприцы).
- В условиях низкой распространенности/высоких доходов лица, ответственные за разработку политики, могут решить не включать вакцинацию против столбняка в мероприятия ДРП, если существуют эффективные программы иммунизации против столбняка и хорошая система постэкспозиционной профилактики вне беременности.
- Контакты в рамках ДРП следует использовать, чтобы уточнить какие вакцины получила женщина и назначить рекомендованные национальным календарем вакцинации. Посещения в рамках ДРП предоставляют также возможность объяснить важность вакцинации ребенка и обсудить с беременной календарь его вакцинации.
- Дополнительная информация представлена в Руководстве ВОЗ (134), которое доступно на: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf; в меморандумах ВОЗ, которые доступны на: <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en>

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вакцинации столбнячным анатоксином (ТТ) во время беременности по сравнению с ее отсутствием или применением плацебо (ДБ Таблица С.5)

Данные об эффектах вакцинации ТТ получены из Кокрановского обзора, изучавшего эффективность вакцинации против столбняка у женщин репродуктивного возраста или

беременных для профилактики столбняка новорожденных (148). Были включены данные двух РКИ: одно было проведено в Колумбии в 1961—65 гг. и сравнивало применение вакцины против столбняка (столбнячный анатоксин, адсорбированный на фосфате алюминия [10 LF]; 3 дозы) и вакцины против гриппа (1618 женщин, 1182 новорожденных); другое исследование было проведено в США и сравнивало применение комбинированной вакцины (адсорбированная

коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина с субъединичным коклюшным компонентом, [Tdap]; 1 доза) с плацебо (физиологический раствор) у 48 беременных на сроке 30—32 недель. Вследствие относительной немногочисленности данных РКИ в разделе «Дополнительные соображения» представлены дополнительные данные об эффектах.

Материнские исходы

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что местные побочные эффекты, такие, как боль, чаще наблюдались в группе применения Tdap, чем плацебо (48 женщин; ОР 3,94, 95% ДИ 1,41—11,01). Данных о других материнских исходах нет.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности из колумбийского исследования указывают на то, что среди новорожденных, чьи матери получили вакцинацию ТТ, частота столбняка была ниже, чем среди новорожденных, чьим матерям ее не проводили (1182 новорожденных; ОР 0,20, 95% ДИ 0,10—0,40). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что две дозы ТТ и более, вероятно, снижают неонатальную смертность от любых причин (1 исследование, 688 новорожденных; ОР 0,31, 95% ДИ 0,17—0,55). Дополнительные доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что неонатальная смертность от столбняка может снижаться у новорожденных, чьи матери получили по крайней мере две дозы ТТ (1 исследование, 688 новорожденных; ОР 0,02, 95% ДИ 0,00—0,30), но не у новорожденных, чьи матери получили только одну дозу вакцины (1 исследование, 494 новорожденных; ОР 0,57, 95% ДИ 0,26—1,24). Частота пороков развития и другие исходы, относящиеся к рекомендациями по ДРП, в исследованиях не представлены.

Дополнительные соображения

- Систематический обзор объединенных данных из колумбийского исследования и данных большого когортного исследования вакцинации ТТ, проведенного в Индии, выявил доказательства со средним уровнем достоверности в пользу значимых эффектов вакцинации ТТ в профилактики смертности от столбняка новорожденных (снижение на 94%) при применении по крайней мере двух доз вакцины у беременных и женщин репродуктивного возраста (2 исследования, 2146 новорожденных; ОР 0,06, 95% ДИ 0,02—0,20) (149).

- Вакцинация ТТ широко применяется в течение более 40 лет, что существенно снизило частоту столбняка новорожденных и повысило выживаемость новорожденных в отсутствие признаков потенциального вреда для беременных и детей (150). Стратегия ВОЗ по ликвидации столбняка у матерей и новорожденных включает иммунизацию беременных, дополнительные мероприятия по иммунизации в районах высокого риска, пропаганду чистых условий для проведения родов и пересечения пуповины и надежный эпидемиологический надзор за столбняком новорожденных (134).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.С «Предпосылки» (с. 64).

Ресурсы

По оценкам, стоимость трех доз вакцины ТТ составляет около 3 долл. США на женщину (151), хотя в программах вакцинации сообщалась и более низкая стоимость (152). Необходимость оборудования для холодильной цепи и обучения персонала могут увеличивать стоимость.

Справедливость

Большинство смертей от столбняка новорожденных приходится на страны с низким охватом родами в медицинских учреждениях, ДРП и вакцинацией против столбняка (149). Кроме того, зачастую в СНСД охват ДРП и младенческая смертность неравны среди наиболее и наименее образованного, городского и сельского, наиболее и наименее состоятельного населения (29). Следовательно, повышение охвата иммунизацией против столбняка в СНСД и среди неблагополучных групп населения может уменьшить неравенство в отношении здоровья.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают, что большинство женщин рассматривают ДРП как источник знаний, информации и медицинской безопасности и обычно ценят предложенные им рекомендации. Однако обращение за помощью может быть ограничено, если вакцинация не объяснена надлежащим образом или если женщины чувствуют, что работники здравоохранения не замечают или игнорируют их убеждения, традиции и механизмы социальной поддержки. Женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью, если она оказывается в поспешной, негибкой или назидательной

манере (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

ДРП предоставляет удобную возможность вакцинировать беременных, особенно в условиях отсутствия эффективных программ иммунизации детей. Качественные доказательства указывают, что если вакцинация связана с дополнительными расходами (в том числе транспортными и потерей заработка), то ее использование может быть ограничено (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Кроме того, работники

здравоохранения, оказывающие ДРП во многих условиях СНСД, считают, что нехватка ресурсов, проявляющаяся как отсутствием вакцин, так и нехваткой соответствующим образом обученного персонала, может ограничивать внедрение (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

С.6 Периодическая профилактика малярии во время беременности (ППб)

РЕКОМЕНДАЦИЯ С.6. В районах Африки, эндемичных по малярии, всем беременным рекомендуется периодическая профилактика сульфадоксином/пириметамином (ППб-СП). Медикаментозную профилактику следует начинать во II триместре беременности, проводить с интервалом по крайней мере 1 месяц так, чтобы беременная получила не менее 3 доз препарата. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Эта рекомендация заимствована из публикации ВОЗ «Рекомендации по лечению малярии» (2015 г.), в которой она рассматривается как настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества (153).
- Малярия во время беременности — огромная проблема общественного здравоохранения, поскольку заболевание несет существенный риск для матери, плода и новорожденного. ВОЗ рекомендует комплекс мероприятий по профилактике малярии и борьбе с ней во время беременности, которые включают пропаганду и применение обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, неотложное надлежащее лечение каждого случая и периодическую профилактику сульфадоксином/пириметамином во время беременности (ППб-СП) в районах со средней и высокой передачей *Plasmodium falciparum* (153).
- Доказательства высокого качества в пользу этой рекомендации были получены в систематическом обзоре семи РКИ, проведенных в странах, эндемичных по малярии. Эти исследования продемонстрировали, что по сравнению с двумя дозами три дозы сульфадоксина/пириметамина (СП) и более снижают уровень паразитемии у женщин, частоту рождения маловесных новорожденных и увеличивают средний вес новорожденных (154).
- ГРП по малярии отметила, что большинство доказательств были получены при обследовании женщин во время первой и второй беременности. Однако ограниченные данные о применении ППб-СП у женщин во время третьей и последующих беременностей согласуются с отмеченными преимуществами (153).
- Чтобы гарантировать, что беременные в эндемичных районах начинают ППб-СП как можно раньше во II триместре беременности, лица, ответственные за разработку политики, должны гарантировать контакт женщин с системой здравоохранения на сроке 13 недель беременности. Лица, ответственные за разработку политики, должны рассмотреть также возможность предоставления женщинам первой дозы СП во время первого посещения в рамках ДРП вместе с инструкциями о дате (соответствующей 13-й неделе беременности) приема препарата.
- СП влияет на синтез фолиевой кислоты возбудителем малярии, блокируя тем самым его жизненный цикл. Имеются некоторые данные о том, что дополнительный прием фолиевой кислоты в высоких дозах (т. е. 5 мг в сутки и более) может снижать эффективность СП во время беременности (155). Страны должны гарантировать закупки и распределение препаратов фолиевой кислоты в дозировке, рекомендованной для дополнительного приема во время беременности (т. е. 0,4 мг в сутки).
- ГРП по малярии отметила, что данных о безопасности, эффективности и фармакокинетике большинства противомаларийных средств во время беременности, особенно в I триместре, недостаточно (153).
- Подробные доказательства и инструкции, относящиеся к этой рекомендации, представлены в публикации 2015 г. (153), которая доступна на: <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>

С.7 Предэкспозиционная профилактика ВИЧ-инфекции

РЕКОМЕНДАЦИЯ С.7. В рамках комбинированного подхода к предупреждению ВИЧ-инфекции в качестве дополнительного метода профилактики беременным, имеющим значительный риск заражения, следует предложить предэкспозиционную профилактику (ПрЭП) тенофовира дизопроксила fumarатом (ТДФ) для приема внутрь. *(Рекомендовано при определенных условиях)*

Комментарии

- Эта рекомендация заимствована из публикации «Рекомендации ВОЗ по срокам начала антиретровирусной терапии и предэкспозиционной профилактике ВИЧ-инфекции» (2015 г.), в которой она рассматривается как настоятельная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества (99). Доказательства и релевантные рекомендации представлены в этой публикации.
- «Существенный риск» условно определяется как заболеваемость ВИЧ-инфекцией более 3 на 100 человек в год в отсутствие ПрЭП. Индивидуальный риск зависит от собственного поведения и поведения половых партнеров. Для получения информации, необходимой для внедрения, следует использовать местные эпидемиологические данные относительно факторов риска и распространенности ВИЧ-инфекции.
- Пороговое значение, для решения вопроса о целесообразности ПрЭП, может варьировать в зависимости от множества факторов, в том числе ресурсов, выполнимости и потребностей.
- Уровень защиты сильно коррелирует с соблюдением рекомендаций.
- Подробные доказательства и релевантные рекомендации представлены в публикации 2015 г. (99), которая доступна по адресу: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

D. Помощь при распространенных физиологических симптомах

Предпосылки

Организм женщины претерпевает значительные изменения во время беременности, которые обусловлены как гормональными, так и механическими причинами. Эти изменения ведут к разнообразным распространенным симптомам, в том числе к тошноте и рвоте, боли в пояснице и тазовой боли, изжоге, варикозному расширению вен, запорам и судорогам в ногах, которые вызывают тяжелый дискомфорт у некоторых женщин и негативно сказываются на их опыте беременности. В целом симптомы, связанные с механическими причинами, например, тазовая боль, изжога и варикозное расширение вен, зачастую усугубляются по мере увеличения срока беременности.

Тошноту и рвоту испытывают примерно 70% беременных, обычно они наблюдаются в I триместре беременности (156); однако примерно 20% женщин могут испытывать тошноту и рвоту и после 20-й недели беременности (157). По оценкам, тазовая боль и боль в пояснице наблюдаются у половины беременных, у 8% из которых она существенно ограничивает трудоспособность (158). Изжога наблюдается у двух третей беременных, может усугубляться после еды и в положении лежа (159). Обычно наблюдается варикозное расширение вен нижних конечностей, но возможно также варикозное расширение вен вульвы и прямой кишки; оно может проявляться болью, ночными схваткообразными болями,

ощущением дискомфорта и тяжести и усугубляться после длительного пребывания в положении стоя (160). Запоры бывают мучительными и могут осложняться геморроем (161). Судороги в ногах часто наблюдаются по ночам и могут быть очень болезненными, влияя на сон и повседневную деятельность (162). Предлагаемые подходы к лечению частых симптомов включают разнообразные немедикаментозные и медикаментозные методы, и ГРР рассмотрела доказательства и другую релевантную информацию для этих подходов.

Ценности женщин

Данные для рекомендаций по ДРП были получены из результатов предварительного анализа того, что женщины хотят от ДРП и какие исходы значимы для них (13). Показано, что для женщин из стран с высоким, средним и низким уровнем обеспеченности ресурсами значимо получение «положительного опыта беременности», который включает рекомендации и лечение частых симптомов, ориентированные на женщин (высокий уровень достоверности доказательств). Во многих СНСД это включает также поддержку и уважение выбора женщин, предпочитающих применять альтернативные или традиционные подходы к диагностике и лечению частых симптомов беременности (средний уровень достоверности доказательств).

D.1 Тошнота и рвота

РЕКОМЕНДАЦИЯ D.1. Для уменьшения тошноты на ранних сроках беременности рекомендуются имбирь, ромашка, препараты витамина B6 и/или акупунктура в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной. (Рекомендовано)

Комментарии

- В отсутствие более надежных доказательств ГРР согласилась, что маловероятно, что немедикаментозные методы оказывают неблагоприятное действие на мать и ребенка.
- Женщины должны быть проинформированы, что тошнота и рвота обычно исчезают во второй половине беременности.
- Медикаментозные методы лечения тошноты и рвоты, такие, как прием доксиламина или метоклопрамида, во время беременности должны применяться при наличии выраженных симптомов, которые не исчезают при использовании немедикаментозных методов, и под наблюдением врача.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств по уменьшению тошноты и рвоты по сравнению с другими методами, их отсутствием или применением плацебо (ДБ Таблица D.1)

Данные об эффектах различных вмешательств по уменьшению тошноты и рвоты во время беременности были получены из Кокрановского систематического обзора (157). Обзор включал 41 исследование, в котором участвовали 5449 женщин. Оценивали широкий спектр разнообразных медикаментозных и немедикаментозных методов. Исследования проводили в разных СВД и СНСД. В большинстве из них участвовали женщины с беременностью менее 16 недель с легкой или средне-тяжелой тошнотой и рвотой. Изучавшиеся альтернативные и немедикаментозные методы включали акупунктуру, акупрессуру, применение препаратов витамина B6, имбиря, ромашки, мятного и лимонного масел; изучавшиеся лекарственные препараты — антигистаминные средства, фенотиазины, блокаторы дофаминовых рецепторов и 5-HT₃-рецепторов. В силу гетерогенности типов вмешательств и представления исходов, авторы обзора редко могли объединить данные. Первичным исходом для всех вмешательств было уменьшение выраженности симптомов у женщины (обычно оценивалось с помощью индекса Родеса); перинатальные исходы, имеющие отношение к этим рекомендациям, оценивались редко.

Немедикаментозные методы по сравнению с плацебо или отсутствием лечения

Десять исследований оценивали эффекты немедикаментозных методов, в том числе

применение имбиря (в виде сиропа, капсул или порошка в составе печенья) (7 исследований из Исламской Республики Иран, Пакистана, США и Таиланда, 578 участниц), лимонного масла (одно иранское исследование, 100 участниц), мятного масла (одно иранское исследование, 60 участниц), ромашки (одно иранское исследование, 105 участниц) и препаратов витамина B6 (два исследования, проведенные в США и Таиланде; 416 участниц) по сравнению с отсутствием лечения или плацебо.

Имбирь. Доказательства с низким уровнем достоверности из нескольких небольших исследований указывают на то, что прием имбиря может уменьшать тошноту и рвоту. Исследование, проведенное в Пакистане, выявило, что прием имбиря уменьшает балльную оценку тошноты (68 женщин; РС на 1,38 ниже на 3-й день, 95% ДИ на 0,03—2,73 ниже) и рвоты (64 женщины; РС на 1,14 ниже, 95% ДИ на 0,37—1,91 ниже). Иранское исследование продемонстрировало уменьшение балльной оценки тошноты и рвоты на 7-й день на фоне дополнительного приема имбиря по сравнению с плацебо (95 женщин; РС на 4,19 ниже, 95% ДИ на 1,73—6,65 ниже). Результаты исследований, проведенных в США и Таиланде, продемонстрировали сходное действие имбиря на тошноту у беременных.

Лимонное масло. Доказательства с низким уровнем достоверности из одного небольшого иранского исследования указывают на то, что лимонное масло может оказывать незначительный эффект или не влияет на балльную оценку тошноты и рвоты (100 женщин; РС на 0,46 ниже на 3-й день, 95% ДИ от на 1,27 ниже до на 0,35 выше), или

на удовлетворенность женщин (число женщин, удовлетворенных лечением) (1 исследование, 100 женщин; ОР 1,47, 95% ДИ 0,91—2,37).

Мятное масло. Доказательства эффективности мятного масла в уменьшении тошноты и рвоты имеют очень низкий уровень достоверности.

Ромашка. Доказательства с низким уровнем достоверности из одного небольшого исследования указывают на то, что прием ромашки может уменьшать балльную оценку тошноты и рвоты (70 женщин; РС на 5,74 ниже, 95% ДИ на 3,17—8,31 ниже).

Препараты витамина B6 (пиридоксина).

Доказательства со средним уровнем достоверности из двух исследований (в одном витамин B6 назначали по 25 мг внутрь каждые 8 ч в течение 3 дней, в другом по 10 мг внутрь каждые 8 ч в течение 5 дней) демонстрируют, что препараты витамина B6, вероятно, снижают балльную оценку тошноты (388 женщин, в исследованиях оценивали изменение балльной оценки от исходной к 3-му дню; РС на 0,92 большее изменение оценки, 95% ДИ на 0,4—1,44 больше), но доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что они могут оказывать незначительный эффект или не влияют на рвоту (2 исследования; 392 женщины; ОР 0,76, 95% ДИ 0,35—1,66).

Акупунктура и акупрессура по сравнению с плацебо или отсутствием лечения

Пять исследований (601 участница) оценивали эффективность акупрессуры (точка P6 на передней поверхности предплечья) по сравнению с плацебо; одно тайское исследование (91 участница) — аурикулярной акупрессуры (воздействие на точки уха с помощью магнитных шариков) по сравнению с отсутствием лечения; одно исследование, проведенное в США (230 участниц), — акустимулирующую терапию (стимуляция нервных окончаний в точке P6) по сравнению с плацебо; австралийское исследование, включавшее четыре группы (593 женщины), — традиционную китайскую акупунктуру и акупунктуру в точке P6 по сравнению с плацебо-акупунктурой в точке P6 или отсутствием лечения.

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что акупрессура в точке P6 может уменьшать балльную оценку тошноты (100 женщин; РС на 1,7 ниже, 95% ДИ на 0,99—2,41 ниже) и снижать число эпизодов рвоты (РС на 0,9 ниже, 95% ДИ на 0,74—1,06 ниже). Доказательства с низким

уровнем достоверности указывают на то, что аурикулярная акупрессура может также уменьшать балльную оценку тошноты (91 женщина; РС на 3,6 ниже, 95% ДИ на 0,58—6,62 ниже), то же можно сказать и о традиционной китайской акупунктуре (296 женщин; РС на 0,7 ниже, 95% ДИ на 0,04—1,36 ниже). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что акупунктура в точке P6 может оказывать незначительный эффект или не влияет на среднюю балльную оценку тошноты по сравнению с плацебо-акупунктурой в точке P6 (296 женщин; РС на 0,3 ниже, 95% ДИ от на 1,0 ниже до на 0,4 выше).

Лекарственные средства по сравнению с плацебо

В одном исследовании была оценена эффективность антигистаминных средств (доксиламина), в другом — эффективность блокаторов дофаминовых рецепторов (метоклопрамида). Некоторые другие препараты, оценивавшиеся в обзоре (гидроксизин, тиэтилперазин и флуфеназин), изучались в давних исследованиях и больше не применяются у беременных из соображений безопасности.

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что доксиламин в комбинации с препаратами витамина B6, вероятно, снижает балльную оценку тошноты и рвоты по сравнению с плацебо (1 исследование, 256 женщин; РС на 0,9 ниже на 15-й день, 95% ДИ на 0,25—1,55 ниже). Доказательства с низким уровнем достоверности из этого исследования указывают на то, что различия в частоте головной боли (256 женщин; ОР 0,81, 95% ДИ 0,45—1,48) и сонливости (256 женщин; ОР 1,21, 95% ДИ 0,64—2,27) между беременными, принимавшими комбинацию доксиламина и препаратов витамина B6 или плацебо, могут быть незначительными или отсутствовать.

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что метоклопрамид (10 мг) может снижать балльную оценку тошноты (1 исследование, 68 женщин; РС на 2,94 ниже на 3-й день, 95% ДИ на 1,33—4,55 ниже). Данных о побочных эффектах метоклопрамида в обзоре не было.

Исследований по сравнению эффективности ондансетрона (блокатор 5-HT₃-рецепторов) и плацебо не было. Два небольших исследования сравнивали эффективность ондансетрона с метоклопрамидом и доксиламином соответственно, но данные об относительной

эффективности были неопределенными.

Дополнительные соображения

- Доказательства с низким уровнем достоверности из отдельных исследований, сравнивавших разные немедикаментозные мероприятия друг с другом, а именно: акупунктуру в комбинации с препаратами витамина B6 с акупунктурой в точке P6 в комбинации с плацебо (66 участниц), традиционную акупунктуру с акупунктурой в точке P6 (296 участниц), применение имбиря с применением ромашки (70 участниц), акупунктуру в точке P6 с применением имбиря (98 участниц), а также применение имбиря с препаратами витамина B6 (123 участницы) — указывают на то, что различия между ними относительно уменьшения тошноты могут быть незначительными или отсутствуют.
- Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что на 3-й день применения различия между имбирем и метоклопрамидом во влиянии на балльную оценку тошноты (1 исследование, 68 женщин; РС на 1,56 выше, 95% ДИ от на 0,22 ниже до на 3,34 выше) и рвоты (68 женщин; РС на 0,33 выше, 95% ДИ от на 0,69 ниже до на 1,35 выше) незначительны или отсутствуют.
- Побочные эффекты и безопасность применения лекарственных средств были плохо представлены во включенных исследованиях. Однако частым побочным эффектом антигистаминных средств, используемых для лечения тошноты и рвоты, является сонливость.
- Метоклопрамид обычно не рекомендуется в I триместре беременности, но широко применяется (163). Анализ более 81 700 одноплодных беременностей в Израиле не выявил статистически значимых различий в риске тяжелых пороков развития, низкого веса при рождении, преждевременных родов и перинатальной смертности между новорожденными, подвергавшимися (3458 новорожденных) и не подвергавшимися

воздействию метоклопрамида в I триместре беременности.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.D «Предпосылки» (с. 74).

Ресурсы

Стоимость немедикаментозных методов различна. Акупунктура требует профессионального обучения и навыков, что, вероятно, связано с более высокой стоимостью. Препараты витамина B6 (таблетки пиридоксина гидрохлорида) могут стоить примерно 2,50 долл. США за 90 таблеток по 10 мг (74).

Справедливость

Воздействие на справедливость неизвестно.

Приемлемость

Качественные доказательства из разных СНСД указывают на то, что для лечения частых симптомов беременные с большей вероятностью обращаются к народным целителям, растительным препаратам и повитухам (ТВА) (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). Кроме того, данные, полученные в самых разных условиях, указывают на то, что, несмотря на общее положительное отношение женщин к мероприятиям, проводимым в рамках ДРП, и предоставляемой при этом информации, они с меньшей вероятностью обратятся за помощью, если почувствуют, что работники здравоохранения и/или лица, ответственные за разработку политики, игнорируют или не обращают внимание на их мнение, традиции и социально-экономические условия (доказательства с высоким уровнем достоверности). Это может быть особенно актуально для акупунктуры или акупрессуры, которые могут быть культурно чуждыми и/или плохо понимаемыми в определенных условиях.

Выполнимость

Нехватка соответствующим образом обученного персонала может ограничивать выполнимость определенных мероприятий (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

D.2 Изжога

РЕКОМЕНДАЦИЯ D.2. Для профилактики и уменьшения изжоги во время беременности рекомендуется консультирование по вопросам питания и образа жизни. Если, несмотря на изменение образа жизни, сохраняются выраженные симптомы, могут быть назначены антациды. (Рекомендовано)

Комментарии

- Рекомендации по изменению образа жизни для профилактики и уменьшения изжоги включают отказ от больших порций еды, жирной пищи, спиртных напитков, курения, а также сон с приподнятым головным концом кровати.
- ГРР согласилась, что маловероятно, что применение антацидных средств, например карбоната магния и гидроксида алюминия, в рекомендуемых дозах имеет неблагоприятные последствия.
- Нет данных о том, что комбинированные антацидные средства эффективнее простых препаратов.
- Антацидные средства могут ухудшать всасывание других препаратов (164) и, следовательно, не должны приниматься в течение двух часов до и после приема препаратов железа и фолиевой кислоты.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств с целью уменьшению изжоги по сравнению с другими методами, их отсутствием или применением плацебо (ДБ Таблица D.2)

Доказательства, касающиеся эффектов различных вмешательств с целью уменьшению изжоги во время беременности, были получены из Кокрановского обзора, включавшего девять исследований, в которых приняли участие 725 беременных, страдавших изжогой; однако в анализ были включены данные только четырех исследований (358 женщин) (159). Одно из них, проведенное в 1960-х годах, оценивало эффективность внутримышечного введения простимина, который больше не применяется, следовательно, эти данные не рассматривались для рекомендаций. Три оставшихся исследования, проведенные в Бразилии, Италии и США, изучали эффективность комплекса гидроксида магния / гидроксида алюминия / симетикона по сравнению с плацебо (156 женщин), сукральфата (гидроксид алюминия и сульфат сахарозы) по сравнению с рекомендациями по питанию и изменению образа жизни (66 женщин), а также акупунктуры по сравнению с отсутствием лечения (36 женщин). В целом доказательства уменьшения симптомов были оценены как имеющие низкий и очень низкий уровень достоверности. Перинатальные исходы, имеющие отношение к этим рекомендациям, представлены не были. Данные о побочных эффектах для всех сравнений были оценены как имеющие очень низкий уровень достоверности.

Лекарственные средства по сравнению с плацебо

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что полное устранение изжоги чаще наблюдается при приеме гидроксида магния / гидроксида алюминия / симетикона в жидком виде или в таблетках, чем при приеме плацебо (156 женщин; ОР 2,04, 95% ДИ 1,44—2,89).

Лекарственные средства по сравнению с рекомендациями по изменению питания и образа жизни

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что полное устранение изжоги чаще наблюдается при приеме сукральфата, чем при выполнении рекомендаций по изменению питания и образа жизни (65 женщин; ОР 2,41, 95% ДИ 1,42—4,07).

Акупунктура по сравнению с отсутствием лечения

В обзоре для этого сравнения отсутствовали данные по уменьшению изжоги. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что ежедневные сеансы акупунктуры у беременных с изжогой могут улучшать способность спать (36 женщин; ОР 2,80, 95% ДИ 1,14—6,86) и есть (36 женщин; ОР 2,40, 95% ДИ 1,11—5,18), что было суррогатным исходом для оценки удовлетворенности женщин.

Дополнительные соображения

- Изжога во время беременности — частый симптом, который беременные могут лечить самостоятельно безрецептурными средствами, содержащими антациды, например карбонат магния, гидроксид алюминия или карбонат кальция.

- Кокрановский обзор не выявил данных относительно таких препаратов от изжоги, назначаемых врачом, как омепразол и ранитидин, которые, как известно, безопасны во время беременности (159).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.D «Предпосылки» (с. 74).

Ресурсы

Стоимость антацидных средств различна, но дженерики относительно дешевы. Акупунктура требует профессионального обучения и навыков, что, вероятно, обуславливает ее более высокую стоимость.

Справедливость

Частота обращения за медицинской помощью и для лечения изжоги может быть разной среди благополучных и неблагополучных групп населения. Однако повлияют ли мероприятия по устранению изжоги на неравенство в отношении здоровья, неизвестно.

Приемлемость

Качественные доказательства из разных СНСД указывают на то, что для лечения частых симптомов беременные с большей вероятностью обращаются к народным целителям, растительным

препаратам и ТВА (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). Кроме того, данные, полученные в самых разных условиях, указывают на то, что, хотя женщины обычно положительно относятся к мероприятиям, проводимым в рамках ДРП, и предоставляемой при этом информации, они с меньшей вероятностью будут обращаться за помощью, если почувствуют, что работники здравоохранения и/или лица, ответственные за разработку политики, игнорируют или не обращают внимание на их мнение, традиции и социально-экономические условия (доказательства с высоким уровнем достоверности). Это может быть особенно актуально для таких мероприятий, как акупунктура, которые могут быть культурно чуждыми и/или плохо понимаемыми в определенных условиях. Косвенные доказательства указывают также на то, что женщины приветствуют рекомендации, относящиеся к беременности, предоставляемые работниками здравоохранения во время посещений в рамках ДРП, поэтому они могут благоприятно реагировать на рекомендации по изменению образа жизни (доказательства со средним уровнем достоверности).

Выполнимость

Качественные доказательства указывают на то, что недостаток ресурсов может ограничивать предложения лечить это состояние (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

D.3 Судороги в ногах

РЕКОМЕНДАЦИЯ D.3. Для уменьшения судорог в ногах во время беременности могут применяться препараты магния, кальция или немедикаментозные методы в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной.
(Рекомендовано)

Комментарии

- Обзор не выявил доказательств, касающихся эффектов немедикаментозных методов, таких как растяжение мышц, релаксация, прогревание, тыльное сгибание стопы и массаж.
- Доказательства эффективности препаратов магния и кальция обычно имеют низкий уровень достоверности. Однако ГРР согласилась с тем, что неблагоприятные последствия их применения в дозах, изучавшихся во включенных исследованиях, являются маловероятными.
- Необходимы дальнейшие исследования этиологии и частоты судорог в ногах во время беременности, а также эффективности (если таковая имеется) препаратов магния и кальция.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств по уменьшению судорог ног по сравнению с другими методами, их отсутствием или применением плацебо (ДБ Таблица D.3)

Данные об эффектах различных мероприятий по уменьшению судорог в ногах во время беременности были получены из Кокрановского обзора, включавшего шесть небольших исследований, в которых приняли участие 390 беременных, страдавших судорогами в ногах (162). Три исследования, проведенные в Норвегии (42 женщины), Таиланде (86 женщин) и Швеции (69 женщин), предоставили данные по сравнению эффективности препаратов магния для приема внутрь и плацебо. В одном исследовании, проведенном в Швеции (43 женщины), изучали эффективность препаратов кальция для приема внутрь по сравнению с отсутствием лечения. Исследование, проведенное в Исламской Республике Иран (42 женщины), изучало эффективность препаратов витаминов B6 и B1 для приема внутрь по сравнению с отсутствием лечения. Другое исследование, проведенное в Швеции, сравнило эффективность препаратов кальция для приема внутрь и витамина C (30 женщин). Первичным исходом для этих исследований было измеренное тем или иным способом уменьшение выраженности симптомов. Другие материнские и перинатальные исходы, релевантные для этих рекомендаций, представлены не были.

Препараты магния для приема внутрь по сравнению с плацебо

В трех небольших исследованиях женщины в исследуемой группе получали препараты магния в дозе 300—360 мг/сут в пересчете на магний, разделенной на два или три приема. В исследованиях оценивали сохранение или возникновение судорог в ногах разными способами, поэтому результаты не могли быть объединены. Доказательства со средним уровнем достоверности из тайского исследования указывают на то, что у женщин, получавших препараты магния, число эпизодов судорог с большей вероятностью уменьшалось на 50% (1 исследование, 86 женщин; ОР 1,42, 95% ДИ 1,09—1,86). То же направление эффекта обнаружено в шведском исследовании, в котором был представлен исход «отсутствии судорог в ногах» после лечения, однако доказательства имели низкий уровень достоверности (1 исследование, 69 женщин; ОР 5,66, 95% ДИ 1,35—23,68). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что препараты магния для приема внутрь оказывают незначительный эффект или не влияют на развитие потенциальных побочных эффектов, в том числе тошноты, диареи, вздутия живота и повышенного отхождения газов. Доказательства, полученные из третьего исследования, были расценены как крайне неопределенные.

Препараты кальция для приема внутрь по сравнению с отсутствием лечения

В одном небольшом исследовании изучали эффективность препаратов кальция, 1 г 2 раза

в день в течение 2 недель, по сравнению с отсутствием лечения. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что у женщин, получавших препараты кальция, с большей вероятностью прекращались судороги в ногах после лечения (43 женщины; ОР 8,59, 95% ДИ 1,19—62,07).

Препараты кальция для приема внутрь по сравнению с препаратами витамина С

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что различия эффективности (если таковая имеется) препаратов кальция и витамина С при судорогах в ногах незначительные или отсутствуют (ОР 1,33, 95% ДИ 0,53—3,38).

Препараты витаминов В1 и В6 для приема внутрь по сравнению с отсутствием лечения

Это сравнению изучено в одном исследовании. В нем 21 женщина получала препараты витамина В1 (100 мг) и В6 (40 мг) 1 раз в день в течение 2 недель и 21 женщина не получала лечения. Однако доказательства с низким уровнем достоверности были противоречивыми и сложными для интерпретации.

Дополнительные соображения

- Обзор не выявил доказательств, касающихся немедикаментозных методов, таких, как растяжение мышц, массаж, релаксация, прогревание и тыльное сгибание стопы.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.D «Предпосылки» (с. 74).

Ресурсы

Дополнительный прием препаратов магния и кальция — относительно дешевое мероприятие,

особенно если проводится в течение непродолжительного времени (2—4 недели).

Справедливость

Возможная причина судорог в ногах — пищевой дефицит магния — указывает на то, что частота этого состояния должна быть выше среди неблагополучных групп населения. Следовательно, теоретически мероприятия, связанные с питанием, могут уменьшить неравенство, однако требуются доказательства этого.

Приемлемость

Качественные доказательства, полученные в самых разных условиях, указывают на то, что женщины обычно ценят рекомендации, относящиеся к беременности, предоставляемые работниками здравоохранения во время посещений в рамках ДРП, поэтому они могут благоприятно реагировать на рекомендации по приему пищевых добавок (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). Доказательства из некоторых СНСД указывают на то, что женщины верят, что беременность — это нормальное состояние, поэтому для лечения сопряженных симптомов могут обращаться к народным целителям и/или прибегать к приему растительных препаратов (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Качественные доказательства указывают на то, что недостаток ресурсов может ограничивать предложение лечить это состояние (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45). Кроме того, там, где лечение связано с дополнительными затратами для беременных, женщины с меньшей вероятностью получают его.

D.4 Боль в пояснице и тазовая боль

РЕКОМЕНДАЦИЯ D.4. Для предупреждения боли в пояснице и тазовой боли рекомендуются регулярные физические упражнения на протяжении всей беременности. В зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной могут применяться различные методы лечения, такие, как физиотерапия, ношение бандажа и акупунктура. *(Рекомендовано)*

Комментарии

- Физические упражнения для профилактики боли в пояснице и тазовой боли во время беременности можно выполнять на земле или в воде. В то время как физические упражнения могут быть полезны для уменьшения боли в пояснице, они могут усилить боль, обусловленную дисфункцией лобкового симфиза, и не рекомендуются при этом состоянии.
- Регулярные физические упражнения — основной компонент мероприятий по изменению образа жизни, которые рекомендуются беременным в рамках ДРП для профилактики избыточной прибавки в весе (см. Рекомендацию A.9).
- Беременных, предъявляющих жалобы на боль в пояснице/тазовой боли, следует предупредить, что симптомы обычно уменьшаются спустя месяцы после родов.
- Женщины должны быть информированы, что из-за недостаточности доказательств остается неясным, имеются ли побочные эффекты у альтернативных методов лечения.
- Для будущих исследований лечения боли в пояснице/тазовой боли во время беременности необходимо стандартизованное представление исходов.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств с целью уменьшения боли в пояснице и тазовой боли по сравнению с другими методами, их отсутствием или применением плацебо (ДБ Таблица D.4)

Доказательства, касающиеся эффектов различных вмешательств с целью уменьшению боли в пояснице и тазовой боли во время беременности были получены из Кокрановского обзора, включавшего 34 исследования, в которых приняла участие 5121 женщина (165). Определения боли в пояснице и тазовой боли и использовавшаяся терминология различались: так, в 15 исследованиях целью вмешательств было уменьшение боли в пояснице, в шести — уменьшение тазовой боли, в 13 — уменьшение боли в пояснице и тазовой боли. Большинство исследований оценивали лечение, однако шесть были посвящены профилактике. Данные для анализа были взяты только из нескольких исследований, результаты еще нескольких исследований представлены в описательной части. Основными исходами были уменьшение выраженности симптомов и повышение трудоспособности. Перинатальные исходы, имеющие отношение к данным рекомендациям, представлены не были. Сравнения включали:

1. любые физические упражнения (плюс стандартная помощь) по сравнению со стандартной помощью;
2. акупунктура (плюс стандартная помощь) по сравнению с симуляцией акупунктуры (плюс стандартная помощь);
3. акупунктура (плюс стандартная помощь) по сравнению с индивидуализированной физиотерапией (плюс стандартная помощь);
4. остеопатические манипуляции (плюс стандартная помощь) по сравнению со стандартной помощью;
5. бандаж одного типа по сравнению с бандажом другого типа;
6. комплексное лечение по сравнению со стандартной помощью.

Любые физические упражнения (плюс стандартная помощь) по сравнению со стандартной помощью

Данные для этого сравнения эффективности при боли в пояснице были получены из 7 исследований (645 женщин). Исследования были проведены в

Бразилии, Исламской Республике Иран, Норвегии, Таиланде и Южной Африке. Физические упражнения варьировали от индивидуальных занятий со специалистом до групповых, включали йогу и аквааэробику, а также обучение с помощью CD и буклетов. Мероприятия длились 8—12 недель, наличие или интенсивность боли в большинстве исследований оценивали по визуальной аналоговой шкале. Однако в результате метаанализа данных этих семи исследований были получены крайне неопределенные доказательства уменьшения симптомов. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что физические упражнения по поводу боли в пояснице улучшают балльную оценку нетрудоспособности (2 исследования, 146 женщин; стандартизованная РС на 0,56 ниже, 95% ДИ на 0,23—0,89 ниже). Данные по интенсивности боли в пояснице (оценка симптома) были расценены как крайне неопределенные.

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что программа физических упражнений в течение 8—12 недель может уменьшать боль в пояснице и тазовую боль по сравнению со стандартным лечением (4 исследования, 1176 женщин; ОР 0,66, 95% ДИ 0,45—0,97). Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что здоровые беременные, участвующие в программе физических упражнений, вероятно, реже берут больничный в связи с болью в пояснице или тазовой болью (2 исследования, 1062 женщины; ОР 0,76; 95% ДИ 0,62—0,94).

Акупунктура (плюс стандартная помощь) по сравнению с симуляцией акупунктуры (плюс стандартная помощь)

Четыре небольших исследования, проведенных в США и Швеции, оценили эффективность акупунктуры в комбинации со стандартной помощью по сравнению с симуляцией акупунктуры в комбинации со стандартной помощью. Однако из этих исследований были получены немногочисленные данные, которые не могли быть объединены. Доказательства с низким уровнем достоверности из одного исследования указывают на то, что акупунктура может уменьшать боль в пояснице и тазовую боль (72 женщины; ОР 4,16, 95% ДИ 1,77—9,78). Данные других исследований были представлены по-разному и оказались крайне неопределенными.

Акупунктура (плюс стандартная помощь) по сравнению с индивидуализированной физиотерапией (плюс стандартная помощь)

Это сравнение изучено в одном небольшом исследовании, проведенном в Швеции, в котором приняли участие 46 женщин, предъявлявших жалобы на боль в пояснице и тазовую боль. Основным исходом была удовлетворенность женщин лечением, но данные были расценены как крайне неопределенные.

Остеопатическая манипуляционная терапия (ОМТ) (плюс стандартная помощь) по сравнению со стандартной помощью

Три исследования изучали ОМТ, однако их данные не могли быть объединены, а результаты отдельных исследований были противоречивыми. Наиболее крупное исследование, в котором приняли участие 400 женщин, сравнивало ОМТ в комбинации со стандартной помощью с применением в качестве плацебо ультразвука в комбинации со стандартной помощью или только со стандартной помощью. Ограниченные данные из этого исследования указывают на то, что ОМТ может уменьшать боль в пояснице в большей степени, чем стандартная помощь, и в большей степени снижать балльную оценку нетрудоспособности, однако не эффективнее ультразвука в качестве плацебо по этим исходам.

Бандаж одного типа по сравнению с бандажом другого типа

Одно небольшое исследование, проведенное в Австралии, сравнило применение бандажей двух типов (BellyBra® и Tubigrip®) у женщин с болью в пояснице (n = 94). Данные из этого исследования были расценены как крайне неопределенные.

Комбинированные вмешательства по сравнению со стандартной помощью

Одно исследование, проведенное в США, представило эффективность комбинированных вмешательств по поводу боли в пояснице и тазовой боли, которое включало еженедельную мануальную терапию, проводимую хиропрактиком, в комбинации с ежедневными физическими упражнениями дома и обучением по сравнению со стандартной помощью (отдых, упражнения, грелки и анальгетики). Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что комбинированные вмешательства, вероятно, улучшают балльные оценки боли (1 исследование,

169 женщин; РС на 2,70 ниже, 95% ДИ на 1,86—3,54 ниже) и нетрудоспособности (РС на 1,40 ниже; 95% ДИ на 0,71—2,09 ниже) по сравнению со стандартной помощью.

Дополнительные соображения

- Неясно, одинаково ли применимы доказательства об эффективности физических упражнений при боли в пояснице и тазовой боли, одинаково ли эффективны профилактика и лечение, поскольку были объединены данные исследований, касающихся профилактики и лечения. Доказательства, полученные в двух исследованиях эффективности физических упражнений и обучения, указывают на то, что эти мероприятия могут оказывать незначительный эффект или не влияют на предупреждение тазовой боли (ОР 0,97; 95% ДИ 0,77—1,23).
- Крайне неопределенные доказательства относительно ряда других вмешательств, например чрескожной электронейростимуляции (TENS), прогрессивной миорелаксации с помощью музыки, краниосакральной терапии и применения ацетаминофена (парацетамола), которые были оценены в отдельных небольших исследованиях, продемонстрировавших очевидное уменьшение симптомов по сравнению со стандартной помощью, были также представлены в обзоре.
- Стандартная помощь по поводу боли в пояснице и внизу живота обычно включает отдых, применение грелок или холодных компрессов и парацетамола.
- Данные о потенциальных побочных эффектах альтернативных методов лечения, например хиропрактики или остеопатии, немногочисленны, необходимы дальнейшие качественные исследования, чтобы установить, эффективны и безопасны ли эти методы при боли в пояснице и/или тазовой боли во время беременности.
- Показано, что физические упражнения во время беременности имеют другие благоприятные последствия для беременных, в том числе уменьшение избыточной прибавки в весе во время беременности (см. Рекомендацию А.9).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.D «Предпосылки» (с. 74).

Ресурсы

Физические упражнения могут проводиться в группах и индивидуально дома. Следовательно, стоимость этих вмешательств различна. Бандажи продаются по цене от менее 10 долл. США за штуку⁵. Физиотерапия и акупунктура требуют обучения специалистов и, следовательно, по-видимому, являются более ресурсоемкими.

Справедливость

Улучшение доступа к вмешательствам по поводу боли в пояснице и внизу живота может уменьшить неравенство за счет уменьшения функциональных нарушений и нетрудоспособности, связанных с болью в пояснице и внизу живота, среди женщин из неблагополучных групп населения.

Приемлемость

Качественные доказательства, полученные в самых разных условиях, указывают на то, что, несмотря на обычно положительное отношение женщин к мероприятиям, проводимым в рамках ДРП, и предоставляемой при этом информации, они с меньшей вероятностью будут обращаться за помощью, если почувствуют, что работники здравоохранения и/или лица, ответственные за разработку политики, игнорируют или не обращают внимание на их мнение, традиции и социально-экономические условия (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Это может быть особенно актуально для таких мероприятий, как акупунктура, которые могут быть культурно чуждыми и/или плохо понимаемыми в определенных условиях. Кроме того, там, где лечение, вероятно, связано с дополнительными затратами или оно недоступно вследствие нехватки ресурсов, женщины с меньшей вероятностью обращаются за медицинской помощью (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Недостаток ресурсов может ограничивать предложение лечить это состояние (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

⁵ На основе поиска в интернете.

D.5 Запоры

РЕКОМЕНДАЦИЯ D.5. Если запоры во время беременности сохраняются, несмотря на изменение питания, для их уменьшения могут назначаться пшеничные отруби или другие источники пищевых волокон в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной. (Рекомендовано)

Комментарии

- Рекомендации по изменению питания с целью уменьшения запоров во время беременности должны включать достаточное потребление воды и пищевых волокон (присутствующих в овощах, орехах, фруктах и цельном зерне).
- Для женщин с тяжелыми запорами, которые не устраняют диета и дополнительный прием пищевых волокон, заинтересованные стороны могут рассматривать периодический прием плохо всасывающихся слабительных.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств по уменьшению запоров по сравнению с другими методами, их отсутствием или применением плацебо (ДБ Таблица D.5)

Доказательства, касающиеся эффектов различных вмешательств по уменьшению запоров во время беременности, были получены из Кокрановского обзора, включавшего два небольших РКИ, в которых приняли участие 180 женщин (161). Оба исследования были проведены в Соединенном Королевстве среди беременных, страдающих запорами. Одно сравнивало эффективность дополнительного приема пищевых волокон по сравнению с отсутствием лечения (40 женщин), другое — эффективность стимулирующих слабительных и слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого (140 женщин). Перинатальные исходы, имеющие отношение к этим рекомендациям, не представлены.

Дополнительный прием пищевых волокон по сравнению с отсутствием лечения

Данные из небольшого исследования, оценивавшего эффективность дополнительного приема пищевых волокон по сравнению с отсутствием лечения при запорах (представлена в виде средней частоты стула) были расценены как крайне неопределенные.

Стимулирующие слабительные по сравнению со слабительными, увеличивающими объем кишечного содержимого

В этом исследовании, проведенном в 1970-е годы, использовались два стимулирующих слабительных: сенна и Normax®. Последнее (содержит дантрон) является потенциальным канцерогеном и в настоящее время применяется

только у терминальных больных. Тем не менее отдельных данных для сенны нет. Доказательства, касающиеся уменьшения симптомов, побочных эффектов (дискомфорт в животе, диарея) и удовлетворенности женщин при сравнении стимулирующих слабительных и слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого (стеркулия с корой крушины или без нее) были расценены как крайне неопределенные.

Дополнительные соображения

- В качестве безрецептурных средств для лечения запоров доступны различные слабительные, увеличивающие объем кишечного содержимого (пшеничные и овсяные отруби, стеркулия, метилцеллюлоза, семя подорожника), осмотические (лактюлоза) и стимулирующие (сенна) слабительные. Их применение во время беременности не имеет неблагоприятных последствий (166).
- Слабительные могут нарушать всасывание витаминов и минеральных добавок.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.D «Предпосылки» (с. 74).

Ресурсы

Стоимость зависит от проводимого вмешательства и региона. Отруби относительно дешевы: так, упаковка пшеничных отрубей весом 375 г стоит примерно 1,5 долл. США⁶.

Справедливость

Влияют ли вмешательства по уменьшению запоров на неравенство в отношении здоровья, неизвестно.

⁶ На основе поиска в интернете.

Приемлемость

Качественные доказательства из разных СНСД указывают на то, что для лечения частых симптомов беременные с большей вероятностью обращаются к народным целителям, растительным препаратам и ТВА (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). Кроме того, данные, полученные в самых разных условиях, указывают на то, что, хотя женщины обычно положительно относятся к мероприятиям, проводимым в рамках ДРП, и предоставляемой при этом информации, они с меньшей вероятностью будут обращаться

за помощью, если почувствуют, что работники здравоохранения и/или лица, ответственные за разработку политики, игнорируют или не обращают внимание на их мнение, традиции и социально-экономические условия (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Другие качественные данные указывают на то, что недостаток ресурсов может ограничивать предложение лечить запоры (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

D.6 Варикозное расширение вен и отеки

РЕКОМЕНДАЦИИ D.6. При варикозном расширении вен и отеках во время беременности могут использоваться немедикаментозные средства, такие, как ношение компрессионного трикотажа, приподнятое положение ног и ножные ванны, в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной. (Рекомендовано)

Комментарии

- Женщины должны быть информированы, что проявления варикозного расширения вен могут усугубляться по мере увеличения срока беременности, однако у большинства женщин в течение нескольких месяцев после родов наступает некоторое улучшение.
- Отдых, приподнятое положение ног и ножные ванны — дешевые, не приносящие вреда мероприятия.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты вмешательств по поводу варикозного расширения вен и отеков по сравнению с другими методами, их отсутствием или применением плацебо (ДБ Таблица D.6)

Доказательства, касающиеся эффектов различных вмешательств по уменьшению варикозного расширения вен во время беременности были получены из Кокрановского обзора, включавшего семь небольших исследований, в которых приняла участие 326 женщин с варикозным расширением вен и/или отеками и оценивались различные мероприятия, в том числе применение рутозида (венотонизирующее средство) по сравнению с плацебо (два исследования), массаж ног профессиональным массажистом в течение 5 дней по сравнению с отсутствием лечения (1 исследование, 80 женщин), перемежающаяся пневматическая компрессия по сравнению с отдыхом (1 исследование, 35 женщин), стояние в воде при температуре 29—33°C в течение 20 минут (ножные ванны) по сравнению с приподнятым положением ног (1 исследование, 32 женщины), рефлексотерапия по сравнению

с отдыхом (1 исследование, 55 женщин) (160).

Другое исследование по сравнению эффективности ношения компрессионного трикотажа и отдыха в положении на левом боку не предоставило данных для анализа. Исходы для плода и новорожденного, имеющие отношение к рекомендациям по ДРП, в этих исследованиях представлены не были.

Медикаментозные методы по сравнению с плацебо или отсутствием лечения

Данные получены только из одного небольшого исследования, проведенного в 1975 г. (69 женщин). Доказательства с низким уровнем достоверности из этого исследования указывают на то, что рутозид может уменьшать проявления (ночные судороги, парестезии, чувство усталости) варикозного расширения вен по сравнению с плацебо (69 женщин; ОР 1,89, 95% ДИ 1,11—3,22). Однако данные о побочных эффектах представлены не были.

Немедикаментозные методы по сравнению с плацебо или отсутствием лечения

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что *рефлексотерапия* может

уменьшать отеки по сравнению с отдыхом (55 женщин; ОР 9,09, 95% ДИ 1,41—58,54) и что ножные ванны могут уменьшать отеки (объем ног) по сравнению с приподнятым положением ног (32 женщины; ОР 0,43, 95% ДИ 0,22—0,83). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что по сравнению с отсутствием лечения массаж ног оказывает незначительный эффект или не влияет на отеки (эффект оценивался при измерении окружности голени в сантиметрах) (80 женщин; РС в сантиметрах: на 0,11 меньше, 95% ДИ от на 1,02 меньше до на 0,80 больше); то же можно сказать о периодической пневматической компрессии по сравнению с отдыхом (эффект оценивался по среднему объему ноги, единицы измерения неизвестны) (35 женщин; РС на 258,8 меньше, 95% ДИ от на 566,91 меньше до на 49,31 больше). Только одно исследование (рефлексотерапия по сравнению с отдыхом) изучало удовлетворенность женщин, но данные имеют очень низкий уровень достоверности.

Дополнительные соображения

■ Ношение компрессионного трикотажа в комбинации с приподнятым положением ног — самый частый метод нехирургического лечения варикозного расширения вен и отеков, однако Кокрановский обзор не нашел данных о его применении во время беременности (160). Компрессионный трикотаж широко применяется для профилактики осложнений варикозного расширения вне беременности, но доказательства эффективности этого метода в соответствующем Кокрановском обзоре были в целом крайне неопределенными (167).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.D «Предпосылки» (с. 74).

Ресурсы

Изменение положения тела — дешевое мероприятие. Стоимость компрессионного трикотажа различна, но он может стоить более 15 долл. США за пару чулок. Рефлексотерапия и

профессиональный массаж требуют специального обучения и, следовательно, являются более дорогостоящими.

Справедливость

Влияют ли вмешательства по поводу варикозного расширения вен и отеков на неравенство в отношении здоровья, неизвестно.

Приемлемость

Качественные доказательства из разных СНСД указывают на то, что для лечения перечисленных симптомов беременные с большей вероятностью обращаются к народным целителям, приему растительных препаратов и ТВА (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). Кроме того, данные, полученные в самых разных условиях, указывают на то, что, хотя женщины обычно положительно относятся к мероприятиям, проводимым в рамках ДРП, и предоставляемой при этом информации, они с меньшей вероятностью будут обращаться за помощью, если почувствуют, что работники здравоохранения и/или лица, ответственные за разработку политики, игнорируют или не обращают внимание на их мнение, традиции и социально-экономические условия (доказательства с высоким уровнем достоверности). Это может быть особенно актуально для таких мероприятий, как рефлексотерапия, которые могут быть культурно чуждыми и/или плохо понимаемыми в определенных условиях. Качественные доказательства демонстрируют, что там, где лечение, вероятно, связано с дополнительными затратами или недоступно вследствие нехватки ресурсов, женщины с меньшей вероятностью обращаются за помощью (доказательства с высоким уровнем достоверности).

Выполнимость

Доказательства также указывают на то, что недостаток ресурсов может ограничивать предложение лечить варикозное расширение вен и отеки (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Е. Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП

Предпосылки

Существует множество вмешательств, которые могут быть использованы для повышения использования и качества ДРП в зависимости от контекста и условий. Для целей этих рекомендаций ГРР рассмотрела следующие мероприятия:

1. хранение женщинами своей медицинской документации;
2. модели непрерывной помощи, оказываемой акушерками;
3. групповая ДРП;
4. мероприятия на уровне сообщества, направленные на улучшение общения и поддержки;
5. перераспределение обязанностей;
6. набор и сохранение кадров;
7. график контактов в рамках ДРП.

Как предоставлять ДРП такого типа и качества, которые хотят женщины, — обширная и сложная область для научных исследований. Мероприятия, направленные на повышение компетентности персонала, улучшение его благосостояния, а также другие меры (например, финансовые стимулы) для повышения доступа к ДРП и ее использования — обширные темы, которые были расценены как выходящие за рамки данных рекомендаций.

- **Хранение женщинами своей медицинской документации.** Во многих странах женщинам выдают их медицинскую документацию (или документацию для домашнего хранения) для хранения на протяжении беременности. Документация может быть бумажной (например, карта, журнал, пособие) или электронной (например, электронный носитель), и женщины должны приносить ее с собой на

все посещения. Если женщины переезжают или направляются на консультацию из одного медицинского учреждения в другое либо если возникают осложнения, когда немедленный доступ к медицинской документации не всегда возможен, практика хранения медицинской документации женщинами может повысить ее доступность (168). Хранение женщинами своей медицинской документации может быть также эффективным методом улучшения осведомленности по вопросам здоровья и взаимоотношений между пациентом и работником здравоохранения (169). Неадекватные инфраструктура и ресурсы часто препятствуют эффективному ведению документации, следовательно, вероятность ее утраты снижается при личном хранении. Кроме того, благодаря непрерывным отметкам о развитии плода эта практика может способствовать более точной оценке гестационного возраста, которая является неотъемлемой частью принятия доказательно обоснованных решений (170).

- **Модели непрерывной помощи, оказываемой акушерками (НПА).** Во многих условиях акушерки являются основными работниками здравоохранения, оказывающими ДРП (171). В моделях НПА знакомая и заслуживающая доверия акушерка (индивидуальное оказание помощи) или небольшая группа знакомых акушерок (бригадное оказание помощи) поддерживает женщину на протяжении всей беременности, во время родов и послеродового периода, содействуя здоровой беременности, родам и материнству (172). Модель НПА включает непрерывность оказания помощи; наблюдение за физическим, психологическим, духовным и социальным благополучием женщины и семьи на протяжении цикла деторождения; индивидуализированные обучение, консультирование и ДРП; присутствие знакомой акушерки во время родов и сразу после них; непрерывная поддержка на протяжении послеродового

периода; сведение к минимуму ненужных вмешательств; определение необходимости консультации, направление на консультацию и координирование помощи женщинам, требующим внимания акушера или другого специалиста (173). Таким образом, модель НПА существует в рамках мультидисциплинарной сети, в которой консультации других работников здравоохранения и направление на консультации происходят по мере необходимости. Модель НПА обычно нацелена на оказание помощи здоровым женщинам с неосложненным течением беременности.

■ **Групповая ДРП.** ДРП обычно имеет форму личной консультации беременной у работника здравоохранения. Групповая ДРП объединяет обычную индивидуальную оценку состояния здоровья беременной со специальными групповыми обучающими мероприятиями и взаимной поддержкой, чтобы мотивировать изменение поведения беременных, улучшить исходы беременности и повысить удовлетворенность женщин (174). Мероприятия обычно включают самообследование (например, измерение артериального давления), групповое обучение с облегченной дискуссией и время для общения. Групповую ДРП необходимо проводить в помещении, достаточно большом, чтобы принять группу женщин, и имеющем отдельную зону для проведения обследований.

■ **Мероприятия на уровне сообщества, направленные на улучшение общения и поддержки.** Предварительный анализ, проведенный для рекомендаций по ДРП, определил, что общение и поддержка являются для женщин неотъемлемыми компонентами положительного опыта беременности. Термин «общение» означает обмен информацией, обучение и взаимодействие с женщинами по своевременным и релевантным физиологическим, биомедицинским, поведенческим и социокультурным вопросам; термин «поддержка» подразумевает социальную, культурную, эмоциональную и психологическую поддержку (13). Наличие доступа к полноценному общению и поддержке — ключевой элемент качественной ДРП. Подход, основанный на соблюдении прав человека, признает, что женщины имеют право участвовать в принятии решений, касающихся их сексуального и репродуктивного

Ценности женщин

Данные для рекомендаций по ДРП были получены из результатов предварительного анализа того, что женщины хотят от ДРП и какие исходы значимы для них (13). Показано, что для женщин из стран с высоким, средним и низким уровнем обеспеченности ресурсами значимо получение «положительного опыта беременности». В контексте систем здравоохранения он включает гибкую систему назначения посещений и непрерывность оказания помощи, при которой женщинам предоставляют конфиденциальные условия и время, чтобы построить доверительные, полные поддержки взаимоотношения с работниками здравоохранения, оказывающими ДРП (высокий уровень достоверности доказательств).

здоровья (1). Кроме того, беременные имеют право получать качественную медицинскую помощь, и, особенно в условиях ограниченных ресурсов, им должна быть предоставлена такая возможность. Мероприятия, способствующие диалогу о правах женщин, факторах, способствующих и препятствующих обращению за ДРП и поддержанию здоровья во время и вне беременности (в том числе обсуждение ухода за новорожденными и планирования семьи после родов), а также оказание женщинам и их партнерам поддержки в борьбе с трудностями, с которыми они могут сталкиваться, может способствовать повышению использования и качества ДРП.

■ **График контактов в рамках ДРП.** В 2002 г. для повышения качества помощи и охвата ДРП, особенно в СНСД, ВОЗ рекомендовала сфокусированный или целенаправленный подход к ее оказанию (12). Модель сфокусированной ДРП (ФДРП), известная также как модель базовой ДРП, включает 4 посещения между 8 и 12-й неделями, 24 и 26-й неделями, на 32-й и между 36 и 38-й неделями беременности. Рекомендации по каждому посещению включают определенные, основанные на принципах доказательной медицины мероприятия для здоровых беременных (называемые «целенаправленными») и соответствующее направление на консультацию беременных с высоким риском и тех, у кого развиваются осложнения. Число посещений в этой модели значительно меньше, чем в моделях ДРП, использующихся в СВД.

ГРР рассмотрела имеющиеся доказательства и другую релевантную информацию по этим мероприятиям, чтобы определить следует ли рекомендовать их для ДРП (Рекомендации E1—E5). ГРР рассмотрела также существующие

рекомендации из других публикаций ВОЗ по перераспределению обязанностей, набору и сохранению кадров в сельских районах (Рекомендации E5 и E6).

E.1 Хранение женщинами своей медицинской документации

РЕКОМЕНДАЦИЯ E.1. Каждой беременной рекомендуется хранить собственную медицинскую документацию. Это способствует обеспечению непрерывности и повышению качества дородовой помощи, а также формированию положительного опыта беременности. (Рекомендовано)

Комментарии

- ГРР отметила, что хранение женщинами своей медицинской документации широко применяется и что в разных условиях СНСД зачастую это единственная доступная медицинская документация.
- ГРР согласилась, что преимущества хранения женщинами своей медицинской документации перевешивают недостатки. Однако необходимо тщательно рассмотреть, какую личную информацию следует включать в эту документацию, чтобы избежать стигматизации и дискриминации в определенных условиях. Кроме того, лица, занимающиеся планированием в системах здравоохранения, должны гарантировать, что поступление в больницы и другие медицинские учреждения не будут зависеть от наличия у женщин медицинской документации.
- Лица, занимающиеся планированием в системах здравоохранения, должны рассмотреть, какую форму (электронную или бумажную) должна иметь медицинская документация, должны ли женщины хранить полный пакет документов или только определенную его часть и как в медицинских учреждениях будут храниться копии документов.
- При хранении бумажной документации лица, занимающиеся планированием в системах здравоохранения, должны обеспечить ее долговечность и транспортабельность. Системы здравоохранения, предоставляющие женщинам доступ к их электронной документации, должны гарантировать, что все беременные имеют доступ к соответствующей технологии и уделено внимание безопасности данных.
- Лица, занимающиеся планированием в системах здравоохранения, должны обеспечить, что содержание документации доступно всем беременным, поскольку в ней использован соответствующий местный язык и она соответствует уровню чтения.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты хранения женщинами своей медицинской документации по сравнению с другими методиками (ДБ Таблица E.1)

Доказательства, касающиеся хранения женщинами своей медицинской документации были получены главным образом из Кокрановского обзора, включавшего четыре небольших исследования, в которых приняли участие 1176 женщин (168). Исследования были проведены в Австралии, Монголии и Соединенном Королевстве (2 исследования). В трех исследованиях беременным в исследуемой группе выдавали полный комплект их медицинской документации (бумажной), касающейся течения беременности. Еще в одном кластерном

рандомизированном исследовании (РКИ), в котором участвовала 501 женщина из Монголии, женщинам в исследуемой группе выдавали пособие, включавшее медицинскую документацию о течении беременности, послеродового периода и состоянии здоровья ребенка. В контрольных группах данные о течении беременности хранились в медицинских учреждениях. Данные об охвате ДРП для монгольского исследования были получены отдельно из другого Кокрановского обзора (175).

Материнские исходы

Относительно удовлетворенности женщин доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что женщины, которые хранят свою медицинскую документацию, вероятно, чувствуют,

что они в большей степени контролируют свой опыт беременности, чем те, чья документация хранится в медицинских учреждениях (2 исследования, 450 женщин; ОР 1,56, 95% ДИ 1,18—2,06). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что хранение женщинами своей медицинской документации может оказывать незначительный эффект или не влияет на удовлетворенность женщин ДРП (2 исследования, 698 женщин; ОР 1,09, 95% ДИ 0,92—1,29). Данные о частоте кесарева сечения были крайне неопределенными, другие исходы для этих рекомендаций в обзоре не представлены.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что хранение женщинами своей медицинской документации может оказывать незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (2 исследования, 713 женщин; ОР 0,77, 95% ДИ 0,17—3,48). Другие исходы для плода и новорожденного в обзоре не представлены.

Охват

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что хранение женщинами своей медицинской документации может оказывать незначительный эффект или не влияет на охват четырьмя посещениями в рамках ДРП и более (1 исследование, 501 женщина; ОР 1,25, 95% ДИ 0,31—5,00).

Дополнительные соображения

- Другие доказательства из обзора указывают на то, что вероятность утраты документации или ее оставления дома различается незначительно или одинакова (2 исследования, 347 женщин; ОР 0,38, 95% ДИ 0,04—3,84).
- В многоцентровом когортном исследовании, проведенном ВОЗ в 1984—1988 гг., изучавшем хранение женщинами своей медицинской документации (НВМР), приняли участие 590 862 женщины из Египта, Замбии, Индии, Йемена, Пакистана, Сенегала, Филиппин, Шри-Ланки (176). В исследовании сказано: «Внедрение НВМР повышало выявление и направление на консультацию беременных и новорожденных из групп риска, улучшало планирование семьи и санитарное просвещение, повышало охват иммунизацией столбнячным анатоксином и предоставляло возможность получения информации о состоянии здоровья в сообществе. Методика НВМР понравилась женщинам,

общинным работникам здравоохранения и другому медицинскому персоналу, поскольку, применяя ее, женщины стали более активно участвовать в поддержании собственного здоровья и здоровья своих детей».

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.Е «Предпосылки» (с. 86).

Ресурсы

Последствия с точки зрения ресурсов зависят от того, какая система (электронная или бумажная) используется. Электронные системы требуют больше ресурсов. Бумажные системы требуют производства прочных транспортабельных журналов, а также системы хранения копий. Необходимость адаптации и/или перевода журналов может увеличивать стоимость.

Справедливость

ГРП сочла, что хранение женщинами своей медицинской документации может быть предметом злоупотреблений и дискриминации в отношении женщин, которые не имеют ее или документация которых содержит информацию, связанную со стигмами (например, наличие ВИЧ-инфекции). Менее образованным женщинам с меньшей грамотностью в вопросах здоровья может быть труднее читать и понимать свою документацию, что может способствовать неравенству.

Приемлемость

Качественные данные указывают на то, что женщины в самых разных условиях предпочитают хранить свою медицинскую документацию, поскольку это увеличивает вероятность получения информации о течении беременности и собственном здоровье и чувство уверенности в собственных силах, которое она дает (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). В некоторых СНСД возможны злоупотребления системой, например ограничение доступа к стационарам женщин, не имеющих медицинской документации, особенно там, где служба охраны материнства имеет недостаточно ресурсов (доказательства со средним уровнем достоверности). Дополнительные данные из обзора разных методов подтверждают данные РКИ о том, что хранение или доступ к своей медицинской документации повышает удовлетворенность женщин (177). Эти данные не включались в анализ достоверности с помощью метода GRADE-CERQual и были получены преимущественно из стран с высокими доходами (36 из 37 исследований). Результаты также указывают на то, что работники

здравоохранения обычно довольны хранением женщинами своей медицинской документации, но считают, что внедрение мероприятия может создавать дополнительную административную ответственность. Работники здравоохранения высказывают озабоченность в связи с вопросами безопасности данных, личным характером предоставляемой информации и возможностью утраты данных из-за фрагментированности системы.

Выполнимость

В некоторых СНСД дополнительные расходы, связанные с использованием электронной системы (USB-карты памяти, программное обеспечение и т. д.) могут быть непомерно высокими (доказательства с высоким уровнем достоверности), а бумажная система может потребовать незначительных дополнительных затрат (45).

Е.2 Непрерывная помощь, оказываемая акушерками (НПА)

РЕКОМЕНДАЦИЯ Е.2. В условиях, где хорошо развито акушерское дело, рекомендуется модель, в рамках которой непрерывную помощь женщине на протяжении родов, дородового и послеродового периодов оказывает одна или несколько известных ей акушерок. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- Модели НПА — это модели помощи, в которых знакомая и заслуживающая доверия акушерка (индивидуальное оказание помощи) или небольшая группа знакомых акушерок (бригадное оказание помощи) поддерживает женщину на протяжении всей беременности, во время родов и послеродового периода, содействуя здоровым беременности, родам и материнству.
- Применение моделей НПА — сложное мероприятие, поэтому неясно, что вызывает положительные эффекты: непрерывность оказания медицинской помощи, философия оказания медицинской помощи акушерками или и то, и другое. Принципы оказания медицинской помощи акушерками, присущие модели НПА, могут играть, а могут и не играть роль в стандартной практике оказания медицинской помощи акушерками в рамках других моделей.
- В условиях отсутствия хорошо функционирующих программ оказания помощи акушерками лица, ответственные за разработку политики, должны рассматривать внедрение этой модели только после успешного увеличения числа практикующих акушерок и качества оказываемой ими помощи. Кроме того, заинтересованные стороны могут рассматривать варианты оказания непрерывной помощи, которую ценят женщины, другими работниками здравоохранения.
- Экспертная группа отметила, что при этой модели оказания помощи важно вести мониторинг использования ресурсов, профессионального выгорания и нагрузки на персонал, определять, какой вариант оказания помощи — индивидуальный или бригадный — является более устойчивым в данных условиях.
- НПА требует наличия достаточного числа хорошо обученных акушерок, чтобы каждая женщина на протяжении всей беременности и родов наблюдалась одной или несколькими акушерками. Следовательно, эта модель может потребовать перераспределения ресурсов, чтобы гарантировать достаточное число акушерок с разумной рабочей нагрузкой.
- Внедрение НПА может привести к перераспределению ролей и обязанностей акушерок, а также других работников здравоохранения, которые ранее оказывали помощь во время беременности и после родов. Там, где это происходит, внедрение, вероятно, будет более эффективным, если проведены консультации со всеми заинтересованными сторонами и привлечены департаменты по управлению персоналом. В некоторых условиях процессу внедрения способствуют консультации с профессиональными сообществами на правительственном уровне.
- Следует оценить необходимость дополнительного однократного или непрерывного обучения и при необходимости провести его.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты моделей НПА по сравнению с другими моделями оказания помощи (ДБ Таблица Е.2)

Доказательства, касающиеся моделей НПА, были получены из Кокрановского обзора, включавшего 15 исследований, в которых приняли участие 17 674 женщины, рандомизированные получать ДРП в рамках модели НПА или в рамках других моделей (172). Все включенные исследования были проведены в системах общественного здравоохранения СВД (Австралии, Ирландии, Канады и Соединенного Королевства). Были проанализированы данные 14 из 15 исследований. Восемь исследований сравнивали модель НПА с моделью совместной помощи, три исследования — модель НПА с моделью помощи под руководством врача и три исследования — модель НПА со «стандартной помощью» (смешанная модель, включающая помощь, оказываемую акушерками, не основанную на принципе непрерывности, помощь под руководством врача и совместную помощь). Некоторые модели НПА включали посещения акушера и/или семейного врача. Восемь исследований включали только беременности низкого риска, шесть включали также беременности высокого риска. Четыре исследования оценивали индивидуальное оказание помощи в рамках НПА, 10 исследований — бригадное оказание помощи. В моделях индивидуального оказания помощи нагрузка на одну акушерку варьировала от 32 до 45 беременных в год. Оценивали степень непрерывности оказания помощи (доля родов, на которых присутствовал знакомый работник здравоохранения): она составляла 63—98% для НПА и 0—21% для других моделей. При проведении всех метаанализов применялась модель случайных эффектов.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности демонстрируют, что по сравнению с другими моделями НПА, вероятно, слегка повышает вероятность родов через естественные родовые пути (12 исследований, 16 687 участниц; ОР 1,05, 95% ДИ 1,03—1,07). НПА может уменьшать частоту кесарева сечения (14 исследований, 17 674 участницы; ОР 0,92, 95% ДИ 0,84—1,00), однако эти доказательства имеют низкий уровень достоверности и не исключают возможность отсутствия эффекта. Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что, по сравнению с другими моделями, применение моделей НПА может быть связано с более низкой частотой вакуум-экстракции или применения акушерских щипцов

(13 исследований, 17 501 участница; ОР 0,90, 95% ДИ 0,83—0,97).

Удовлетворенность матерей. В Кокрановском обзоре были сведены в таблицу данные об удовлетворенности женщин различными аспектами помощи во время беременности, родов и после них. Специально для данных рекомендаций был проведен метаанализ данных об удовлетворенности только ДРП (см. ДБ Таблица Е.2), результаты которого указывают на то, что по сравнению с другими моделями модели НПА могут повышать долю женщин, имеющих высокую удовлетворенность ДРП (4 исследования, 5419 женщин; ОР 1,31, 95% ДИ 1,11—1,54; *доказательства с низким уровнем достоверности*).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что НПА, вероятно, снижает риск преждевременных родов (8 исследований, 13 338 участниц; ОР 0,76, 95% ДИ 0,64—0,91) и, вероятно, перинатальную смертность (определялась в обзоре как гибель плода после 24-й недели беременности или гибель новорожденного) (13 исследований, 17 561 женщина; ОР 0,84, 95% ДИ 0,71—0,99). Однако доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что НПА может оказывать незначительный эффект или не влияет на частоту рождения маловесных детей (7 исследований, 11 458 женщин; ОР 0,96, 95% ДИ 0,82—1,13). Данных по другим исходам для рекомендаций по ДРП в обзоре не было.

Дополнительные соображения

- Хотя механизм вероятного снижения частоты преждевременных родов и перинатальных смертей неясен, ГРП сочла важными согласованность результатов и отсутствие неблагоприятных последствий.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.Е «Предпосылки» (с. 86).

Ресурсы

В условиях хорошо функционирующих программ оказания помощи акушерками может потребоваться перераспределение ресурсов, чтобы обеспечить достаточное число акушерок с разумной рабочей нагрузкой в системе здравоохранения. Возможны затраты на обучение, связанные с переходом на модель НПА. Однако одно исследование в Кокрановском обзоре обнаружило, что за счет

различий в затратах на содержание персонала затраты на одного работника здравоохранения, оказывающего ДРП в рамках модели НПА, были на 20—25% ниже, чем при оказании другой помощи акушерками (178).

Справедливость

Справедливый охват и повышение качества работы акушерок являются основными проблемами во многих СНСД (171). Модели НПА в любых условиях могут уменьшить неравенство в отношении здоровья, например за счет предоставления женщинам из неблагополучных групп населения благоприятных условий для раскрытия информации, которая может способствовать выявлению факторов риска неблагоприятных исходов, таких, как жестокое обращение со стороны полового партнера.

Приемлемость

Качественные доказательства, полученные в разных условиях, указывают, что женщины приветствуют возможность построить полные поддержки и заботы взаимоотношения с акушеркой или небольшой группой акушерок во время беременности (доказательства с высоким уровнем достоверности) и

ценят последовательный, размеренный, ориентированный на них подход к оказанию ДРП (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Доказательства, полученные от работников здравоохранения, преимущественно из СВД, указывают, что они рассматривают НПА как способ формирования доверительных, полных поддержки взаимоотношений, которых хотят женщины (доказательства со средним уровнем достоверности). Данные о моделях НПА из СНСД немногочисленны. Однако косвенные доказательства, полученные от работников здравоохранения из СНСД, указывают на то, что они приветствуют возможность применения модели СНСД, но считают, что не имеют ресурсов для этого (доказательства с низким уровнем достоверности).

Выполнимость

Качественные доказательства из стран с высоким, средним и низким доходом подчеркивают озабоченность работников здравоохранения потенциальными кадровыми вопросами, например при индивидуальном оказании помощи (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45).

Е.3 Групповая дородовая помощь

РЕКОМЕНДАЦИЯ Е.3. В рамках научных исследований с учетом предпочтений женщины и при условии наличия необходимых инфраструктуры и ресурсов в качестве альтернативы индивидуальной дородовой помощи может быть предложена групповая дородовая помощь, оказываемая квалифицированными работниками здравоохранения. (Рекомендовано при определенных условиях)

Комментарии

- При использовании модели групповой ДРП первое посещение беременной всегда является индивидуальным. Во время последующих посещений обычное индивидуальное обследование беременной, проводимое в отдельной зоне, включено в групповое занятие с облегченными обучающими мероприятиями и взаимной поддержкой.
- Для применения групповой модели в медицинских учреждениях должно наблюдаться много беременных, поскольку в идеале группы формируются в соответствии со сроком беременности.
- Работникам здравоохранения необходимо надлежащее обеспечение групповых занятий, в том числе большие хорошо вентилируемые комнаты или пространство под навесом с достаточным количеством сидячих мест. Должна быть выделена зона для обследования и иметься возможность для конфиденциальной беседы.
- Групповая ДРП может занимать больше времени, чем индивидуальная, что может создавать практические трудности для некоторых женщин с точки зрения работы и ухода за детьми. Работники здравоохранения должны быть в состоянии предложить разные временные интервалы для групповых занятий (утром, днем, вечером) и, помимо этого, рассмотреть возможность для оказания индивидуальной помощи.
- ГРР отметила, что групповая ДРП может быть сопряжена с вопросами приемлемости и выполнимости в условиях, где ощутимые различия разобщают людей, так, в Индии женщины, принадлежащие к разным кастам, могут не захотеть быть в одной группе.
- В настоящее время исследования групповой ДРП проводятся в Непале, Уганде и пяти других странах с низким доходом. Один из членов ГРР сообщил, что вскоре ожидаются результаты некоторых из этих исследований. Основные исходы исследований групповой ДРП должны включать материнские и перинатальные исходы, охват, опыт женщин и работников здравоохранения.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты групповой ДРП по сравнению с индивидуальной (ДБ Таблица Е.3)

Доказательства, касающиеся эффектов групповой ДРП, были получены из Кокрановского обзора, включавшего четыре исследования, в которых приняли участие 2350 женщин (174). Два исследования из США, использовали модель групповой ДРП «CenteringPregnancy®», согласно которой ДРП проводится в группе из 8—12 беременных со сходным сроком; в течение беременности проводится 8—10 занятий, каждое длится 90—120 минут. Занятия включают самообследование (например, измерение артериального давления), групповое обучение с облегченной дискуссией и время для общения, индивидуальные обследования проводят в отдельной/отгороженной ширмой зоне. Одно исследование, проведенное в Швеции,

использовало модель, сходную с американской, но оценивало, главным образом, исходы для работников здравоохранения и предоставило для обзора немногочисленные данные. Четвертое исследование, проведенное в Исламской Республике Иран, было кластерным РКИ, изучавшим групповую ДРП, сходную с моделью «CenteringPregnancy®».

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают на то, что по сравнению с индивидуальной групповой ДРП, вероятно, не влияет на частоту родов через естественные родовые пути (1 исследование, 322 женщины; ОР 0,96, 95% ДИ 0,80—1,15). Однако доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что она повышает балльную оценку удовлетворенности женщин (1 исследование, 993 женщины; РС 4,9; 95% ДИ 3,10—6,70).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что групповая ДРП, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту рождения маловесных детей (3 исследования, 1935 новорожденных; ОР 0,92, 95% ДИ 0,68—1,23). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что она может оказывать незначительный эффект или не влияет на перинатальную смертность (3 исследования, 1943 новорожденных; ОР 0,63, 95% ДИ 0,32—1,25). Однако доказательства с низким уровнем достоверности также говорят о том, что групповая ДРП может снижать частоту преждевременных родов (3 исследования, 1888 женщин; ОР 0,75, 95% ДИ 0,57—1,00); эти данные не исключают возможность отсутствия эффекта. Данные о риске рождения МГВ детей имеют очень низкий уровень достоверности.

Дополнительные соображения

- Данные об эффектах групповой ДРП в СНСД немногочисленны. Однако исследование выполнимости, проведенное в Гане, указывает на то, что групповая ДРП может улучшать опыт женщин и работников здравоохранения, а также потенциально улучшать исходы в отношении здоровья в странах с низким доходом благодаря повышению медицинской грамотности и вовлечения беременных в ДРП (179).
- Есть вероятность, что групповая ДРП может влиять на другие исходы, находящиеся за рамками рекомендаций по ДРП, например, на начало грудного вскармливания и послеродовую контрацепцию, за счет улучшения обмена информацией и социальной поддержки, связанных с этими моделями здорового поведения. Однако данные об этих потенциальных эффектах ограничены (180).

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.Е «Предпосылки» (с. 86).

Ресурсы

Предполагается, что групповая ДРП может быть связана со снижением затрат на работников здравоохранения вследствие повышения производительности и продуктивности персонала; так, работникам здравоохранения не нужно повторять рекомендации каждой женщине отдельно, и менее вероятно, что они чувствуют себя перегруженными длинными очередями женщин, ожидающих обследования (181, 182). Однако

обучение работников здравоохранения проведению группового консультирования и активной дискуссии и контроль за ними тоже связаны с расходами. Групповая ДРП требует больше времени, чем индивидуальная, следовательно, с точки зрения беременных возможны дополнительные расходы, связанные с их отсутствием на работе. Однако во многих условиях длительное ожидание считается нормой, и групповая ДРП с назначенным временем сократит длительность посещения.

Справедливость

По сравнению с более образованными женщинами менее образованные, вероятно, менее грамотны в вопросах материнского здоровья (179). Следовательно, такие мероприятия, как групповая ДРП, направленные на расширение возможностей женщин в получении доступа к обучающим материалам, их понимании и использовании, могут оказать положительное действие и уменьшить неравенство в отношении здоровья за счет повышения грамотности в вопросах материнского здоровья среди женщин из неблагополучных групп населения. Кроме того, у этих женщин часто отсутствует социальная поддержка, и групповая ДРП может способствовать уменьшению неравенства путем содействия развитию взаимной поддержки. Тем не менее, в некоторых условиях, где посещения в рамках групповой ДРП занимают больше времени, чем обычные, они могут иметь больше финансовых последствий для женщин из неблагополучных групп населения. Кроме того, в условиях с плохой транспортной системой и неустойчивой погодой система назначения встреч для групповой ДРП может не подходить для женщин, живущих в отдаленных районах, и усугублять неравенство. Более того, некоторым женщинам из неблагополучных групп населения может быть трудно раскрывать личную информацию в группе и они могут предпочесть более конфиденциальный подход к ДРП.

Приемлемость

Качественные доказательства из нескольких СВД указывают на то, что женщинам нравится групповой формат помощи и они используют его для установления поддерживающих социальных отношений с другими беременными и работниками здравоохранения (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Гибкость формата позволяет женщинам обмениваться между собой ценной информацией и обсуждать проблемы, связанные с беременностью, в непринужденной и неформальной обстановке (доказательства с высоким уровнем

достоверности). Большинство женщин ценят дополнительное время, затрачиваемое при групповой ДРП (доказательства с высоким уровнем достоверности), хотя некоторые не посещают групповые занятия именно из-за дополнительных затрат времени (доказательства со средним уровнем достоверности). Некоторые женщины отмечают недостаток конфиденциальности во время групповых занятий, особенно во время обследования (доказательства с низким уровнем достоверности). Отношение к участию партнеров/мужей в занятиях, различно (доказательства со средним уровнем достоверности). Доказательства, полученные от работников здравоохранения в СВД, указывают на то, что они находят групповые занятия приятными, приносящими удовлетворение и сопряженными с более эффективным использованием времени (доказательства со средним уровнем достоверности) (45). Кроме того, работники здравоохранения определяют групповой подход как метод обеспечения непрерывности помощи (доказательства со средним уровнем достоверности).

Выполнимость

Качественные данные, полученные в условиях высокой обеспеченности ресурсами, указывают на то, что работники здравоохранения рассматривают

компоненты содействия в групповой ДРП как навык, требующий дополнительных инвестиций с точки зрения обучения и обязанностей работника здравоохранения (доказательства со средним уровнем достоверности) (45). Некоторые работники здравоохранения считают, что для проведения групповых занятий клиники должны быть лучше оборудованы, например должны иметь просторные комнаты с достаточным количеством сидячих мест (доказательства со средним уровнем достоверности). Выполнимость групповой ДРП в условиях ограниченных ресурсов требует дальнейших исследований, однако пилотные исследования, проведенные в Гане, Малави и Объединенной Республике Танзании, указывают на то, что групповая ДРП выполнима в этих условиях (181). Представляется, что групповая ДРП может быть возможным способом улучшения качества ДРП в условиях, когда относительно небольшое число работников здравоохранения должны посетить относительно большое число женщин в течение ограниченного времени и установить эффективное взаимодействие с ними (182). Другие авторы считают, что групповой подход может устойчиво обеспечивать непрерывность оказания медицинской помощи (181).

Е.4 Мероприятия на уровне сообщества, направленные на улучшение коммуникации и поддержки

Е.4.1 Совместные циклы обучения и действия (PLA) для женских групп при участии координатора

РЕКОМЕНДАЦИЯ Е.4.1. Для улучшения здоровья матерей и новорожденных, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к медицинской помощи, рекомендуется мобилизация общественности посредством организации совместных циклов обучения и действия для женских групп при участии координатора (PLA). Женские группы, совместно участвующие в мероприятиях, предоставляют женщинам возможность обсудить свои потребности во время беременности, в том числе преграды на пути получения медицинской помощи, и способствуют поддержке беременных. *(Рекомендовано при определенных условиях)*

Комментарии

- Эта рекомендация частично заимствована из «Рекомендаций ВОЗ по мобилизации общественности посредством организации циклов обучения и действия для женских групп при участии координаторов по вопросам здоровья матерей и новорожденных» (2014 г.) (183).
- Пути влияния этого многогранного, зависящего от контекста мероприятия на материнские и неонатальные исходы оценить трудно. Встречи с женщинами для определения их потребностей и поиска решений играют важную роль; важными могут быть и механизмы, относящиеся к дополнительным мероприятиям, организованным на основании решений проблем, выявленных на встречах.
- Подробная информация и инструкции, относящиеся к этой рекомендации, в том числе важные соображения относительно внедрения, представлены в публикации ВОЗ 2014 г., посвященной циклам PLA (183), которая доступна на: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/

Резюме доказательств и соображений

Эффекты мобилизации общественности посредством совместных циклов PLA для женских групп при участии координатора по сравнению со стандартной помощью (ДБ Таблица Е.4.1)

Доказательства, касающиеся мероприятий по мобилизации общественности для этой рекомендации были получены из Кокрановского обзора мероприятий на уровне системы здравоохранения и сообществ, направленных на улучшение охвата ДРП и исходов в отношении здоровья (175). Данные для сравнения были получены из семи кластерных РКИ, проведенных в 1999—2011 гг., в которых приняли участие примерно 116 805 женщин. Исследования были проведены в Бангладеш (2), Индии (2), Малави (2) и Непале (1), шесть из семи были проведены в сельских районах с ограниченными ресурсами (184—190). Мероприятия состояли в привлечении женщин (беременных и небеременных) к участию в циклах PLA при посредничестве обученных координаторов, направленных на выявление, определение

приоритетности и решение проблем, с которыми сталкиваются женщины во время беременности, родов и послеродового периода, а также на расширение прав и возможностей женщин обращаться за медицинской помощью и выбирать стиль поведения, способствующий здоровой беременности и правильному уходу за новорожденным (191). Встречи обычно проводились ежемесячно, с учетом местного контекста и условий определялись приоритетные мероприятия. Охват встречами женских групп во включенных исследованиях варьировал от одной группы на каждые 309 человек до одной группы на 1414 человек в популяции, доля беременных среди посещающих собрания варьировала от 2 до 51%. Пять из семи исследований проведены на фоне контекстного укрепления системы здравоохранения как на уровне вмешательства, так и на уровне контроля. В четырех исследованиях оно включало обучение ТВА и предоставление им и учреждениям, оказывающим первичную медицинскую помощь, базового оборудования. Использовались модели случайных эффектов, анализы чувствительности были проведены при включении только тех исследований, в которых

беременные составляли более 30% численности женских групп.

Материнские исходы

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что женские группы, совместно участвующие в мероприятиях (PWG) могут снижать материнскую смертность (7 исследований; ОР 0,78, 95% ДИ 0,60—1,03). Это подтверждено анализом чувствительности, который включал только те исследования, в которых женские группы включали более 30% беременных (4 исследования; ОР 0,67, 95% ДИ 0,47—0,95).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что PWG могут снижать перинатальную смертность (6 исследований; ОР 0,91, 95% ДИ 0,82—1,01). Это подтверждено анализом чувствительности, который включал только те исследования, в которых беременные составляли более 30% численности женских групп (4 исследования; ОР 0,85, 95% ДИ 0,77—0,94).

Охват

Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что PWG могут оказывать незначительный эффект или не влияют на охват ДРП, состоящей из по крайней мере четырех посещений (3 исследования; ОР 1,05, 95% ДИ 0,78—1,41), частоту родов в медицинских учреждениях (5 исследований; ОР 1,04, 95% ДИ 0,89—1,22) и охват ДРП, включающей по крайней мере одно посещение (6 исследований; ОР 1,43, 95% ДИ 0,81—2,51). Однако результаты анализа чувствительности, который включал только те исследования, в которых беременные составляли более 30% численности женских групп, показывают, что PWG могут повышать охват ДРП, включающей по крайней мере одно посещение (3 исследования; ОР 1,77, 95% ДИ 1,21—2,58).

Дополнительные соображения

- Данные согласуются с результатами обзора PWG 2013 г. (191), где представлены доказательства

низкого качества, согласно которым женские группы снижали материнскую смертность (ОР 0,63, 95% ДИ 0,32—0,94), и доказательства среднего качества, согласно которым женские группы снижали неонатальную смертность (ОР 0,77, 95% ДИ 0,65—0,90). Обзор предоставил доказательную базу для рекомендации ВОЗ по PWG (183).

- Ниже представлена существующая рекомендация ВОЗ по PWG.

«Для улучшения здоровья матерей и новорожденных, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к медицинской помощи, рекомендуется мобилизация общественности посредством организации совместных циклов обучения и действия при участии координаторов для женских групп (настоятельная рекомендация; доказательства среднего качества относительно неонатальной смертности и низкого качества относительно материнской смертности и исходов по обращению за медицинской помощью)» (183).

ГРР, которая разработала эту рекомендацию, указала на то, что любое мероприятие, разработанное для увеличения доступности медицинской помощи, должно внедряться вместе со стратегиями повышения ее качества. Она также подчеркнула необходимость дальнейших исследований, чтобы понять влияние мобилизации общественности на исходы по обращению за медицинской помощью в различных условиях, и рекомендовала проведение тщательного мониторинга и оценки для обеспечения высокого качества внедрения, адаптированного к местным условиям.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.Е «Предпосылки» (с. 86).

Ресурсы, справедливость, приемлемость и выполнимость

См. «Резюме доказательств и соображений» для Рекомендации Е.4.2.

Е.4.2 Мобилизация общественности и посещение беременных на дому

РЕКОМЕНДАЦИЯ Е.4.2. Для повышения использования дородовой помощи и улучшения перинатальных исходов, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к медицинской помощи, рекомендуются комплексные мероприятия, включающие мобилизацию семей и общественности, а также посещение беременных на дому. *(Рекомендовано при определенных условиях)*

Комментарии

- ГРР согласилась, с тем, что пока неизвестно, насколько эти мероприятия улучшают общение и поддержку беременных.
- Данные не говорят в пользу посещения беременных на дому непрофессиональными работниками здравоохранения как самостоятельного мероприятия, направленного на повышение показателей использования ДРП и улучшение исходов. При том, что качество и эффективность общения во время посещений на дому неизвестны, равно как и то, насколько они способствуют поддержке женщин, посещения беременных на дому могут быть полезны для обеспечения непрерывности медицинской помощи во время беременности, родов и послеродового периода и пропаганды моделей здорового поведения.
- Заинтересованные стороны должны понимать, что посещения беременных на дому непрофессиональными работниками здравоохранения не заменяют посещения в рамках ДРП.
- Вместе с мероприятиями на уровне сообщества заинтересованные стороны должны внедрять мероприятия по укреплению системы здравоохранения.
- Работникам здравоохранения требуется базовое и непрерывное обучение общению с женщинами и их партнерами. Для работы с женскими группами и мобилизации общественности работникам здравоохранения необходимо обучение посредничеству в дискуссии, проведению общественных собраний и другим методам взаимодействия.
- Информацию женщинам и членам сообщества следует предоставлять, используя доступные для них язык и формат; разработчики программ должны гарантировать, что работники здравоохранения/посредники имеют надежное снабжение соответствующими информационными материалами.
- Разработчики программ должны быть осведомлены о возможности дополнительных расходов, связанных с посещениями на дому и инициативами по мобилизации общественности, в том числе о потенциальной необходимости дополнительного персонала и командировочных расходов.
- Рассматривая посещения беременных на дому, работу с женскими группами, привлечение партнеров или мобилизацию общественности, разработчики программ должны гарантировать, что при внедрении этих мероприятий будет проявлено уважение к потребностям женщин в конфиденциальности, их выбору и независимости в принятии решений, а также будет оказано содействие реализации перечисленного. Предлагая беременным ряд возможностей для контактов, общения и поддержки, следует учитывать их индивидуальные предпочтения и обстоятельства.
- Необходимы дальнейшие исследования приемлемости и выполнимости общения с участием представителей разных полов, оптимальных методов мобилизации общественности, лучших моделей интеграции в системы здравоохранения, элементов сценария посещений на дому и механизмов влияния этих мероприятий.

Резюме доказательств и соображений

Эффекты коммуникации и поддержки, предоставляемых женщинам посредством мобилизации общественности и посещений на дому во время беременности по сравнению со стандартной помощью (ДБ Таблица Е.4.2)
Доказательства, касающиеся эффектов мобилизации общественности и посещений беременных на

дому, были получены из Кокрановского обзора мероприятий на уровне системы здравоохранения и сообществ, направленных на улучшение охвата ДРП и исходов в отношении здоровья (175). Данные о комплексе мероприятий по мобилизации общественности и посещениях беременных на дому по сравнению с отсутствием мероприятий были получены из четырех крупных кластерных РКИ, проведенных в сельских районах Бангладеш, Индии

и Пакистана (192—195). В двух исследованиях как в группе вмешательства, так и в контрольной группе проходили мероприятия по укреплению системы здравоохранения. Комплекс мероприятий был в целом сфокусирован на пропаганде санитарного просвещения среди матерей, посещения ДРП и обращения за медицинской помощью, вакцинации столбнячным анатоксином, дополнительного приема препаратов железа и фолиевой кислоты, готовности к родам и уходу за новорожденным. Посещения на дому проводились обученными непрофессиональными работниками здравоохранения и включали, по крайней мере, два визита за беременность. В двух исследованиях было запланировано, что эти посещения состоялись в сроки 12—16 и 32—34 недели беременности, в одном исследовании оба посещения приходились на III триместр, в четвертом исследовании сроки посещений не уточнялись. Многоуровневые стратегии мобилизации общественности включали пропаганду среди заинтересованных сторон (лидеров сообществ, учителей и других уважаемых членов сообществ), ТВА, мужей или партнеров, домашних (мужей или партнеров, женщин и других членов семьи). Два комплекса мероприятий включали групповое обучение женщин, сконцентрированное на основных теоретических сведениях и практических навыках, необходимых во время беременности и для ухода за новорожденным, в том числе на пропаганде ДРП и санитарном просвещении по другим вопросам. Один комплекс мероприятий включал обучение мужей с помощью буклетов и аудиокассет. Обучение ТВА распознавать частые акушерские и неонатальные неотложные состояния было частью трех комплексов мероприятий. В одном исследовании в рамках пакета были созданы телекоммуникационные системы с транспортными связями. В другом исследовании в дополнение к пропагандистской работе, посещениям на дому и собраниям женщин комитетам здравоохранения в сообществах было предложено создать транспортный фонд для неотложной помощи и использовать для этого местные транспортные средства.

Материнские исходы

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что комплексы мероприятий по мобилизации общественности и посещениям беременных на дому, вероятно, оказывают незначительный эффект или не влияют на материнскую смертность (2 исследования; ОР 0,76, 95% ДИ 0,44—1,31).

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что комплексы мероприятий по мобилизации общественности и посещениям беременных на дому, вероятно, снижают перинатальную смертность (3 исследования; ОР 0,65, 95% ДИ 0,48—0,88).

Охват

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что комплексы мероприятий по мобилизации общественности и посещениям беременных на дому повышают охват ДРП, включающей по крайней мере одно посещение (4 исследования; ОР 1,76, 95% ДИ 1,43—2,16). Однако доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что они, вероятно, оказывают незначительный эффект или не влияют на охват ДРП, включающей по крайней мере четыре посещения (1 исследование; ОР 1,51, 95% ДИ 0,50—4,59), или частоту родов в медицинских учреждениях (3 исследования; ОР 1,46, 95% ДИ 0,87—2,46).

Дополнительные соображения

■ ГРП рассмотрела также доказательства эффективности посещения беременных на дому как самостоятельного мероприятия, но не сформулировала отдельную рекомендацию по этому мероприятию в связи с отсутствием доказательств о преимуществах в отношении исходов, на которые направлены рекомендации по ДРП. Вкратце, доказательства со средним/высоким уровнем достоверности указывают на то, что посещения беременных на дому как самостоятельное мероприятие оказывают незначительный эффект или не влияют на охват ДРП, включающей по крайней мере четыре посещения (4 исследования; ОР 1,09, 95% ДИ 0,99—1,22), частоту родов в медицинских учреждениях (4 исследования; ОР 1,08, 95% ДИ 0,87—1,35), перинатальную смертность (4 исследования; ОР 0,91, 95% ДИ 0,79—1,05) и частоту преждевременных родов (1 исследование; ОР 0,88, 95% ДИ 0,54—1,44) (см. Веб-дополнение).

■ «Рекомендации ВОЗ по оказанию помощи родильнице и новорожденному» (2013 г.) включают следующую рекомендацию.

«Для оказания помощи родильнице и новорожденному рекомендуются посещения на дому в течение первой недели после родов (настоятельная рекомендация,

основанная на доказательствах высокого качества для новорожденных и низкого качества для матерей)». Эта рекомендация снабжена примечанием: «В зависимости от систем здравоохранения, существующих в разных условиях, посещения на дому могут осуществляться акушерками, другими квалифицированными работниками здравоохранения или хорошо обученными и работающими под наблюдением CHW [общинными работниками здравоохранения]» (196).

- Публикация ВОЗ 2011 г. «Профилактика ранней беременности и неблагоприятных репродуктивных исходов среди подростков в развивающихся странах» настоятельно рекомендует в отношении исхода «повышение использования квалифицированной помощи во время беременности, родов и послеродового периода» следующее:
 - «Предоставлять всем беременным подросткам и заинтересованным сторонам информацию о важности использования квалифицированной дородовой помощи».
 - «Предоставлять всем беременным подросткам и заинтересованным сторонам информацию о важности использования квалифицированной помощи в родах».
 - «В рамках стратегии дородовой помощи пропагандировать беременным подросткам готовность к родам и неотложным состояниям (в условиях семьи, сообщества и медицинского учреждения)» (197).
- К мероприятиям на уровне сообщества по улучшению коммуникации и поддержки женщин во время беременности имеют отношение несколько рекомендаций, включенных в «Рекомендации ВОЗ по мероприятиям, направленным на укрепление здоровья матерей и новорожденных» (2015 г.) (198). Они представлены во Вставке 3.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.Е «Предпосылки» (с. 86).

Ресурсы

В систематическом обзоре рентабельности стратегий по повышению использования и предоставления медицинской помощи матерям и новорожденным в странах с низким и низким—средним доходом сообщается, что имеются довольно сильные доказательства рентабельности циклов PLA (199).

По оценкам, затраты на спасение жизни для циклов PLA как самостоятельного вмешательства составила 268 долл. США, для мобилизации общественности с посещением беременных на дому и/или укреплением системы здравоохранения — от 707 до 1489 долл. США на одну предотвращенную смерть. Однако стоимость этих мероприятий трудно оценить, и она зависит от контекста. Расчет стоимости должен учитывать время и обучение координаторов, а также наблюдение за ними. Эти элементы считаются ключом к качественному внедрению и успеху мероприятия.

Справедливость

Такие мероприятия, как циклы PLA, мобилизация общественности и посещения беременных на дому, являются способами содействия диалогу и работе с неблагополучными группами населения, а также расширения их прав участвовать в мероприятиях, направленных на укрепление здоровья и широкой общественной поддержки. В частности, циклы PLA в женских группах проводили в обособленных районах, где отсутствуют другие механизмы поддержки. Мероприятия по привлечению партнеров-мужчин/мужей и других членов сообщества, направленные на поддержку женщин в здоровом выборе для них и их детей, могут уменьшить неравенство. Однако, привлекая мужчин, важно учитывать предпочтения женщин, поскольку вовлечение партнеров-мужчин может вызывать неблагоприятные последствия для женщин, которые предпочли бы обсуждать вопросы, связанные с беременностью, и другие вопросы без участия своего партнера.

Приемлемость

Качественные доказательства указывают на то, что женщины в самых разных условиях охотно участвуют в мероприятиях, направленных на улучшение коммуникации и поддержки, при условии, что они проводятся в заботливой и уважительной манере (доказательства с высоким уровнем достоверности) (22). Работа с женскими группами, вероятно, отвечает двум требованиям к ДРП с точки зрения женщин: возможности получать и делиться релевантной информацией и возможности развивать поддерживающие отношения с другими женщинами и работниками здравоохранения (доказательства с высоким уровнем достоверности). Данные, полученные от женщин и работников здравоохранения в СНСД, подчеркивают важность активного привлечения общественности к разработке и предоставлению информационных услуг, особенно в сообществах, где традиционные верования могут отличаться от общепринятых представлений (доказательства со средним уровнем

достоверности). Качественные доказательства, полученные от работников здравоохранения, указывают на то, что они готовы предоставлять информацию, связанную с беременностью, и предлагать психологическую/эмоциональную поддержку женщинам при условии наличия ресурсов (доказательства с высоким уровнем достоверности) и координированного организованного оказания

помощи с соответствующей поддержкой со стороны менеджеров (доказательства со средним уровнем достоверности) (45).

Выполнимость

Качественные доказательства указывают на то, что там, где работники здравоохранения привлечены к посредничеству в женских группах, им может

Вставка 3. Представляющие интерес рекомендации из публикации «Рекомендации ВОЗ по мероприятиям, направленным на укрепление здоровья матерей и новорожденных» (2015 г.)

Рекомендация 1. Рекомендуются мероприятия по обеспечению готовности к родам и осложнениям, чтобы увеличить использование квалифицированной помощи в родах и своевременное оказание помощи в медицинских учреждениях по поводу акушерских осложнений и осложнений у новорожденных. (Настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества.)

Рекомендация 2. Рекомендуются мероприятия, направленные на привлечение мужчин во время беременности, родов и послеродового периода, чтобы оказывать содействие и поддержку во время ухода женщин за собой, ухода за женщинами и новорожденными на дому, а также использованию квалифицированной помощи женщинам и новорожденным во время беременности, родов и послеродового периода. (Настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества.) Эти мероприятия рекомендуются при условии, что они внедряются таким способом, который уважает и облегчает выбор женщин и их самостоятельность в принятии решений, а также поддерживает женщин в заботе о себе и новорожденном. Для обеспечения этого рекомендуются тщательный мониторинг и оценка внедрения.

Рекомендация 3 относительно мероприятий по пропаганде осведомленности о правах человека, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья и получения качественной квалифицированной медицинской помощи. Из-за недостатка имеющихся доказательств рекомендуются дополнительные исследования. Принципиально ГРП поддерживает значимость программ МНН для информирования женщин о праве на здоровье и получение качественной квалифицированной медицинской помощи, а также расширения возможностей женщин в ее получении.

Рекомендация 6 относительно партнерства с повитухами (ТВА). Там, где ТВА остаются основными лицами, оказывающими помощь в родах, рекомендуется диалог с ТВА, женщинами, семьями, сообществами и работниками здравоохранения, чтобы определить и согласовать альтернативную роль ТВА, признавая их значимость в поддержании здоровья женщин и новорожденных. (Настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества.)

Рекомендация 7. Как основной способ определения характеристик культурно адаптированной, качественной медицинской помощи беременным и родильницам, направленной на удовлетворение потребностей женщин и новорожденных, рекомендуется постоянный диалог с сообществами. Рекомендуется использовать механизмы, обеспечивающие значимое участие женщин в этом процессе. (Настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества.)

Рекомендация 11. Для улучшения качества медицинской помощи с точки зрения женщин, сообществ и работников здравоохранения рекомендуется участие общественности в процессе улучшения качества медицинской помощи беременным и родильницам. Сообщества должны быть привлечены к совместному определению и оценке качества. Рекомендуется использовать механизмы, обеспечивающие значимое участие женщин в этом процессе. (Настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества.)

Рекомендация 12. Для улучшения использования квалифицированной помощи женщинам и новорожденным во время беременности, родов и послеродового периода, своевременного оказания помощи в медицинских учреждениях по поводу акушерских осложнений и осложнений у новорожденных и улучшения здоровья матерей и новорожденных рекомендуется участие сообществ в планировании, внедрении и мониторинге программы. Рекомендуется использовать механизмы, обеспечивающие значимое участие женщин в этом процессе. (Настоятельная рекомендация, доказательства очень низкого качества.)

Источник: ВОЗ, 2015 (198).

потребуется дополнительное обучение, что может быть барьером в некоторых условиях ограниченных ресурсов (доказательства с высоким уровнем достоверности). Аналогичным образом дополнительные расходы, связанные с посещением на дому, как с точки зрения дополнительного персонала, так и дополнительных ресурсов, могут ограничивать внедрение в некоторых

СНСД (доказательства с высоким уровнем достоверности) (45). Предполагается, что внедрение мероприятий на уровне сообщества через работников государственного здравоохранения и местные системы здравоохранения может быть более выполнимым и с большей вероятностью будет успешным, чем мероприятия в рамках проектов (200).

E.5 Перераспределение обязанностей в рамках дородовой помощи

РЕКОМЕНДАЦИЯ E.5.1. Рекомендуется перераспределение обязанностей по пропаганде моделей поведения, связанных со здоровьем матери и ребенка, в пользу широкого круга работников здравоохранения, включая непрофессиональных работников здравоохранения, младших медицинских сестер, медицинских сестер, акушерок и врачей. *(Рекомендовано)*

РЕКОМЕНДАЦИЯ E.5.2. Рекомендуется делегирование обязанностей по распределению рекомендованных пищевых добавок и периодической профилактике малярии во время беременности (ППб) широкому кругу работников здравоохранения, включая младших медицинских сестер, медицинских сестер, акушерок и врачей. *(Рекомендовано)*

Комментарии

- Рекомендации E.5.1 и E.5.2 адаптированы и заимствованы из публикации «Оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей (OptimizeMNH)» (2012 г.) (201).
- ГРР отметила, что в то время как перераспределение обязанностей играет важную роль, обеспечивая гибкость оказания медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов, лица, ответственные за разработку политики, должны работать в направлении оказания непрерывной помощи акушерками всем женщинам.
- Следует признать и интегрировать в систему непрофессиональных работников здравоохранения, они не должны работать в одиночку, т. е. перераспределение обязанностей должно происходить в рамках командного подхода.
- Должны быть ясны полномочия работников здравоохранения, участвующих в программе перераспределения обязанностей.
- В Рекомендациях по обследованию на наличие ВИЧ-инфекции (98) ВОЗ рекомендует, что обученные и работающие под контролем непрофессиональные работники здравоохранения могут самостоятельно проводить безопасное и эффективное обследование с помощью экспресс-методов (см. Рекомендацию В.1.8).
- ГРР отметила, что возможно перераспределение обязанностей по выполнению ультразвукового исследования во время беременности акушеркам при наличии соответствующего обучения, обеспечения персоналом, наставничества и системы направления на консультацию.
- Необходимы дальнейшие исследования механизмов действия НПА и возможности перераспределения обязанностей по оказанию непрерывной помощи.
- Дополнительная информация по этой рекомендации представлена в публикации «OptimizeMNH» (201), которая доступна на: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/

а В том числе пропаганды следующего: моделей поведения, связанных с обращением за медицинской помощью и использованием ДРП, готовности к родам и осложнениям, сна под обработанными инсектицидом противомоскитными сетками, квалифицированной помощи в родах, сопровождения во время родов, консультирования по вопросам питания, приема пищевых добавок, обследования для исключения ВИЧ-инфекции во время беременности, исключительно грудного вскармливания, послеродового ухода и планирования семьи, иммунизации согласно национальным рекомендациям.

Е.6 Набор и сохранение кадров в сельских и удаленных районах

РЕКОМЕНДАЦИЯ Е.6. Лицам, ответственным за разработку политики, следует разработать меры образовательной, нормативной, финансовой, личной и профессиональной поддержки работников здравоохранения, чтобы обеспечить набор и сохранение квалифицированных кадров здравоохранения в сельских и удаленных районах. *(Рекомендовано при определенных условиях)*

Комментарии

- Рекомендация Е.6 была адаптирована и заимствована для руководства по ДРП из публикации ВОЗ «Повышение доступности работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством сохранения кадров: рекомендации по глобальной стратегии» (2010 г.) (202).
- Настоятельные рекомендации (в сокращенном виде) по набору и сохранению персонала из указанной выше публикации включают следующее.
- В программах обучения по разным медицинским дисциплинам использовать политику целевого приема студентов из сельских районов и/или создавать медицинские школы за пределами крупных городов.
- Пересмотреть программы основного и последипломного образования и включить в него занятия по особенностям оказания медицинской помощи и клиническую ротацию в сельских районах с целью повышения компетентности работников здравоохранения, работающих в сельских районах.
- Улучшить жилищные условия работников здравоохранения и их семей, инвестировать в инфраструктуру и коммуникации (водопровод и канализацию, электроснабжение, телекоммуникации, школы и т. д.).
- Обеспечить хорошую и безопасную рабочую среду, в том числе соответствующее оборудование и снабжение, вспомогательное наблюдение и наличие наставника.
- Определить и провести соответствующие пропагандистские мероприятия с целью содействия сотрудничеству между работниками здравоохранения из районов, лучше и хуже укомплектованных кадрами, и по возможности использовать телемедицину для оказания дополнительной поддержки.
- Разрабатывать и поддерживать программы развития карьеры и предоставлять более высокие посты в сельских районах, с тем чтобы по мере накопления опыта, получения образования и профессиональной подготовки работники здравоохранения могли двигаться вверх по карьерной лестнице, не покидая сельских районов.
- Поддерживать развитие профессиональных сетей, профессиональных сообществ работников здравоохранения, работающих в сельских районах, специальных медицинских журналов для них и т. д., чтобы улучшать моральное состояние, повышать статус сельских работников здравоохранения и уменьшать чувство профессиональной изоляции.
- Внедрять мероприятия общественного признания, такие, как сельские дни здоровья, присуждение наград и званий сельским работникам здравоохранения, на местном, национальном и международном уровнях для повышения профессионального статуса работающих в сельских районах.
- Условные образовательные, нормативные и финансовые рекомендации можно найти в Рекомендациях по глобальной стратегии ВОЗ (202), которые доступны на: <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>

Е.7 График контактов в рамках дородовой помощи

РЕКОМЕНДАЦИЯ Е.7. Для снижения перинатальной смертности и формирования у женщин положительного опыта получения помощи рекомендуется применять модели дородовой помощи, предполагающие не менее восьми контактов беременной с работниками здравоохранения. (Рекомендовано)

Комментарии

- ГРП подчеркивает, что модель фокусированной ДРП (ФДРП), состоящей из четырех посещений, не предоставляет женщинам полноценного общения с работниками здравоохранения и более не рекомендуется. В модели ФДРП первое посещение происходит до 12-й недели беременности, второе — примерно на 26-й неделе, третье — примерно на 32-й и четвертое — между 36 и 38-й неделями беременности. Затем женщинам рекомендуется посетить работника здравоохранения на 41-й неделе или ранее при появлении тревожных признаков. Каждое посещение в рамках ДРП преследует определенные цели, направленные на улучшение диагностики и своевременное направление на консультацию при беременности высокого риска, и включает обучение (12). Однако современные данные демонстрируют, что модель ФДРП, которая была разработана в 1990-е гг., вероятно, связана с более высокой перинатальной смертностью, чем модели, включающие, по крайней мере, восемь посещений. Кроме того, данные указывают на то, что независимо от ресурсов большее число посещений в рамках ДРП, вероятно, связано с большей удовлетворенностью женщин.
- ГРП предпочитает употреблять слово «контакт», а не «посещение», поскольку контакт подразумевает активное взаимодействие беременной и работника здравоохранения, которое не подразумевает слово «посещение». С точки зрения внедрения этой рекомендации термин «контакт» может быть адаптирован к местным условиям посредством программ обращения к общественности и привлечения непрофессиональных работников здравоохранения.
- На решение о количестве контактов влияет также следующее:
 - доказательства повышения безопасности беременности при увеличении частоты обследований беременной и плода, направленных на выявление отклонений;
 - доказательства улучшения взаимодействия с системой здравоохранения и поддержки женщин и их семей во время беременности;
 - доказательства из исследований, проведенных в СВД, указывающие на отсутствие существенных различий в материнских и перинатальных исходах между моделями ДРП, включающими, по крайней мере, восемь контактов, и моделями, включающими большее число (11—15) контактов (203);
 - доказательства, указывающие на большую вероятность получения положительного опыта беременности при увеличении числа контактов беременных со знающими, оказывающими поддержку и проявляющими уважение работниками здравоохранения.
- Вопросы внедрения этой рекомендации и привязка рекомендаций к контактам в рамках ДРП представлены в Главе 4 «Внедрение рекомендаций по ДРП».

Резюме доказательств и соображений

Эффекты модели ФДРП (с четырьмя посещениями) по сравнению со «стандартной» ДРП (с по крайней мере восемью запланированными посещениями) (ДБ Таблица Е.7)

Данные об эффектах ФДРП (модель ДРП, состоящая из четырех посещений) были получены из Кокрановского обзора семи РКИ, посвященного сравнению моделей ДРП «с уменьшенным числом посещений» и моделей «стандартной» помощи (включавших, по крайней мере, восемь запланированных посещений). Четыре РКИ были

проведены в СВД (Соединенное Королевство и США) и три больших кластерных РКИ — в СНСД: одно было проведено в Аргентине, на Кубе, в Саудовской Аравии и Таиланде (204) и два — в Зимбабве. Исследования в СНСД оценивали модель ФДРП по сравнению с моделями «стандартной» ДРП, в которых было запланировано, по крайней мере, восемь посещений (12). В анализ были включены данные трех кластерных РКИ, в которых участвовали более 50 000 женщин. Медиана числа посещений в группах, где использовали ФДРП, в этих исследованиях варьировалась от 4 до 5, а в группах, где применяли стандартную ДРП, — от 4 до 8.

Материнские исходы

Доказательства с высоким уровнем достоверности демонстрируют, что ФДРП оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту кесарева сечения (1 исследование, 24 526 женщин; ОР 1,00, 95% ДИ 0,89—1,11); доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что она оказывает незначительный эффект или не влияет на материнскую смертность (3 исследования, 51 504 женщины; ОР 1,13, 95% ДИ 0,5—2,57).

Что касается удовлетворенности женщин, результаты были представлены в обзоре описательно, т. к. данные были немногочисленными. В опросе, проведенном в подгруппе женщин, участвовавших в исследовании ВОЗ, они реже были удовлетворены частотой посещений в рамках модели ФДРП, чем частотой посещений в рамках стандартной модели (77,4 по сравнению с 87,2%). Женщины, которым оказывали помощь в рамках модели ФДРП, с меньшей вероятностью были удовлетворены интервалами между посещениями (72,7 по сравнению с 81%). Эти доказательства не были классифицированы в связи с немногочисленностью данных.

Исходы для плода и новорожденного

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что ФДРП, вероятно, повышает перинатальную смертность по сравнению со «стандартной» ДРП с большим числом посещений (3 исследования; ОР 1,15, 95% ДИ 1,01—1,32). Рассчитанное на основании этого ОР влияние на перинатальную смертность представлено во Вставке 4.

Доказательства со средним уровнем достоверности указывают, что ФДРП, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту преждевременных родов (3 исследования; ОР 0,99, 95% ДИ 0,91—1,08) и рождения маловесных детей (3 исследования; ОР 1,04, 95% ДИ 0,97—1,12) по сравнению со «стандартной» ДРП. Кроме того, доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что ФДРП, вероятно, оказывает незначительный эффект или не влияет на частоту рождения МГВ детей (3 исследования; ОР 1,01, 95% ДИ 0,88—1,17).

Дополнительные соображения

■ ГРП отметила, что авторы обзора изучили причины влияния на перинатальную смертность и этот эффект сохранялся при проведении разных анализов.

- В 2012 г. ВОЗ предприняла дополнительный анализ данных по перинатальной смертности из исследования ФДРП ВОЗ (205). Этот анализ, в который были включены данные о 18 365 беременностях низкого и 6160 беременностях высокого риска, выявил повышение общего риска перинатальной смертности между 32 и 36-й неделями беременности при использовании ФДРП по сравнению со «стандартной» ДРП среди беременностей как низкого, так и высокого риска.
- Насколько эффективно в этих исследованиях внедрялась философия ФДРП, заключающаяся в повышении качества медицинской помощи во время каждого посещения, неясно. Однако если пренебречь этим элементом, плохо выполняемая модель ФДРП представляет собой простое уменьшение числа контактов с работниками здравоохранения, ограничение возможностей для выявления факторов риска и осложнений, а также решения проблем женщин.
- Эксперты ГРП рассмотрели неопубликованные данные двухлетнего аудита перинатальной смертности в провинции Мпумаланга (Южная Африка), в которой внедрялась модель ФДРП (206). Аудит с сентября 2013 г. по август 2015 г. включал данные о 149 308 новорожденных весом более 1000 г, среди которых отмечено 3893 случая перинатальной гибели (перинатальная смертность 24,8 на 1000 родов). Риск мертворождения был проанализирован в зависимости от гестационного возраста, и было отмечено три его пика: на сроке около 31, 37 и 40 недель и более. Когда эти данные сравнили с данными о частоте мертворождений из другой провинции Южной Африки, в которой использовали модель ДРП, предполагающую посещения каждые две недели после 28-й недели беременности, последняя продемонстрировала постепенное увеличение общего мертворождений после 28-й недели и одиночный (но более низкий) пик на сроке 40 недель и более, т. е. дополнительные пики на 30 и 37-й неделях отсутствовали. Эти данные согласуются с результатами дополнительного анализа результатов исследования ВОЗ и указывают на то, что дополнительные посещения в III триместре беременности могут предупреждать мертворождения.

- ГРР рассмотрела также доказательства из Кокрановского обзора эффективности моделей ДРП со сниженным числом посещений (включающих, по крайней мере, восемь посещений) по сравнению с моделями «стандартной» ДРП, включающей 11—15 посещений, полученные в четырех РКИ из СВД (203). Доказательства с низким уровнем достоверности указывают на то, что применение модели со сниженным числом посещений (по крайней мере, восемь) может быть связано с увеличением частоты преждевременных родов (3 исследования; ОР 1,24, 1,01—1,52), других существенных влияний на исходы в отношении здоровья отмечено не было. В целом, однако, доказательства из этих отдельных исследований также указывают на то, что применение моделей со сниженным числом посещений может быть связано с более низкой удовлетворенностью женщин.
- ГРР рассмотрела неопубликованные доказательства из четырех исследований, проведенных в отдельных странах (Аргентина, Кения, Объединенная Республика Танзания и Таиланд), в которых внедрялась модель ФДРП (207). Отмечено, что в некоторых условиях, таких, как нехватка оборудования, недостаток снабжения и персонала, соблюдение рекомендаций работниками здравоохранения было проблематичным. Отмечено, что особенно трудным была объединение отдельных видов медицинской помощи, особенно в условиях высокой распространенности эндемичных инфекций (например, малярии, ТБ, заболеваний, передающихся половым путем, гельминтозов). Отмечено, что рекомендации по внедрению модели ФДРП в этих условиях неадекватны, равно как и количество времени, выделенного в рамках модели из четырех посещений для оказания комплексной помощи.
- Данные о соблюдении рекомендаций работниками здравоохранения, полученные в этих исследованиях, согласуются с опубликованными данными из сельских районов Буркина-Фасо, Объединенной Республики Танзании и Уганды (208). Обнаружено, что работники здравоохранения избирательно исключали некоторые методики, относящиеся к модели ФДРП, в том числе измерение артериального давления и предоставление информации об угрожающих признаках, и тратили менее 15 минут на прием в рамках ДРП. Такие

сообщения указывают на то, что вместить все компоненты модели ФДРП в четыре посещения в условиях ограниченных ресурсов, где система здравоохранения перегружена, трудно. Кроме того, в условиях ограниченных ресурсов, когда целью является четыре посещения в рамках ДРП, из-за различных барьеров на пути ее применения в действительности оказывается возможным существенно меньше четырех посещений.

- Программные доказательства, полученные при исследованиях в Гане и Кении, указывают на сходные уровни удовлетворенности при применении ФДРП и стандартной ДРП; источниками неудовлетворенности при применении обеих моделей являются длительное ожидание и расходы, связанные с получением медицинской помощи (209, 210).
- Эмоциональные и психологические потребности различны, а нужды незащищенных групп населения (в том числе девушек-подростков, перемещенных лиц, проживающих в зонах вооруженных конфликтов, женщин с ограниченными возможностями или психическими расстройствами, ВИЧ-инфицированных, работников секс-индустрии, представителей этнических и расовых меньшинств и др.) могут быть большими. Следовательно, число и содержание посещений должно быть адаптировано к местным условиям и индивидуальным особенностям женщины.

Ценности

См. «Ценности женщин» в разделе 3.Е «Предпосылки» (с. 86).

Ресурсы

Два исследования оценивали стоимость двух моделей ДРП со сокращенным числом посещений: одно — в Соединенном Королевстве, другое — в двух СНСД (на Кубе и в Таиланде). И в тех, и в других условиях стоимость ДРП в пересчете на одну беременность как для женщин, так и для работников здравоохранения была ниже при применении моделей с сокращенным количеством посещений. Время, затраченное на получение медицинской помощи, было также значительно меньше при использовании моделей с сокращенным количеством посещений. В исследовании, проведенном в Соединенном Королевстве, было отмечено повышение стоимости, связанной с пребыванием в отделениях интенсивной терапии новорожденных, при использовании такой модели.

Справедливость

Предотвратимая материнская и перинатальная смертность выше среди неблагополучных групп населения, у которых повышен риск различных проблем со здоровьем, таких, как дефицит питания и инфекции, предрасполагающие женщин к неблагоприятным исходам беременности. Это предполагает, что большее число и более высокое качество контактов беременных с работниками здравоохранения в СНСД могут уменьшить неравенство в отношении здоровья.

Приемлемость

Доказательства из стран с высоким, средним и низким уровнем обеспеченности ресурсами указывают на то, что женщинам не нравится сокращенное число посещений и они предпочли бы больше контактов в рамках ДРП (доказательства со средним уровнем достоверности) (22). Женщины ценят возможность строить во время беременности взаимоотношения, полные поддержки (доказательства с высоким уровнем достоверности), и для некоторых женщин, особенно в условиях СНСД, сокращенное число посещений может ограничивать их возможность развивать эти взаимоотношения как с работниками здравоохранения, так и с другими беременными (доказательства с низким уровнем достоверности). В некоторых условиях ограниченных ресурсов, где женщины полагаются на своих мужей или партнеров, оказывающих финансовую поддержку при ДРП, сокращенное количество посещений ограничивает их возможности получать дополнительные средства (доказательства с низким уровнем достоверности). Однако некоторые женщины в условиях СНСД могут положительно оценивать сокращенное количество посещений из-за потенциальной экономии, например уменьшения потерь семейного дохода в результате дополнительных посещений

клиники и/или связанных с ними транспортных расходов (доказательства с низким уровнем достоверности). Косвенные доказательства также указывают на то, что женщины с гораздо большей вероятностью обращаются за ДРП, если она оказывается знающими доброжелательными работниками здравоохранения, у которых есть время и ресурсы оказывать подлинную помощь, ориентированную на женщин, независимо от количества посещений (доказательства с высоким уровнем достоверности). Специальные данные, полученные от работников здравоохранения, относительно сокращенного количества посещений или внедрения ФДРП немногочисленны и в некоторых СНСД выдвигают на первый план проблемы наличия оборудования и ресурсов, нехватки персонала и недостаточной подготовки — проблемы, которые имеют отношение ко всем моделям ДРП в странах с ограниченными ресурсами.

Выполнимость

Качественные данные указывают на то, что некоторые работники здравоохранения считают, что сокращенное количество посещений позволяет более эффективно использовать время персонала и с меньшей вероятностью истощает ограниченное снабжение оборудованием и лекарственными средствами (доказательства со средним уровнем достоверности) (45). Отчеты программ из Ганы и Кении подчеркивают, что несоответствующие требованиям оборудование, снабжение, инфраструктура и обучение могут препятствовать внедрению (209, 210). Работники здравоохранения также выражали озабоченность по поводу трудностей включения всех компонентов ФДРП в относительно непродолжительные посещения, особенно в СНСД (Буркина-Фасо, Объединенная Республика Танзания и Уганда), где система здравоохранения уже перегружена (208, 211).

Вставка 4. Влияние фокусированной ДРП (ФДРП) на перинатальную смертность (ПНС)

Предполагаемая ПНС («стандартная» ДРП)	Показательная ПНС (модель ФДРП) ^a	Абсолютный прирост случаев ПНС
10 смертей на 1000 родов	12 смертей на 1000 родов (10—13 смертей)	2 смерти на 1000 родов (0—3 смерти)
25 смертей на 1000 родов	29 смертей на 1000 родов (25—33 смерти)	4 смерти на 1000 родов (0—8 смертей)
50 смертей на 1000 родов	58 смертей на 1000 родов (50—66 смертей)	8 смертей на 1000 родов (0—16 смертей)

^a На основании ОР 1,15, 95% ДИ 1,01—1,32.

4. Внедрение руководства и рекомендаций по ДРП: представление модели ДРП ВОЗ 2016 г.

Основная цель этих руководства и рекомендаций — улучшить качество ДРП, материнские и перинатальные исходы, связанные с ДРП. Эти рекомендации по ДРП должны реализовываться в рамках соответствующей модели оказания медицинской помощи и могут быть адаптированы к разным странам, местным условиям и отдельным женщинам. С помощью членов Группы по разработке рекомендаций (ГРР) ВОЗ изучила существующие модели оказания ДРП с учетом всего диапазона мероприятий, рекомендованных в данной публикации (Глава 3). Рекомендация Е.7 утверждает: «Для снижения перинатальной смертности и формирования у женщин положительного опыта получения помощи рекомендуется применять модели дородовой помощи, предполагающие не менее восьми контактов беременной с работниками здравоохранения». Принимая это за основу, ГРР рассмотрела предоставление ДРП с точки зрения сроков и содержания каждого контакта и представила новую модель — модель ДРП ВОЗ 2016 г., которая заменяет предыдущую модель ДРП, состоящую из четырех посещений (ФДРП). В целях разработки новой модели ДРП рекомендации по ДРП были привязаны к восьми контактам с учетом оптимального времени их исполнения для достижения максимального эффекта.

Модель ДРП ВОЗ 2016 г. рекомендует минимум восемь контактов, причем первый в I триместре беременности (до 12-й недели), два контакта во II триместре (на 20 и 26-й неделях) и пять контактов — в III триместре (на 30, 34, 36, 38 и 40-й неделях). В рамках этой модели вместо термина «посещение» используется термин «контакт», поскольку он подразумевает активное взаимодействие беременной и работника здравоохранения, которое не подразумевает термин «посещение». Следует отметить, что список мероприятий, проводимых во время каждого контакта, и подробности того, где и кем

они проводятся (см. Таблицу 2), не являются директивными, а скорее адаптируемыми к отдельным женщинам и местным условиям, чтобы обеспечить гибкость в проведении рекомендуемых мероприятий. В отличие от модели ФДРП дополнительный контакт рекомендуется на 20-й неделе беременности, три дополнительных контакта — в III триместре (определяется как период с 28-й недели беременности до родов), поскольку он представляет период наиболее высокого риска для матери и ребенка (см. Рамку 5).

Вставка 5: Сравнение моделей ДРП

Модель ФДРП ВОЗ	Модель ДРП ВОЗ 2016 г.
<i>Первый триместр</i>	
1-е посещение: 8-12 недель	1-й контакт: до 12 недель
<i>Второй триместр</i>	
2-е посещение: 24-26 недель	2-й контакт: 20 недель 3-й контакт: 26 недель
<i>Третий триместр</i>	
3-е посещение: 32 недели	4-й контакт: 30 недель 5-й контакт: 34 недели 6-й контакт: 36 недель
4-е посещение: 36-38 недель	7-й контакт: 38 недель 8-й контакт: 40 недель
Возвращение для родоразрешения на 41-й неделе, если роды не наступили раньше.	

Во время контактов в III триместре беременности целью работников здравоохранения, оказывающих ДРП, является снижение предотвратимой заболеваемости и смертности посредством систематического мониторинга состояния беременной и плода, особенно в отношении артериальной гипертензии и других осложнений,

которые могут быть бессимптомными, но выявляемыми в этот критический период.

Доказательства демонстрируют, что если качество ДРП низкое и опыт женщин отрицательный, они не обращаются за ДРП независимо от числа контактов, рекомендованного в модели. Таким образом, главная цель модели ДРП ВОЗ 2016 г. — предоставить беременной уважительную, ориентированную на ее потребности, индивидуальную помощь при каждом контакте с внедрением эффективных клинических мероприятий (вмешательств и обследований), предоставлением уместной и своевременной информации, а также психосоциальной и эмоциональной поддержки работниками здравоохранения с хорошими клиническими навыками и навыками межличностного взаимодействия в рамках хорошо функционирующей системы здравоохранения. Эффективное внедрение ДРП требует подхода на уровне системы здравоохранения и сосредоточения внимания на укреплении непрерывности помощи, предоставлении комплексной помощи, снабжении, наличии расходных материалов и квалифицированных работников здравоохранения.

Для лиц, занимающихся планированием в системах здравоохранения, существует много разных способов оптимизации предоставления ДРП за счет применения целого ряда стратегий, которые могут улучшить ее использование и качество. Представленные в этой публикации рекомендации для систем здравоохранения сфокусированы главным образом на тех стратегиях, которые направлены на непрерывность оказания помощи, улучшение взаимодействия с женщинами и их поддержки (Рекомендации E.1—E.4). Важны также рекомендации по перераспределению обязанностей и набору кадров (Рекомендации E.5.1, E.5.2 и E.6), поскольку опыт и отношение работников здравоохранения влияет на возможность систем здравоохранения оказывать качественную ДРП. Для успешного внедрения этих рекомендаций необходимо сосредоточиться на факторах, препятствующих набору кадров и получению работниками здравоохранения удовлетворения от своей работы. Показано, что эти факторы значимы в СНСД и могут препятствовать оказанию качественной помощи акушерками (212). Помимо улучшения качества помощи рекомендации для систем здравоохранения призваны стимулировать лиц, занимающихся планированием в системах здравоохранения, к практической

реализации рекомендованных восьми контактов в рамках ДРП способами, выполнимыми в местных условиях.

В Таблице 2 показано то, каким образом рекомендации ВОЗ по ДРП связаны с восемью рекомендованными контактами. Таким образом, представлена итоговая структура модели ДРП ВОЗ 2016 г., направленной на получение положительного опыта беременности. Эта таблица не включает методики, относящиеся к надлежащей клинической практике, такие, как измерение артериального давления, веса, оценку протеинурии и сердцебиения плода, которые будут включены в руководство по практическому осуществлению рекомендаций для работников здравоохранения. Не рекомендованные методики включены в таблицу с информационной целью и выделены серым цветом. Мероприятия, рекомендованные при определенных условиях, перед рассмотрением вопроса о внедрении которых требуется проведение научных исследований, не включены в график контактов.

Любые мероприятия, не проведенные по какой-либо причине во время контакта в рамках ДРП, должны быть проведены при следующем контакте. Следует способствовать эффективному взаимодействию во время всех контактов в рамках ДРП, чтобы охватить следующие вопросы: наличие каких-либо симптомов; пропаганда здорового течения беременности и здоровья новорожденных посредством изменения образа жизни; индивидуализированные рекомендации и поддержка; своевременная информация об обследованиях, о дополнительном приеме препаратов и лечении; готовность к родам и осложнениям; возможности планирования семьи после родов; сроки и цели контактов в рамках ДРП. Индивидуализированные рекомендации и поддержка могут включать обсуждение здорового питания, физической активности, диеты, употребления табака, психоактивных веществ, кофеина, распространенных симптомов, профилактики малярии и ВИЧ-инфекции, результатов исследования крови и повторных исследований. Общение должно быть уважительным, индивидуализированным и ориентированным на потребности женщины. Неотъемлемыми компонентами этой модели ДРП являются также эффективная система перенаправления к специалистам и неотложной транспортировки пациентов.

В рамках модели ВОЗ ДРП 2016 г. существует две возможности проведения раннего ультразвукового

исследования (т. е. исследования до 24-й недели беременности): при первом (до 12-й недели беременности) или втором (на 20-й неделе беременности) контакте. ГРП предлагает этот практичный подход, чтобы увеличить долю беременностей с точной оценкой срока, особенно в условиях, где использование ДРП исторически низка; отсутствие точной оценки срока беременности может ухудшать диагностику и/или лечение осложнений (таких, как преждевременные роды и преэклампсия). Важно подчеркнуть, что частота и точные сроки некоторых мероприятий в рамках ДРП, особенно связанных с малярией, туберкулезом и ВИЧ-инфекций, могут потребовать адаптации с учетом местных условий, населения и системы здравоохранения. Соображения относительно принятия, масштабирования и внедрения модели ДРП ВОЗ 2016 г. представлены во Вставке 6 в конце этой главы.

ГРП согласилась, что внедрение модели ДРП ВОЗ 2016 г. не должно ожидать проведения крупного многоцентрового исследования для определения оптимального числа контактов или влияния дополнительных рекомендованных мероприятий, таких, как ультразвуковое исследование, на исходы беременности, ресурсы, справедливость и другие категории; скорее, после внедрения модели она должна быть объектом непрерывных мониторинга и оценки. Следует помнить, что модель, состоящая из четырех посещений, существенно повысила риск мертворождений

по сравнению со стандартными моделями, состоящими из восьми контактов и более. Очевидно, что лица, ответственные за разработку политики, и работники здравоохранения могут считать, что увеличение числа контактов в рамках ДРП с акцентом на качество оказываемой помощи будет увеличивать нагрузку на уже перегруженные системы здравоохранения. Тем не менее, ГРП согласилась с тем, что без значительных вложений в улучшение качества ДРП, оказываемой в СНСД, вероятно, не удастся повлиять на заболеваемость и смертность. Международное право в области прав человека требует от государств использовать «максимум доступных ресурсов» для реализации экономических, социальных и культурных прав, в том числе прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье (1). Гарантия поддержки прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье требует соблюдения стандартов в отношении наличия, доступности, приемлемости и качества медицинских учреждений, снабжения и помощи (1). В особенности, в дополнение к другим инициативам по укреплению системы здравоохранения неотложно требуются вложения, направленные на ликвидацию нехватки акушерок и других работников здравоохранения, которые могут оказывать ДРП, и их обучение. Эти вложения должны считаться главным приоритетом, поскольку качество медицинской помощи во время беременности и родов имеет далеко идущие благоприятные последствия для отдельных лиц, семей, общин и стран.

Таблица 2. Модель ДРП ВОЗ 2016 г. для получения положительного опыта беременности: привязка рекомендаций к восьми запланированным контактам в рамках ДРП

Основная цель — предоставить беременным уважительную, индивидуализированную, ориентированную на них помощь во время каждого контакта с внедрением эффективных клинических мероприятий (вмешательств и исследований), предоставлением умственной и своевременной информации, а также психосоциальной и эмоциональной поддержки работниками здравоохранения с хорошими клиническими навыками и навыками межличностного взаимодействия в рамках хорошо функционирующей системы здравоохранения.

Примечания

- Эти рекомендации применимы к беременным женщинам и подросткам в рамках плановой ДРП.
- Таблица не включает методики, относящиеся к надлежащей клинической практике, такие, как измерение артериального давления, веса, оценка протеинурии и сердечбиения плода, которые будут включены в руководство по внедрению для работников здравоохранения.
- При планировании внедрения этих рекомендаций следует учитывать подробные комментарии, представленные в затененных рамках.

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП								
			1 (12 неделя)	2 (20 неделя)	3 (26 неделя)	4 (30 неделя)	5 (34 неделя)	6 (36 неделя)	7 (38 неделя)	8 (40 неделя)	
А. Мероприятия, связанные с питанием											
Диета	A.1.1. Рекомендуется консультирование по вопросам здорового питания и физической активности, которые позволяют поддерживать хорошее самочувствие и избежать избыточной прибавки в весе во время беременности ^a .	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	A.1.2. В группах населения, страдающих от недостаточного питания, рекомендуется обучение беременных по вопросам питания с целью повышения энергетической ценности ежедневного рациона и потребления белка для снижения риска рождения маловесных детей.	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	A.1.3. В группах населения, страдающих от недостаточного питания, беременным рекомендуется прием сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок для снижения риска мертворождения и рождения детей с низким весом для гестационного возраста.	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	A.1.4. В группах населения, страдающих от недоедания, прием пищевых добавок с высоким содержанием белка во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется.	Нерекомендовано									

^a Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточными калорийными калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна.

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП								
			1 (12 неделя) неделя	2 (20 неделя) неделя	3 (26 неделя) неделя	4 (30 неделя) неделя	5 (34 неделя) неделя	6 (36 неделя) неделя	7 (38 неделя) неделя	8 (40 неделя) неделя	
Прием препаратов железа и фолиевой кислоты	A.2.1. Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесных детей и преждевременных родов беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов железа в дозе 30—60 мг в пересчете на железо ^b и фолиевой кислоты ^c в дозе 400 мкг (0,4 мг) ^d .	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	A.2.2. Если ежедневный прием препаратов железа невозможен из-за побочных эффектов и распространенность анемии среди беременных в популяции не превышает 20%, для улучшения материнских и неонатальных исходов беременным рекомендуется периодический прием внутрь препаратов железа в дозе 120 мг в пересчете на железое 1 раз в неделю и фолиевой кислоты в дозе 2800 мкг (2,8 мг) 1 раз в неделю ^e .	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Прием препаратов кальция	A.3. В группах населения со сниженным потреблением кальция с пищей для снижения риска преэклампсии беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов кальция в дозе 1,5—2 г в пересчете на кальций ^f .	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Прием витамина А	A.4. Прием витамина А для профилактики гемералопии (ухудшения сумеречного зрения) рекомендуется только беременным, проживающим в районах, где дефицит витамина А является серьезной проблемой общественного здравоохранения ^g .	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Прием препаратов цинка	A.5. Прием беременными препаратов цинка рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)									

^b Шестьдесят миллиграммов железа содержится в 300 мг сульфата железа гептагидрата, 180 мг fumarata железа и 500 мг глюконата железа.

^c Прием препаратов фолиевой кислоты следует начинать как можно раньше (в идеале до зачатия) для профилактики дефектов нервной трубки.

^d Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women» (2012 г.).

^e Сто двадцать миллиграммов железа содержится в 600 мг сульфата железа гептагидрата, 360 мг fumarata железа и 1000 мг глюконата железа.

^f Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anemic pregnant women» (2012 г.).

^g Данная рекомендация соответствует представленной в публикации «WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia» (2011 г.) и заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: calcium supplementation in pregnant women» (2013 г.).

^h Дефицит витамина А считается серьезной проблемой общественного здравоохранения, если у $\geq 5\%$ женщин в анамнезе имеются указания на эпизоды ухудшения сумеречного зрения во время последней за предшествующие 3—5 лет беременности, закончившейся рождением живого ребенка, или если у $\geq 20\%$ беременных уровень ретинола в сыворотке составляет $< 0,70$ мкмоль/л. Определение дефицита витамина А как проблемы общественного здравоохранения

подразумевает оценку его распространенности в популяции с помощью определенных биохимических и клинических показателей.

ⁱ Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ "Добавление витамина А для беременных женщин. Руководство" (2011 г.).

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП										
			1 (12 неделя)	2 (20 неделя)	3 (26 неделя)	4 (30 неделя)	5 (34 неделя)	6 (36 неделя)	7 (38 неделя)	8 (40 неделя)			
Прием добавок, содержащих комплексы микронутриентов	А.6. Прием добавок, содержащих комплексы микронутриентов, для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется.	Нерекомендовано											
Прием витамина В6 (пиридоксина)	А.7. Прием витамина В6 (пиридоксина) для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется.	Нерекомендовано											
Прием витаминов Е и С	А.8. Прием витаминов Е и С для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется.	Нерекомендовано											
Прием витамина D	А.9. Прием витамина D для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется. ¹	Нерекомендовано											
Ограничение потребления кофеина	А.10. Для снижения риска прерывания беременности и рождения маловесных детей беременным, потребляющим большое количество кофеина (более 300 мг/сут) ^к , рекомендуется уменьшить его потребление.	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
В. Обследование беременной и плода¹													
Анемия	В.1.1. Рекомендуемый метод диагностики анемии во время беременности — общий анализ крови. В условиях, где общий анализ крови недоступен, для диагностики анемии во время беременности рекомендуется на местах определять уровень гемоглобина с помощью гемоглобинометра, что предпочтительнее использования колориметрического метода.	Рекомендовано при определенных условиях	X		X					X			
Бессимптомная бактериурия (БСБУ)	В.1.2. Для диагностики бессимптомной бактериурии (БСБУ) во время беременности рекомендуется посев средней порции мочи. В условиях, где посев мочи недоступен, для диагностики БСБУ во время беременности рекомендуется на местах выполнять окраску препарата средней порции мочи по Граму, что предпочтительнее применения тест-полосок.	Рекомендовано при определенных условиях	X		X				X				

¹ Данная рекомендация заменяет предыдущую из публикации ВОЗ «Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women» (2012 г.).

^к Подразумевает любые препараты, напитки или продукты, содержащие кофеин (т.е. заварной кофе, чай, безалкогольные напитки типа колы, энергетические напитки с кофеином, шоколад, таблетки с кофеином).

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП							
			1 (12 неделя неделя)	2 (20 неделя неделя)	3 (26 неделя неделя)	4 (30 неделя неделя)	5 (34 неделя неделя)	6 (36 неделя неделя)	7 (38 неделя неделя)	8 (40 неделя неделя)
Жесткое обращение со стороны полового партнера (ЖСПП)	В.1.3. Во время визитов в рамках ДРП при оценке состояний, которые могут быть вызваны или осложнены жестоким обращением со стороны полового партнера (ЖСПП), в целях улучшения диагностики и последующей помощи следует проводить расследование в отношении ЖСПП при наличии возможностей для обеспечения поддерживающих ответных мер (в том числе направление на для получения специализированной помощи, когда это уместно) и соблюдения минимальных требований ВОЗ ^m . Это повышает эффективность диагностики и последующей помощи ⁿ .	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X
Гестационный сахарный диабет (ГСД)	В.1.4. Согласно критериям ВОЗ, гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, следует квалифицировать как гестационный сахарный диабет (ГСД) либо как сахарный диабет во время беременности ^o .	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X
Употребление табака	В.1.5. Начиная с самых ранних сроков беременности и при каждом посещении в рамках ДРП работники здравоохранения должны спрашивать всех беременных об употреблении табака (в настоящем и прошлом) и о пассивном курении ^p .	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X
Употребление психоактивных веществ	В.1.6. Начиная с самых ранних сроков беременности и при каждом посещении в рамках ДРП работники здравоохранения должны спрашивать всех беременных об употреблении алкоголя и других психоактивных веществ (в настоящем и прошлом) ^q .	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X

l ГРР не оценивала доказательств эффективности базовых мероприятий ДРП, таких, как измерение артериального давления, веса, оценку протеинурии и сердечбиения плода, поскольку они считаются частью надлежащей клинической практики.

m Минимальные требования: наличие протокола/стандартного порядка действий; обучение тому, как спрашивать о ЖСПП и как предпринимать минимальные или развернутые ответные меры; конфиденциальная обстановка; гарантия сохранения врачебной тайны; наличие системы направления на консультацию; наличие времени для выявления проблемы.

n Данная рекомендация соответствует представленной в публикации «Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines» (2013 г.).

o Эта рекомендация не является рекомендацией по скринингу гипергликемии во время беременности. Рекомендация адаптирована и заимствована из публикации ВОЗ «Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy» (2013 г.), в которой указывается, что ГСД следует диагностировать на любом сроке беременности при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже критериев:

- уровень глюкозы плазмы натощак — 5,1—6,9 ммоль/л (92—125 мг/дл);
 - уровень глюкозы плазмы через 1 ч после приема внутрь глюкозы в дозе 75 г — ≥ 10,0 ммоль/л (180 мг/дл);
 - уровень глюкозы плазмы через 2 ч после приема внутрь глюкозы в дозе 75 г — 8,5—11,0 ммоль/л (153—199 мг/дл).
- Диагноз «сахарный диабет во время беременности» следует ставить при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже критериев:
- уровень глюкозы плазмы натощак — ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл);
 - уровень глюкозы плазмы через 1 ч после приема внутрь глюкозы в дозе 75 г — ≥ 11,1 ммоль/л (200 мг/дл);
 - уровень глюкозы плазмы ≥ 11,1 ммоль/л (200 мг/дл) в любое время при наличии симптомов сахарного диабета.

p Заимствовано из публикации «WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy» (2013 г.).

q Заимствовано из публикации ВОЗ «Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy» (2014 г.).

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП								
			1 (12 неделя)	2 (20 неделя)	3 (26 неделя)	4 (30 неделя)	5 (34 недели)	6 (36 неделя)	7 (38 неделя)	8 (40 неделя)	
Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и сифилис	В.1.7. При высокой распространенности ВИЧ ^г обследование и консультирование по инициативе работника здравоохранения (ОКИРЗ) для исключения ВИЧ-инфекции следует считать компонентом плановой медицинской помощи беременным в любых условиях оказания дородовой помощи. При низкой распространенности ВИЧ ОКИРЗ для беременных в рамках дородовой помощи может рассматриваться как ключевой компонент мероприятий по ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку, интеграции тестирования на наличие ВИЧ-инфекции в комплекс исследований на наличие сифилиса, вирусных инфекций и других ключевых обследований, уместных в данных условиях, а также укрепления имеющихся систем охраны здоровья матери и ребенка ^с .	Рекомендовано	X								
Туберкулез (ТБ)	В.1.8. Если распространенность туберкулеза (ТБ) среди населения составляет 100 на 100 000 человек и более, систематический скрининг активных форм ТБ следует рассматривать как компонент дородовой помощи ^г .	Рекомендовано при определенных условиях	X								
Ежедневный подсчет шевелений плода	В.2.1. Ежедневный подсчет шевелений плода, например такими методами, как «счет до десяти», рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)									
Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ)	В.2.2. Замена пальпации живота измерением высоты стояния дна матки с целью оценки развития плода для улучшения перинатальных исходов не рекомендуется. Отход от обычной в данных условиях практики (пальпация живота или измерение ВДМ) не рекомендуется.	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Кардиотокография во время беременности	В.2.3. Плановая кардиотокография ^г во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется.	Не рекомендовано									

г Согласно публикации ВОЗ «Consolidated guidelines on HIV testing services» (2015 г.), распространенность ВИЧ считают высокой, если среди обследованного населения она более 5%, низкой — если она менее 5%. В условиях распространенной или ограниченной эпидемии ВИЧ-инфекции следует проводить повторное обследование женщин, у которых не выявлен ВИЧ, в III триместре беременности вследствие высокого риска заражения ВИЧ во время беременности. См. подробности в Рекомендации В.1.7.

с Адаптировано и заимствовано из публикации ВОЗ «Consolidated guidelines on HIV testing services» (2015 г.).

г Адаптировано и заимствовано из публикации ВОЗ «Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations» (2013 г.).

и Кардиотокография — непрерывная регистрация частоты сердечных сокращений плода и сокращений матки с помощью ультразвукового датчика, размещаемого на животе беременной.

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП										
			1 (12 неделя) неделя	2 (20 неделя) неделя	3 (26 неделя) неделя	4 (30 неделя) неделя	5 (34 неделя) неделя	6 (36 неделя) неделя	7 (38 неделя) неделя	8 (40 неделя) неделя			
Ультразвуковое исследование	В.2.4. Рекомендуется выполнять одно ультразвуковое исследование на сроке до 24-й недели беременности (раннее ультразвуковое исследование плода) для уточнения гестационного возраста, улучшения диагностики пороков развития и многоплодной беременности, снижения частоты индукции родов при переносной беременности и формирования положительного опыта беременности.	Рекомендовано	X	X									
Допплеровское исследование сосудов плода	В.2.5. Регулярное доплеровское исследование во время беременности для улучшения материнских и перинатальных исходов не рекомендуется ^v .	Не рекомендовано											
С. Профилактические мероприятия													
Антибактериальная терапия при бессимптомной бактериурии (БСБУ)	С.1. Всем беременным с бессимптомной бактериурией (БСБУ) рекомендуется антибактериальная терапия в течение семи дней с целью предупреждения персистирующей бактериурии, преждевременных родов и рождения маловесных детей.	Рекомендовано	X		X				X				
Антибиотикопрофилактика для предупреждения рецидивирующей инфекции мочевых путей	С.2. Антибиотикопрофилактика для предупреждения рецидивирующей инфекции мочевых путей рекомендуется беременным только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)											
Назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности	С.3. Профилактическое назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина несенсибилизированным Rh-отрицательным беременным на сроке 28—34 недели беременности для профилактики аллоиммунизации рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)											
Профилактика антигельминтными средствами	С.4. В эндемических районах профилактика антигельминтными средствами в рамках программ по борьбе с гельминтозами рекомендуется беременным после I триместра беременности ^x .	Рекомендовано при определенных условиях		X									

v Допплеровское исследование используется для оценки кровотока в плечевой артерии (и других артериях плода) для оценки состояния плода в III триместре беременности.

w Районы, где распространенность любых видов гельминтозов, передаваемых через почву, составляет более 20%.

x Соглашается с рекомендациями, представленными в публикации ВОЗ «Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups» (2016 г., в печати).

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП									
			1	2	3	4	5	6	7	8		
			(12 неделя)	(20 неделя)	(26 неделя)	(30 неделя)	(34 недели)	(36 неделя)	(38 неделя)	(40 неделя)		
Вакцинация столбнячным анатоксином	С.5. Для предупреждения смерти новорожденных от столбняка рекомендуется вакцинация всех беременных столбнячным анатоксином (с учетом вакцинации, проведенной ранее) ^у .	Рекомендовано	X									
Профилактика малярии: периодическая профилактика во время беременности (ППб)	С.6. В районах Африки, эндемичных по малярии, всем беременным рекомендуется периодическая профилактика сульфадоксином/пириметамином (ППб-СП). Медикаментозную профилактику следует начинать во II триместре беременности, проводить с интервалом, по крайней мере, 1 месяц так, чтобы беременная получила не менее 3 доз препарата ^z .	Рекомендовано при определенных условиях	X (13 неделя)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Предэкспозиционная профилактика (ПрЭП) ВИЧ-инфекции	С.7. В рамках комбинированного подхода к предупреждению ВИЧ-инфекции в качестве дополнительного метода профилактики беременным, имеющим значительный риск заражения, следует предложить предэкспозиционную профилактику (ПрЭП) тенофовира дизопроксила фумаратом (ТДФ) для приема внутрь ^{aa} .	Рекомендовано при определенных условиях	X									

D. Помощь при распространенных физиологических симптомах

Тошнота и рвота	D.1. Для уменьшения тошноты на ранних сроках беременности рекомендуются имбирь, ромашка, препараты витамина B6 и/или акупунктура в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной.	Рекомендовано	X	X	X							
Изжога	D.2. Для профилактики и уменьшения изжоги во время беременности рекомендуется консультирование по вопросам питания и образа жизни. Если, несмотря на изменение образа жизни, сохраняются выраженные симптомы, могут быть назначены антациды.	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

^у Согласно с рекомендациями, представленными в публикации ВОЗ « Maternal immunization against tetanus » (2006 г.). Дозы и схема введения зависят от вакцинации против столбняка в анамнезе.

^z Заимствовано из публикации ВОЗ «Guidelines for the treatment of malaria» (2015 г.), в которой также сказано: «в районах Африки с умеренной и высокой интенсивностью передачи малярии ВОЗ рекомендует ППб-СП всем беременным при каждом плановом посещении в рамках ДРП. Профилактику следует начинать как можно раньше во II триместре беременности при условии, что интервал между приемами СП составляет не менее 1 месяца. ВОЗ рекомендует комплекс мероприятий по профилактике малярии во время беременности, который включает пропаганду применения и использование обработанных противомоскитных сеток, а также ППб-СП». Чтобы обеспечить как можно более раннее начало ППб-СП во II триместре беременности в эндемических районах, лица, ответственные за разработку политики, должны принять меры для того, чтобы беременная посетила работника здравоохранения на 13-й неделе беременности.

^{aa} Заимствовано из публикации ВОЗ «Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV» (2015 г.). Риск заражения ВИЧ считается значительным, если распространенность ВИЧ-инфекции в отсутствие ПрЭП достаточно высока (> 3%), что делает ПрЭП потенциально рентабельной (или экономически целесообразной). Назначение ПрЭП лицам, имеющим значительный риск заражения ВИЧ, максимально увеличивает пользу относительно риска и стоимости.

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП							
			1 (12 неделя) неделя	2 (20 неделя) неделя	3 (26 неделя) неделя	4 (30 неделя) неделя	5 (34 неделя) неделя	6 (36 неделя) неделя	7 (38 неделя) неделя	8 (40 неделя) неделя
Судороги в ногах	D.3. Для уменьшения судорог в ногах во время беременности могут применяться препараты магния, кальция или нестероидные противовоспалительные препараты. В зависимости от наличия доступных средств и предпочтений беременной.	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X
Боль в пояснице и тазовая боль	D.4. Для предупреждения боли в пояснице и тазовой боли рекомендуются регулярные физические упражнения на протяжении всей беременности. В зависимости от доступности и предпочтений беременной могут применяться различные методы лечения, такие, как физиотерапия, ношение бандажа и акупунктура.	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X
Запоры	D.5. Если запоры во время беременности сохраняются, несмотря на изменение питания, для их уменьшения могут назначаться слабительные препараты или другие источники пищевых волокон в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной.	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X
Варикозное расширение вен и отеки	D.6. При варикозном расширении вен и отеках во время беременности могут использоваться нестероидные противовоспалительные препараты, такие, как ношение компрессионного трикотажа, приподнятое положение ног и ножные ванны, в зависимости от доступности указанных средств и предпочтений беременной.	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X
Е. Вмешательства в системе здравоохранения для повышения использования и качества дородовой помощи										
Хранение женщинами своей медицинской документации	E.1. Каждой беременной рекомендуется хранить собственную медицинскую документацию. Это способствует обеспечению непрерывности и повышению качества дородовой помощи, а также формированию положительного опыта беременности.	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X
Непрерывная помощь, оказываемая акушерками	E.2. В условиях, где хорошо развито акушерское дело, рекомендуется модель, в рамках которой непрерывную помощь женщине на протяжении родов, дородового и послеродового периодов оказывает одна или несколько известных ей акушерок.	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X
Групповая дородовая помощь	E.3. В рамках научных исследований с учетом предпочтений женщины и при условии наличия необходимых инфраструктуры и ресурсов в качестве альтернативы индивидуальной дородовой помощи может быть предложена групповая дородовая помощь, оказываемая квалифицированными работниками здравоохранения.	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)	X	X	X	X	X	X	X	X

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП							
			1 (12 неделя)	2 (20 неделя)	3 (26 неделя)	4 (30 неделя)	5 (34 недели)	6 (36 неделя)	7 (38 неделя)	8 (40 неделя)
Мероприятия на уровне сообщества, направленные на улучшение коммуникации и поддержки	<p>E.4.1. Для улучшения здоровья матерей и новорожденных, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к медицинской помощи, рекомендуется мобилизация общестественности посредством организации совместных циклов обучения и действия (PLA) для женских групп при участии координаторов^{ab}. Женские группы, совместно участвующие в мероприятиях, предоставляют женщинам возможность обсудить свои потребности во время беременности, в том числе преграды на пути получения медицинской помощи, способствуют поддержке беременных.</p> <p>E.4.2. Для повышения использования дородовой помощи и улучшения перинатальных исходов, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к медицинской помощи, рекомендуются комплексные мероприятия, включающие мобилизацию семей и общестественности, а также посещение беременных на дому.</p>	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
Перераспределение обязанностей в рамках дородовой помощи ^{ac}	<p>E.5.1. Рекомендуется перераспределение обязанностей по пропаганде моделей поведения, связанных со здоровьем матери и ребенка^{ad}, в пользу широкого круга работников здравоохранения, включая непрофессиональных работников здравоохранения, младших медицинских сестер, медицинских сестер, акушерок и врачей.</p> <p>E.5.2. Рекомендуется делегирование обязанностей по распределению пищевых добавок и периодической профилактике малярии во время беременности (ППБ) широкому кругу работников здравоохранения, включая младших медицинских сестер, медицинских сестер, акушерок и врачей.</p>	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X

ab Займствовано из публикации «WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health» (2014 г.).

ac Рекомендации адаптированы и заимствованы из публикации ВОЗ «Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting (OptimizeMNH)» (2012 г.).

ad В том числе пропаганда следующего: моделей поведения, связанных с обращением за медицинской помощью и использованием ДРП, готовности к родам и осложнениям, сна под обработанными инсектицидом противомоскитными сетками, квалифицированной помощи в родах, сопровождения во время родов, консультирования по вопросам питания, дополнительного приема витаминов и микроэлементов, других препаратов или мероприятий, проводимых при определенных условиях, обследования для исключения ВЛЧ-инфекции во время беременности, исключительного грудного вскармливания, послеродового ухода и планирования семьи, иммунизации согласно национальным рекомендациям.

Тип мероприятия	Рекомендация	Тип рекомендации	Восемь запланированных контактов в рамках ДРП							
			1 (12 недель)	2 (20 недель)	3 (26 недель)	4 (30 недель)	5 (34 недели)	6 (36 недель)	7 (38 недель)	8 (40 недель)
Набор и сохранение кадров в сельских и удаленных районах ^{ae}	Е.6. Лицам, ответственным за разработку политики, следует разработать меры образовательной, нормативной, финансовой, личной и профессиональной поддержки работников здравоохранения, чтобы обеспечить набор и сохранение квалифицированных кадров здравоохранения в сельских и удаленных районах.	Рекомендовано при определенных условиях	X	X	X	X	X	X	X	X
График контактов в рамках дородовой помощи	Е.7. Для снижения перинатальной смертности и формирования у женщин положительного опыта получения помощи рекомендуется применять модели дородовой помощи, предполагающие не менее восьми контактов беременной с работниками здравоохранения.	Рекомендовано	X	X	X	X	X	X	X	X

ae Рекомендация адаптирована и заимствована из публикации ВОЗ «Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations» (2010 г.).

Вставка 6. Соображения относительно принятия, масштабирования и внедрения модели ДРП ВОЗ 2016 г.

Соображения относительно принятия и масштабирования модели с позиций политики в области здравоохранения

- Необходимы твердые обязательства правительства масштабировать внедрение ДРП для достижения национального охвата ДРП, оказываемой в медицинских учреждениях; должна быть обеспечена национальная поддержка всему комплексу, а не отдельным мероприятиям, чтобы избежать фрагментации помощи.
- В странах с ограниченными ресурсами существенную роль в масштабировании внедрения модели могут играть доноры (благотворители). Скорее всего, механизмы спонсорства, поддерживающие внутренние процессы масштабирования целой модели, будут полезнее механизмов, поддерживающих часть мероприятий.
- Чтобы разработать политическую программу, гарантировать широкое закрепление и прогресс в разработке стратегий и принятии решений, должны быть выделены заинтересованные стороны среди избираемых и назначаемых чиновников. Кроме того, чтобы обеспечить широкую поддержку масштабированию, на всех этапах разработки программы, в том числе до принятия политического решения, должны участвовать представители образовательных учреждений и соответствующих медицинских специальностей.
- Чтобы облегчить обсуждение и планирование, следует оценить и распространить информацию о расходах и ожидаемых последствиях внедрения модели для пользователей и работников здравоохранения (например, рабочая нагрузка, требования к обучению).
- Модель должна быть адаптирована к местным условиям, в том числе оказания медицинской помощи.

Соображения относительно внедрения модели на уровне системы здравоохранения или организационном уровне

- Во внедрении модели должны участвовать образовательные учреждения, осуществляющие подготовку специалистов, и профессиональные сообщества с целью максимально быстрого и гладкого обновления программы обучения оказанию ДРП.
- Для создания ресурсов и распределения бюджета необходимо долгосрочное планирование с целью укрепления и поддержания высокого качества ДРП.
- В соответствии с профессиональными требованиями, с учетом содержания, длительности и процедур отбора работников здравоохранения для обучения потребуются разработка моделей обучения на рабочем месте и работы под наблюдением. Эти модели могут быть специально разработаны для решения вопроса текучести кадров, особенно в условиях ограниченных ресурсов.
- Необходимо разработать стандартизованные методы наблюдения, обеспечивающие кураторам возможность поддерживать работников здравоохранения и позволить им оказывать интегрированную комплексную ДРП.
- Может потребоваться разработка стратегии перераспределения обязанностей с целью оптимизации использования кадров.
- Необходимо упростить и обновить инструменты или памятки для внедрения ДРП (например, карты ДРП), включив в них всю ключевую информацию в соответствии с этой моделью.
- Необходимо разработать стратегии для улучшения управления снабжением в соответствии с местными требованиями, а именно: протоколы получения и поддержания запаса расходных материалов, стимулирующие работников здравоохранения собирать и отслеживать данные о запасах расходных материалов на складе, повышение координации действий на уровне работников здравоохранения, учет лекарственных средств и расходных материалов, необходимых для реализации модели ДРП.

Соображения относительно внедрения модели на уровне пользователей

- Для распространения информации о важности каждого компонента ДРП, праве беременных обращаться за ДРП для сохранения их здоровья и здоровья их будущих детей, следует предпринять мероприятия по просвещению общественности. Эта информация должна содержать сведения о сроках и содержании рекомендуемых контактов в рамках ДРП, ожидаемой стоимости для пользователей.
- Время ожидания можно уменьшить посредством реорганизации службы ДРП и/или потока женщин.

Вопросы внедрения отдельных рекомендаций представлены в Приложении 4.

5. Значение для научных исследований

В процессе разработки рекомендаций Группа по разработке рекомендаций (ГРР) выявила существенные пробелы в знаниях, которые необходимо заполнить с помощью научных исследований. Уровень достоверности доказательств по ряду оценивавшихся мероприятий был оценен как «низкий» или «очень низкий». В соответствии с системой GRADE (15) это означает, что дальнейшие исследования мероприятий с «низким» или «очень низким» уровнем достоверности доказательств по значимым исходам, вероятно, повлияет на достоверность доказательств в будущем и последующие рекомендации по этим

мероприятиям. На основании этой концепции ГРР выявила пробелы в знаниях и определила приоритетные вопросы для исследований в соответствии с тем, будут ли дальнейшие исследования, вероятно, способствовать устранению неравенства, повышать выполнимость внедрения или способствовать получению женщинами положительного опыта беременности. Во Вставке 7 приоритетные вопросы для научных исследований сгруппированы в соответствии с рекомендациями в этой публикации (т. е. по типам мероприятий) и перечислены в порядке, сходном с рекомендациями.

Вставка 7. Приоритетные вопросы для научных исследований в зависимости от типа мероприятий

А. Мероприятия, связанные с питанием

- Каковы эффекты, выполнимость, приемлемость и справедливость мероприятий, пропагандирующих здоровое питание и физическую активность в СНСД?
- Можно ли разработать комплекс мероприятий по питанию со стандартизованными рекомендациями, основанных на принципах доказательной медицины, устойчивых, воспроизводимых, доступных и адаптируемых к разным культурным условиям?
- Необходимы исследования на страновом уровне для лучшего понимания причин недостаточного питания в данных условиях. Приводят ли к улучшению материнских и перинатальных исходов такие альтернативы приему сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок, как предоставление денежных средств или ваучеров, или улучшение местного и национального производства и распределения продуктов питания?
- Каков наиболее эффективный, приемлемый и выполнимый режим дополнительного приема рекомендованных препаратов (железа, кальция и фолиевой кислоты)? Могут ли микроэлементы быть объединены в один препарат длительного действия? В какой степени препараты железа и кальция (или цинка) влияют на всасывание друг друга?
- Каковы наиболее рентабельные состав и форма выпуска (таблетки, покрытые или не покрытые оболочкой) препаратов железа с точки зрения пользы и побочных эффектов?
- Может ли быть разработан портативный, применимый в полевых условиях и малоинвазивный экспресс-метод диагностики железодефицитной анемии?
- Существуют ли неблагоприятные последствия гемоконцентрации во время беременности при уровне гемоглобина более 130 г/л?
- Каковы биологические механизмы связи между дополнительным приемом препаратов кальция, преэклампсией, HELLP-синдромом (гемолиз, повышение активности печеночных ферментов, тромбоцитопения) и преждевременными родами?
- Каковы минимальная доза препаратов кальция и оптимальный срок начала их дополнительного приема для снижения риска преэклампсии и преждевременных родов?
- Как влияет дополнительный прием препаратов цинка на материнские (например, инфекции) и перинатальные (например, преждевременные роды, ая, инфекции новорожденных, перинатальная смертность) исходы? Какова оптимальная доза препаратов цинка для дополнительного приема во время беременности, особенно в группах населения с дефицитом цинка, для которых отсутствует стратегия улучшения питания?
- Снижают ли препараты витамина С риск ПРПО и улучшают ли они материнские и перинатальные исходы?
- Повышают ли препараты витамина D риск преждевременных родов при приеме в комбинации с препаратами кальция?

Вставка 7. Приоритетные вопросы для научных исследований в зависимости от типа мероприятий

В. Обследование беременной и плода

- Можно ли разработать более качественные и рентабельные методы диагностики анемии на местах?
- Каково влияние на течение беременности и другие интересные исходы (справедливость, приемлемость, выполнимость и устойчивость к антибактериальным средствам) двух стратегий: исследования мочи на местах (с помощью тест-полосок или окраски мазков по Граму) с антибактериальной терапией БСБУ и исследования мочи с подтверждением результатов посевом с последующим лечением БСБУ по показаниям?
- Можно ли разработать более качественные методы диагностики БСБУ на местах с целью повышения точности и выполнимости диагностики и снижения частоты ненужного лечения? Какова пороговая распространенность БСБУ, при которой целевые обследование и лечение будут более эффективной стратегией, чем всеобщее обследование и лечение?
- Каковы наиболее эффективные стратегии выявления ЖСПП и борьбы с ним? Влияют ли мероприятия по выявлению ЖСПП на обращение за ДРП? Могут ли мероприятия, направленные на партнеров, предупреждать ЖСПП? Влияет ли выявление ЖСПП (с направлением на соответствующую консультацию) на материнские и перинатальные исходы?
- Какова распространенность ГСД и сахарного диабета во время беременности в соответствии с новыми диагностическими критериями в разных популяциях и этнических группах? Каковы лучшие стратегии скрининга ГСД и какова пороговая распространенность ГСД, при которой они становятся рентабельными?
- Каково влияние ежедневного подсчета шевелений плода в III триместре беременности, например, с помощью метода «досчитать до десяти» и специальных таблиц, на перинатальные исходы в СНСД?
- Каковы влияние и точность измерения ВДМ на выявление отклонений в развитии плода и других факторов риска перинатальной заболеваемости (например, многоплодной беременности, многоводия) в условиях, где недоступно ультразвуковое исследование во время беременности?
- Может ли однократное стандартное доплеровское исследование сосудов плода, выполняемое всем беременным в III триместре, точно выявлять или предсказывать осложнения беременности, особенно ВУЗР и преэклампсию, и улучшать исходы беременности?

С. Профилактические мероприятия

- Каково влияние антибиотикопрофилактики РИМП во время беременности по сравнению с мониторингом и применением антибактериальных средств по показаниям на частоту инфекций у беременных, перинатальную заболеваемость и устойчивость к антибактериальным препаратам?
- Какова распространенность аллоиммунизации антигеном D системы Rh и связанных с ней неблагоприятных исходов у беременных в условиях СНСД? Можно ли разработать рентабельные стратегии лечения этого состояния в СНСД и уменьшить неравенство?

Д. Помощь при распространенных физиологических симптомах

- Какова распространенность частых симптомов в условиях ограниченных ресурсов, и может ли предложение лечить эти состояния уменьшить неравенство в отношении здоровья, повысить охват ДРП и способствовать получению положительного опыта беременности?
- Каковы причины судорог в ногах во время беременности и может ли лечение препаратами магния и/или кальция устранить это состояние?

Вставка 7. Приоритетные вопросы для научных исследований в зависимости от типа мероприятий

Е. Вмешательства в систему здравоохранения для повышения использования и качества ДРП

- Какую медицинскую документацию следует хранить женщине и как можно уменьшить расхождения между различными документами, чтобы повысить качество медицинской помощи?
 - Как влияет непрерывная помощь, оказываемая акушерками (НПА)? Что ведет к улучшению исходов в отношении здоровья и удовлетворенности женщин: непрерывность оказания медицинской помощи, взаимоотношения между работником здравоохранения и пациентом или философия оказания медицинской помощи акушерками? Могут ли этот эффект воспроизвести другие работники здравоохранения, например младшие медицинские сестры-акушерки, медицинские сестры, семейные врачи и т. д.? Как можно структурировать ДРП в СНСД, чтобы включить уже имеющиеся компоненты НПА, особенно в условиях очень ограниченного числа акушерок?
 - Каковы эффекты, выполнимость и финансовые последствия НПА в СНСД? Какие модели наиболее выполнимы (индивидуальное или бригадное оказание помощи)? Можно ли разработать модель непрерывного оказания помощи для групповой ДРП в условиях, где другие модели НПА не выполнимы?
 - Можно ли разработать модель групповой ДРП для СНСД, которая предоставит рекомендации по оптимальному размеру групп, частоте и содержанию контактов?
 - Насколько приемлема (данные должны включать точку зрения женщин, которые отказались участвовать), выполнима и рентабельна групповая ДРП в условиях СНСД?
-
- Выполнимы ли и приемлемы ли смешанные модели (групповая и индивидуальная ДРП) и имеют ли они преимущества?
 - Каково влияние групповой ДРП на материнские и перинатальные исходы в отношении здоровья, охват (контактами в рамках ДРП и родами в медицинских учреждениях) и опыт женщин и работников здравоохранения?
 - Следует ли в дополнение к помощи специалистов предлагать женщинам с осложнениями беременности групповую ДРП с целью общения и социальной поддержки?
 - Насколько приемлема и выполнима мобилизация общественности с созданием групп, включающих представителей разных полов? Каковы оптимальные мероприятия на общинном уровне, направленные на улучшение общения и поддержки беременных женщин и подростков, повышение интеграции усилий по мобилизации общественности в системы здравоохранения и обеспечение непрерывного оказания помощи посещениями на дому? Каковы механизмы действия этих мероприятий?
 - Может ли модель ДРП ВОЗ 2016 г., включающая минимум восемь контактов, повлиять на качество ДРП в СНСД, и как она влияет на здоровье, ценности, приемлемость, ресурсы, выполнимость и справедливость?

БСБУ — бессимптомная бактериурия; ВДМ — высота стояния дна матки; ГСД — гестационный сахарный диабет; ДРП — дородовая помощь; ЖСПП — жестокое обращение со стороны полового партнера; МГВ — маленький для гестационного возраста ребенок; НПА — непрерывная помощь, оказываемая акушерками; ПРПО — преждевременный разрыв плодных оболочек; РИМП — рецидивирующая инфекция мочевых путей; СНСД — страны с низким и средним доходом.

6. Распространение, применимость и обновление документа и рекомендаций

6.1 Распространение

Эти рекомендации будут доступны в электронной версии для скачивания, а также в печатной версии. Электронная версия будет доступна на веб-сайтах Департамента ВОЗ по вопросам репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR), Департамента ВОЗ по вопросам питания для здоровья и развития (NHD), Департамента ВОЗ по вопросам здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (MCA), а также на веб-сайте Библиотеки ВОЗ по вопросам репродуктивного здоровья (RHL)⁷. Печатные версии будут распространяться в региональные и страновые бюро ВОЗ, министерства здравоохранения, центры, сотрудничающие с ВОЗ, партнерские НПО и профессиональные сообщества в соответствии с тем же списком, который был разработан для внедрения фокусированной ДРП (ФДРП). Рекомендации будут сопровождаться результатами независимой критической оценки с использованием метода AGREE (оценка рекомендаций для научных исследований и анализа) (213). В Департаментах ВОЗ RHR, NHD и MCA группами, отвечающими за стратегию и внедрение программы, будут проведены технические встречи, на которых будут представлены рекомендации и производные данного документа, в том числе практическое руководство по внедрению новой модели ДРП ВОЗ 2016 г.

Будут разработаны два резюме доказательств: одно — для лиц, ответственных за разработку политики, и руководителей программ, другое — для работников здравоохранения. Резюме, освещающие рекомендации и контекстуальные вопросы, относящиеся к внедрению, будут разрабатываться и распространяться в сотрудничестве с USAID, FIGO и МКА. Структура резюме будет связана с разными разделами данной публикации, например посвященными питанию, обследованию беременной и плода или профилактическим мероприятиям, чтобы позволить адаптировать

производные документы и распространять их среди партнеров соответственно.

Резюме и рекомендации из этой публикации будут переведены на шесть языков ООН для распространения через региональные бюро и во время встреч, организованных или посещаемых персоналом Департаментов ВОЗ RHR, MCA и NHD.

Помимо электронной и печатной версий этих рекомендаций планируется создание интерактивной веб-версии, которая будет разработана группой специалистов по инфографике. Это будет способствовать использованию и освоению рекомендаций посредством представления их онлайн в формате, удобном для пользователя, и предоставит платформу для обновления рекомендаций с перекрестными ссылками на постоянной основе, чтобы гарантировать, что они идут в ногу со временем. Более того, это позволит организовать документы по разным темам (например, питание) и разрабатывать целенаправленные мероприятия и документы. Запланированы и предусмотрены бюджетом английская, французская, португальская и испанская (последняя в сотрудничестве с Региональным бюро ВОЗ для стран Америки/Панамериканской организацией здравоохранения [ПАОЗ]) веб-версии.

Рекомендации также будут запущены на официальном веб-сайте Департамента ВОЗ RHR в рамках ежемесячного выпуска «Новостей HRP». В настоящее время этот веб-сайт имеет более 3000 подписчиков, в их числе клиницисты, руководители программ, лица, ответственные за разработку политики, и пользователи систем здравоохранения со всего мира. Кроме того, в соответствии с политикой открытого доступа и авторского права ВОЗ будет опубликован ряд статей, представляющих рекомендации и основные соображения относительно их внедрения. Частью процесса распространения будут также соответствующие кластеры, департаменты и партнерства ВОЗ, такие, как ВИЧ/СПИД, Туберкулез

⁷ RHL доступна по адресу: <http://apps.who.int/rhl/en/>

и Малярия, Инициатива по исследованию вакцин (IVR) и Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей (PMNCH).

В целях более широкого распространения рекомендаций ВОЗ по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и прав Департаментом RHR была создана и недавно запущена функция поиска в базе рекомендаций и руководств ВОЗ8. Рекомендации по ДРП можно будет найти с помощью этой новой функции.

Группа материнского и перинатального здоровья и профилактики небезопасных абортов Департамента ВОЗ RHR в сотрудничестве с Департаментами NHD и MCA и другими партнерами поддерживает национальные и субнациональные рабочие группы в адаптации и внедрении рекомендаций. Этот процесс будет включать разработку или пересмотр существующих национальных рекомендаций или протоколов в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Для объединения соответствующих заинтересованных сторон с целью выявления и оценки приоритетов, барьеров и посредников для внедрения рекомендаций, а также для поддержки усилий заинтересованных сторон по разработке стратегий адаптации и внедрения рекомендаций с учетом местных условий будет использоваться сеть GREAT (рекомендации, приоритеты научных исследований, синтез доказательств, применение доказательств, передача знаний) (214). Это включает техническую поддержку для внедряющих рекомендации на местах в разработке учебных пособий, технологических карт и индикаторов качества, а также участие во встречах заинтересованных сторон.

6.2 Вопросы применимости

Предполагаемое воздействие рекомендаций на организацию ДРП

Эффективное внедрение представленных в этом документе рекомендаций, вероятно, потребует реорганизации помощи и перераспределения ресурсов здравоохранения, особенно в странах с низким и средним доходом (СНСД). Ниже представлены потенциальные барьеры на пути внедрения рекомендаций:

- дефицит кадров, обладающих необходимыми опытом и навыками для внедрения, контроля и

поддержки рекомендуемых методик, в том числе консультирования;

- отсутствие инфраструктуры для проведения мероприятий, например отсутствие электроснабжения для ультразвукового оборудования;
- отсутствие места для индивидуального или группового консультирования;
- непонимание новой модели помощи общественностью, особенно графика контактов и потенциально большего времени ожидания;
- отсутствие ресурсов, например оборудования, тест-систем, расходных материалов, лекарственных средств и препаратов для устранения дефицита питательных веществ;
- отсутствие эффективных механизмов направления на консультацию и лечение для женщин, нуждающихся в дополнительной помощи;
- непонимание ценности новых рекомендуемых мероприятий работниками и менеджерами здравоохранения;
- отсутствие систем управления информацией в здравоохранении (СУИЗ), предназначенных для документирования и мониторинга рекомендуемых методик (например, медицинские карты, регистры и т. д.).

С учетом отмеченных выше потенциальных барьеров целесообразен поэтапный подход к принятию, адаптации и внедрению рекомендаций. Различные стратегии преодоления этих барьеров и содействия внедрению предложены в конце Главы 4.

Мониторинг и оценка воздействия рекомендаций

Мониторинг внедрения и воздействия этих рекомендаций будет проводиться системой здравоохранения на региональном и страновом уровнях с помощью четко определенных критериев и индикаторов, которые связаны с целями, согласованными на местном уровне. В сотрудничестве с группами мониторинга и оценки Департаментов ВОЗ RHR и MCA данные о результатах внедрения рекомендаций на страновом и региональном уровнях будут собираться и оцениваться в краткосрочной и среднесрочной

⁸ Доступна по адресу: search.optimizemnh.org

перспективе, чтобы определить их влияние на национальную политику отдельных государств — членов ВОЗ. Для получения соответствующих данных о мероприятиях, содержащихся в данных рекомендациях, могут быть использованы изучение временных рядов данных, клинические проверки или проверки на основании определенных критериев.

6.3 Обновление рекомендаций

В соответствии с концепцией сети GREAT ВОЗ, которая подразумевает непрерывный систематический процесс выявления и устранения пробелов в доказательствах после внедрения (214), предлагаемые рекомендации будут обновляться каждые пять лет после публикации, если не появятся новые существенные доказательства, которые потребуют их более раннего пересмотра. Координационная группа ВОЗ будет продолжать отслеживать научные разработки в области ДРП, особенно по тем вопросам, по которым не было найдено доказательств или имеются доказательства низкого качества и по которым, соответственно, оправдано появление новых рекомендаций или изменение опубликованных. Любые сомнения по поводу обоснованности какой-либо рекомендации будут в скорейшие сроки представлены через интерактивный веб-сайт⁹, и при необходимости будет составлен план по обновлению этой рекомендации.

Через два года после публикации и распространения этих рекомендаций посредством региональных и страновых бюро ВОЗ и отобранных респондентов, представляющих пользователей рекомендаций (например, профессиональных сообществ, НПО) будет проведен онлайн-опрос, чтобы оценить состояние и масштаб использования и адаптации рекомендаций в стране, а также внедрение каких-либо рекомендаций и их влияние на политические решения. Этот опрос позволит также получить обратную связь для дальнейших изменений. Государства — члены ВОЗ могут также запросить дополнительные руководства. Заинтересованные стороны могут присылать предложения по дополнительным вопросам для включения в обновленную версию рекомендаций в Департамент ВОЗ RHR по электронной почте (reproductivehealth@who.int).

По мере приближения к концу предлагаемого пятилетнего срока действия рекомендаций ответственный технический сотрудник (или другой назначенный штатный сотрудник ВОЗ) вместе с Координационной группой ВОЗ оценит действенность рекомендаций и необходимость нового руководства по данной теме. Для этого будет проведен предварительный анализ среди технических специалистов, работников здравоохранения, исследователей и пользователей услуг для выявления спорных или приоритетных областей, где необходимы дополнительные рекомендации, сформулированные по принципам доказательной медицины.

Все технические документы, разработанные вместе с данными рекомендациями, в том числе полные тексты систематических обзоров, соответствующие стратегии и даты поиска, файлы «Cochrane Review Manager» (RevMan)¹⁰, подготовленные в соответствии с приоритетными исходами и основа для оценки качества исходов по системе GRADE, будут храниться в общей папке Департамента для дальнейшего использования и ссылок. При появлении сомнений в обоснованности определенной рекомендации на основании новых данных будет обновляться систематический обзор, отвечающий на основной вопрос. Для обновления обзора будет применяться исходная стратегия поиска силами той же группы или другой группы, если исходной группы больше нет.

Все новые вопросы, поставленные по результатам предварительного обзора в конце пятилетнего срока, подвергнутся аналогичному процессу поиска, синтеза и классификации доказательств в соответствии со стандартами ВОЗ по разработке рекомендаций.

В процессе разработки рекомендаций были выявлены несколько пробелов в знаниях относительно скрининга ГСД, сифилиса и гемоглобинопатий во время беременности. ВОЗ стремится разработать дополнительные рекомендации по этим темам, чтобы они были включены в обновленное руководство по ДРП. Кроме того, в будущие обновленные версии будут включены дополнительные рекомендации о том, как улучшать использование, качество и оказание ДРП, информация для которых будет получена из нового руководства ВОЗ по улучшению качества медицинской помощи на протяжении беременности, родов и послеродового периода.

⁹ Доступен на: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

¹⁰ Дополнительная информация представлена на: <http://www.cochrane.org/revman>

Литература

1. Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ). Техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Совет по правам человека, двадцать первая сессия. Нью Йорк: Генеральная Ассамблея Организация Объединенных Наций; 2012 г. (A/HRC/21/22; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/148/49/PDF/G1214849.pdf>, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
2. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9. doi:10.1111/1471-0528.13451.
3. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A et al.; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462–74. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
4. Материнская смертность. Информационный бюллетень 348; Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/>, по состоянию на 22 июня 2014 г.).
5. Blencowe H, Cousens S, Bianchi Jassir F, Chou D, Mathers C et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2016;4(2):e98–108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.
6. Campbell OMR, Graham WJ; The Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368:1284–99.
7. Fisk NM, McKee M, Atun, R. Relative and absolute addressability of global disease burden in maternal and perinatal health by investment in R&D. *Trop Med Int Health*. 2011;16(6):662-8.
8. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(Suppl 1):1–42.
9. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multi-country Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*. 2013;381(9879):1747–55. doi:10.1016/S0140-6736(13)60686-8.
10. Интегрированное ведение беременности и родов (ИВБР). In: Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков [веб-страница ВОЗ]. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/ru/, по состоянию на 17 октября 2016 г.).
11. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh, Gomez P, Munjanja S. Chapter 2: Antenatal care. In: Lawn J, Kerber K, editors. Opportunities for Africa's Newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Geneva: World Health Organization; 2006: 51–62 (http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf, по состоянию на 6 октября 2016 г.).
12. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/en/, по состоянию на 6 октября 2016 г.).
13. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. What matters to women: a scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123(4):529–39. doi:10.1111/1471-0528.13819.

14. WHO handbook for guideline development, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf, по состоянию на 6 октября 2016 г.).
15. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
16. GRADE-CERQual [website]. The GRADE-CERQual Project Group; 2016 (<https://cerqual.org/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
17. DECIDE [website]. The DECIDE Project; 2016 (<http://www.decide-collaboration.eu/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
18. Abalos A, Chamillard M, Diaz V, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. *BJOG*. 2016;123(4):519–28. doi:10.1111/1471-0528.13820.
19. WHO, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd edition. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
20. Di Mario S, Basevi V, Gori G, Spettoli D. What is the effectiveness of antenatal care? (supplement). Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
21. Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health: a global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH); 2011 (http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
22. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Factors that influence the use of routine antenatal services by pregnant women: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(10):CD012392.
23. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration; 2011 (<http://handbook.cochrane.org/>, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
24. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register [website]. The Cochrane Collaboration; 2016 (<http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
25. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006;22(2):108–19. doi:10.1016/j.midw.2005.05.004.
26. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu AM et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001895. doi:10.1371/journal.pmed.1001895.
27. OneHealth Model: intervention treatment assumptions (draft 28 September). Geneva and Glastonbury (CT): United Nations InterAgency Working Group on Costing and the Futures Institute; 2013 (<http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf>, по состоянию на 4 октября 2016 г.).
28. WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings, 2011–2014: assistive devices, eHealth solutions, medical devices, other technologies, technologies for outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/medical_devices/innovation/compendium/en/, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
29. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/>

- health_equity/report_2015/en/, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
30. Effective Practice and Organisation of Care (ЕРОС). ЕРОС Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2015 (<http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
 31. Tang AM, Chung M, Dong K, Terrin N, Edmonds A, Assefa N et al. Determining a global mid-upper arm circumference cutoff to assess malnutrition in pregnant women. Washington (DC): FHI 360/ Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA); 2016 (<http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-MUAC-cutoffs-pregnant-women-June2016.pdf>, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
 32. Popkin S, Slining MM. New dynamics in global obesity facing low- and middle-income countries. *Obes Rev.* 2013;14(2):11–20. doi:10.1111/obr.12102.
 33. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 34. WHO; de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO global database on anaemia. Geneva: World Health Organization (WHO); 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
 35. United Nations Children’s Fund, United Nations University, WHO. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization (WHO); 2001 (WHO/NHD/01.3; http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 36. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
 37. Глобальная распространенность недостаточности витамина А среди населения, подверженного риску: 1995–2005 гг. Глобальная база данных ВОЗ о недостаточности витамина А. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 г. (<http://www.who.int/vmnis/database/vitamina/x/ru/>, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 38. Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
 39. Roohani N, Hurrell R, Kelishadi R, Schulin R. Zinc and its importance for human health: an integrative review. *J Res Med Sci.* 2013;18(2):144–57.
 40. Jahanfar S, Jaafar SH. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD006965.
 41. Здоровое питание. Информационный бюллетень No. 394. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru>, по состоянию на 1 ноября 2016 г.).
 42. Exercise in pregnancy. RCOG Statement No. 4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2006:1–7 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/exercise-in-pregnancy-statement-no.4/>, по состоянию на 24 октября 2016 г.).
 43. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors; Institute of Medicine and National Research Council. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines. Washington (DC): The National Academies Press; 2009 (<http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexaminingthe-Guidelines.aspx>, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 44. Muktabhant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive gestational weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD007145.

45. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Factors that influence the provision of good quality routine antenatal care services by health staff: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 (in press).
46. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva: World Health Organization; 1995 (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
47. Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD000032.
48. Food Security Portal [website]. Washington (DC): International Food Policy Research Institute (IFPRI); 2012 (<http://www.foodsecurityportal.org/>, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
49. Shaheen R, Streatfield PK, Naved RT, Lindholm L, Persson LÅ. Equity in adherence to and effect of prenatal food and micronutrient supplementation on child mortality: results from the MINIMat randomized trial, Bangladesh. *BMC Public Health.* 2014;14:5. doi:10.1186/1471-2458-14-5.
50. The clinical use of blood in general medicine, obstetrics, paediatrics, surgery & anaesthesia, trauma & burns. Geneva: World Health Organization; 1998 (http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Manual_EN.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
51. Iron and folate supplementation: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.8. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/iron_folate_supplementation.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
52. The international pharmacopoeia, 5th edition, volumes 1 and 2. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/phint/en/p/about>, по состоянию на 4 октября 2016 г.).
53. The WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Quality assurance of pharmaceuticals: meeting a major public health challenge. Geneva: World Health Organization; 2007 (WHO/PSM/QSM/2007.5; http://www.who.int/medicines/publications/brochure_pharma.pdf, по состоянию на 4 октября 2016 г.).
54. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD004736.
55. Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
56. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(19):CD009997.
57. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/8/9789244548332_rus.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
58. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laoraiboon M, Medley N. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(2):CD007079. doi:10.1002/14651858.CD007079.pub3.
59. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(6):CD001059.
60. Добавление витамина А для беременных женщин. Руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85579/1/9789244501788_rus.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
61. Sommer A, Davidson FR. Assessment and control of vitamin A deficiency: the Anney Accords. *J Nutr.* 2002;132:2845S-50S.

62. Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. Recommendations and report of a consultation. Micronutrient series. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/NUT/98.4; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63838/1/WHO_NUT_98.4_eng.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
63. McCauley ME, van den Broek N, Dou L, Othman M. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD008666.
64. Ota E, Mori R, Middleton P, Tobe-Gai R, Mahomed K, Miyazaki C et al. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(2):CD000230.
65. Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(11):CD004905.
66. UNICEF, WHO, United Nations University. Composition of a multi-micronutrient supplement to be used in pilot programmes among pregnancy women in developing countries: report of a United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO) and United Nations University workshop. New York (NY): UNICEF; 1999 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/75358>, по состоянию на 18 декабря 2015 г.).
67. Devakumar D, Fall CHD, Sachdev HS, Margetts BM, Osmond C, Wells JCK et al. Maternal antenatal multiple micronutrient supplementation for long-term health benefits in children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2016;14(1):90. doi:10.1186/s12916-016-0633-3.
68. Technical consultation: multiple micronutrient supplements in pregnancy: implementation considerations for successful integration into existing programmes. Meeting held in collaboration with United Nations Children's Fund (UNICEF) and the Micronutrient Initiative (MI). Geneva: World Health Organization; 18–20 August 2015 (http://www.who.int/nutrition/events/2015_meeting_microsupp_pregnancy_18to20aug/en/, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
69. Salam RA, Zuberi NF, Bhutta ZA. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation during pregnancy or labour for maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD000179.
70. Allen L, de Benoist B, Dary O, Hurrell R, editors. Guidelines on food fortification with micronutrients. Geneva: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2006 (http://www.who.int/nutrition/publications/guide_food_fortification_micronutrients.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
71. Joint Formulary Committee. Vitamin deficiency. Chapter 9: Blood and Nutrition. In: British National Formulary (BNF) 72. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
72. Rumbold A, Ota E, Hori H, Miyazaki C, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD004069.
73. Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD004072.
74. Joint Formulary Committee. Vitamin deficiency. Chapter 9: Blood and Nutrition. In: British National Formulary (BNF) 72. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
75. Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf, по состоянию на 4 октября 2016 г.).
76. De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(1):CD008873.
77. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Med.* 2014;12:174. doi:10.1186/s12916-014-0174-6.
78. Rhee J, Kim R, Kim Y, Tam M, Lai Y, Keum N, Oldenburg CE. Maternal caffeine consumption during pregnancy and risk of low birth weight: a dose-response meta-analysis of observational studies. *PLoS One.* 2015;10(7):e0132334. doi:10.1371/journal.pone.0132334.
79. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during

- pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016;19(7):1233–44. doi:10.1017/S1368980015002463.
80. Li J, Zhao H, Song JM, Zhang J, Tang YL, Xin CM. A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;130(2):116–22. doi:10.1016/j.ijgo.2015.03.033.
 81. Sobhy S, Rogozinska E, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect anaemia in antenatal care: a systematic review. *BJOG.* 2016 (в печати).
 82. Medina Lara A, Mundy C, Kandulu J, Chisuwo L, Bates I. Evaluation and costs of different haemoglobin methods for use in district hospitals in Malawi. *J Clin Pathol.* 2005;58(1):56–60.
 83. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(8):CD000490.
 84. Schmiemann G, Kniehl E, Gebhardt K, Matejczyk MM, Hummers-Pradier E. The diagnosis of urinary tract infection: a systematic review. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2010;107(21):361–7. doi:10.3238/arztebl.2010.0361.
 85. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 86. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 87. van den Broek NR, Ntonya C, Mhango E, White SA. Diagnosing anaemia in pregnancy in rural clinics: assessing the potential of the Haemoglobin Colour Scale. *Bull World Health Organ.* 1999;77(1):15–21.
 88. Rogozinska E, Formina S, Zamora J, Mignini L, Khan KS. Accuracy of on-site tests to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2016;128(3):495–503. doi:10.1097/AOG.0000000000001597.
 89. O’Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD007007.
 90. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD009414.
 91. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/RHR/14.26; <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>, accessed 26 October 2016).
 92. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Francisco L, Nakuti J, Musuya T et al. A community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV/AIDS risk in Kampala, Uganda (the SASA! Study): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials.* 2012;13:96. doi:10.1186/1745-6215-13-96.
 93. Krishnan S, Subbiah K, Chandra P, Srinivasan K. Minimizing risks and monitoring safety of an antenatal care intervention to mitigate domestic violence among young Indian women: The Dil Mil trial. *BMC Public Health.* 2012;12:943. doi:10.1186/1471-2458-12-943.
 94. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 95. Antenatal care for uncomplicated pregnancies: clinical guideline [CG62]. United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 (updated 2016) (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>, по состоянию на 30 сентября 2016 г.).
 96. Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<http://apps.who.int/iris/>

- bitstream/10665/94555/5/9789244506073_rus.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
97. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 98. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 99. Руководство по времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/310301/Guideline-when-start-ATP-HIV-ru.pdf, по состоянию на 4 октября 2016 г.).
 100. Prevention of mother-to-child transmission of syphilis: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.3. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_mtct_syphilis.pdf, по состоянию на 14 сентября 2016 г.).
 101. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
 102. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
 103. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).
 104. Профилактика передачи вируса Зика половым путем: промежуточное руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (<http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/ru/> по состоянию на 27 октября 2016 г.).
 105. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
 106. Pearson JF, Weaver JB. Fetal activity and fetal wellbeing: an evaluation. Br Med J. 1976;1(6021):1305-7.
 107. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD004909.
 108. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson JP, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, third edition. Oxford: Oxford University Press; 2000.
 109. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD008136.
 110. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD007058.
 111. Maulik D, Mundy D, Heitmann E, Maulik D. Evidence-based approach to umbilical artery Doppler fetal surveillance in high-risk pregnancies: an update. Clin Obstet Gynecol. 2010;53(4):869–78. doi:10.1097/GRF.0b013e3181fbb5f5.
 112. Alfirevic Z, Stampalija T, Gyte GML. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(11):CD007529.
 113. Soothill PW, Ajayi RA, Campbell S, Nicolaidis KH. Prediction of morbidity in small and normally grown fetuses by fetal heart rate variability, biophysical profile score and umbilical artery Doppler studies. Brit J Obstet Gynaecol. 1993;100:742–5.

114. Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD001450.
115. Delaram M, Shams S. The effect of foetal movement counting on maternal anxiety: a randomised, controlled trial. *J Obstet Gynaecol.* 2015;39–43. doi:10.3109/01443615.2015.1025726.
116. Pay ASD, Wiik J, Backe B, Jacobsson B, Strandell A, Klovning A. Symphysis-fundus height measurement to predict small-for-gestational-age status at birth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:22. doi:10.1186/s12884-015-0461-z.
117. Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007863.
118. McClure EM, Nathan RO, Saleem S, Esamai F, Garces A, Chomba E et al. First look: a cluster-randomized trial of ultrasound to improve pregnancy outcomes in low income country settings. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:73. doi:10.1186/1471-2393-14-73.
119. Manual of diagnostic ultrasound, second edition. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/, по состоянию на 26 октября 2016 г.).
120. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD007058.
121. Bricker L, Medley N, Pratt JJ. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD001451.
122. Harris RD, Marks WM. Compact ultrasound for improving maternal and perinatal care in low-resource settings. *J Ultrasound Med.* 2009. 28(8):1067–76.
123. Oluoch DA, Mwangome N, Kemp B, Seale AC, Koech AC, Papagrotghiou AT et al. "You cannot know if it's a baby or not a baby": uptake, provision and perceptions of antenatal care and routine ultrasound scanning in rural Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:127. doi:10.1186/s12884-015-0565-5.
124. Heyman B, Hundt G, Sandall J, Spencer K, Williams C, Grellier R, Pitson L. On being at higher risk: a qualitative study of prenatal screening for chromosomal anomalies. *Soc Sci Med.* 2006(62);2360–72. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.018.
125. Rizvi M, Khan F, Shukla I, Malik A, Shaheen. Rising prevalence of antimicrobial resistance in urinary tract infections during pregnancy: necessity for exploring newer treatment options. *J Lab Physicians.* 2011;3(2):98–103. doi:10.4103/0974-2727.86842.
126. Wang E, Smaill F. Infection in pregnancy. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC, editors. *Effective care in pregnancy and childbirth.* Oxford: Oxford University Press; 1989:534–7.
127. Schneeberger C, Geerlings SE, Middleton P, Crowther CA. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(11):CD009279.
128. Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, Whalley PJ. Acute pyelonephritis in pregnancy: an anterospective study. *Obstet Gynecol.* 1981;57(4):409–13.
129. Crowther C, Middleton P. Anti-D administration after childbirth for preventing rhesus alloimmunization. *Cochrane Database Syst Rev.* 1997;(2):CD000021.
130. Salam RA, Haider BA, Humayun Q, Bhutta ZA. Effect of administration of anthelmintics for soil-transmitted helminths during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD005547.
131. Controlling disease due to helminth infections. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42707/1/9241562390.pdf>, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
132. Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, Roper M, Cousens S. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *Int J Epidemiol.* 2010;39(Suppl 1):i102–i109.
133. Lui L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet.* 2012;379:2151–61.

134. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
135. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
136. Widmer M, Lopez I, Gülmezoglu AM, Mignini L, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(11):CD000491.
137. Joint Formulary Committee. Urinary tract infections. Chapter 5: Infection. In: *British National Formulary (BNF) 72*. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
138. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD000020.
139. Joint Formulary Committee. Immunoglobulin therapy. Chapter 14: Vaccines. In: *British National Formulary (BNF) 72*. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
140. Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups. Geneva: World Health Organization; 2016 (в печати).
141. Preventive chemotherapy in human helminthiasis: coordinated use of antihelminthic drugs in control interventions: a manual for health professionals and programme managers. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43545/1/9241547103_eng.pdf, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
142. Salam RA, Haider BA, Humayun Q, Bhutta ZA. Effect of administration of antihelminthics for soil-transmitted helminths during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD005547.
143. Christian P, Khatry SK, West KP, Jr. Antenatal anthelmintic treatment, birth weight, and infant survival in rural Nepal. *Lancet.* 2004;364(9438):981–3.
144. Passerini L, Casey GJ, Biggs BA, Cong DT, Phu LB, Phuc TQ et al. Increased birth weight associated with regular pre-pregnancy deworming and weekly iron-folic acid supplementation for Vietnamese women. *PLoS Negl Trop Dis.* 2012;6(4):e1608. doi:10.1371/journal.pntd.0001608.
145. de Silva N R, Sirisena JL, Gunasekera DP, Ismail MM, de Silva HJ. Effect of mebendazole therapy during pregnancy on birth outcome. *Lancet.* 1999;353(9159):1145–9.
146. Mondadori E, Ehrhardt A, Le Anh T, Tran Cong D, Sepe G, Van Huyen N et al. Appreciation of school deworming program by parents in Ha Giang Province (Vietnam). *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2006;37:1095–8.
147. Thwaites CL, Loan HT. Eradication of tetanus. *Br Med Bull.* 2015;116(1):69–77. doi:10.1093/bmb/ldv044.
148. Demicheli V, Barale A, Rivetti A. Vaccines for women for preventing neonatal tetanus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD002959.
149. Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, Roper M, Cousens S. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *Int J Epidemiol.* 2010;39(Suppl 1):i102-i109.
150. Statement on tetanus toxoid vaccine. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/immunization/statement_on_tetanus_toxoid_vaccine.pdf, по состоянию на 25 июня 2016 г.).
151. Wolfson LJ, Gasse F, Lee-Martin S-P, Lydon P, Magan A, Tibouti A et al. Estimating the costs of achieving the WHO–UNICEF Global Immunization Vision and Strategy, 2006–2015. *Bull World Health Organ.* 2008;86(1):27–39.
152. Mvundura M, Kien VD, Nga NT, Robertson J, Cuong NV, Tung HT et al. How much does it cost to get a dose of vaccine to the service delivery location? Empirical evidence from Vietnam’s Expanded Program on Immunization. *Vaccine.* 2014;32:834–8.

153. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
154. Kayentao K, Garner P, van Eijk AM, Naidoo I, Roper C, Mulokozi A et al. Intermittent preventive therapy for malaria during pregnancy using 2 vs 3 or more doses of sulfadoxine–pyrimethamine and risk of low birth weight in Africa: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013;309:594–604.
155. Roll Back Malaria Partnership Malaria in Pregnancy Working Group. Consensus statement on folic acid supplementation during pregnancy. Geneva; 2015 (<https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/tools-curricula/consensus-statement-folic-acid-supplementation-during-pregnancy.pdf>, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
156. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):e171–83.
157. Matthews A, Haas DM, O’Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD007575.
158. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:505–10.
159. Phupong V, Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD011379.
160. Smyth RMD, Aflaifel N, Bamigboye AA. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD001066.
161. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarnhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD011448.
162. Zhou K, West HM, Zhang J, Xu L, Li W. Interventions for leg cramps in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(8):CD010655.
163. Matok I, Gorodischer R, Koren G, Sheiner E, Wiznitzer A, Levy A. The safety of metoclopramide use in first trimester of pregnancy. *N Engl J Med*. 2009;360:2528–35.
164. Joint Formulary Committee. Disorders of gastric acid and ulceration. Chapter 1: Gastro-intestinal system. In: *British National Formulary (BNF) 72*. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
165. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD001139.
166. Joint Formulary Committee. Constipation and bowel cleansing. Chapter 1: Gastro-intestinal system. In: *British National Formulary (BNF) 72*. London: BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society; 2016.
167. Shingler S, Robertson L, Boghossian S, Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD00881.
168. Brown HC, Smith HJ, Mori R, Noma H. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD002856.
169. Mori R, Yonemoto N, Noma H, Ochirbat T, Barber E, Soyolgerel G et al. The maternal and child health (MCH) handbook in Mongolia: a cluster-randomized, controlled trial. *PLoS One*. 2015;10(4):e0119772.
170. Hofmeyr GJ, Pattinson RC, Nikodem VC, Gülmezoglu AM. Charting fetal growth. *J Comprehensive Health*. 1994;5:62–7.
171. ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet Special Issue*. 2014;384(9949):1226–35. doi:10.1016/S0140-6736(14)60930-2.
172. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD004667.

173. Sandall J. The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. London: The Royal College of Midwives; 2014 (<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Continuity%20of%20Care%20A5%20Web.pdf>, accessed 26 September 2016).
174. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CSE. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(2):CD007622.
175. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD010994.
176. Shah PM, Selwyn BJ, Shah K, Kumar V and collaborators. Evaluation of the home-based maternal record: a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ.* 1993;71(5):535–48.
177. Hawley G, Janamian T, Jackson C, Wilkinson SA. In a maternity shared-care environment, what do we know about the paper hand-held and electronic health record: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:52. doi:10.1186/1471-2393-14-52.
178. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;382(9906):1723–32. doi:10.1016/S0140-6736(13)61406-3.
179. Lori JR, Munro ML, Chuey MR. Use of a facilitated discussion model for antenatal care to improve communication. *Internat J Nurs Stud.* 2016;54:84–94. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.018.
180. Ruiz-Merazo E, Lopez-Yarto M, McDonald SD. Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(3):223–9.
181. Patil CL, Abrams ET, Klima C, Kaponda CP, Leshabari SC, Vonderheid SC et al. CenteringPregnancy-Africa: a pilot of group antenatal care to address Millennium Development Goals. *Midwifery.* 2013;29(10):1190–8. doi:10.1016/j.midw.2013.05.008.
182. Jafari F, Eftekhari H, Fotouhi A, Mohammad K, Hantoushzadeh S. Comparison of maternal and neonatal outcomes of group versus individual prenatal care: a new experience in Iran. *Health Care for Women Int.* 2010;31(7):571–84.
183. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women’s groups for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
184. Azad K, Barnett S, Banerjee B, Shaha S, Khan K, Rego AR et al. Effect of scaling up women’s groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;375(9721):1193–202. doi:10.1016/S0140-6736(10)60142-0.
185. Colbourn T, Nambiar B, Bondo A, Makwenda C, Tsetekani E, Makonda-Ridley A et al. Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women’s groups on maternal, neonatal and perinatal mortality in three districts of Malawi: MaiKhanda, a cluster randomized controlled effectiveness trial. *Int Health.* 2013;5(3):180–95. doi:10.1093/inthealth/iht011.
186. Fottrell E, Azad K, Kuddus A, Younes L, Shaha S, Nahar T et al. The effect of increased coverage of participatory women’s groups on neonatal mortality in Bangladesh: a cluster randomized trial. *JAMA Pediatr.* 2013;167(9):816–25. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2534.
187. Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A et al. Effect of women’s groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;381(9879):1721–35. doi:10.1016/S0140-6736(12)61959-X.
188. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women’s groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2004;364:970–9.

189. More NS, Bapat U, Das S, Alcock G, Patil S, Porel M et al. Community mobilization in Mumbai slums to improve perinatal care and outcomes: a cluster randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2012;9(7):e1001257. doi:10.1371/journal.pmed.1001257.
190. Tripathy P, Nair N, Barnett S, Mahapatra R, Borghi J, Rath S et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2010;375(9721):1182–92. doi:10.1016/S0140-6736(09)62042-0.
191. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2013;381(9879):1736–46. doi:10.1016/S0140-6736(13)60685-6. [Erratum in: *Lancet.* 2014;383(9931):1806.]
192. Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR et al.; Projahnmo Study Group. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;371(9628):1936–44. doi:10.1016/S0140-6736(08)60835-1.
193. Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I et al. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet.* 2011;377(9763):403–12. doi:10.1016/S0140-6736(10)62274-X.
194. Kumar V, Mohanty S, Kumar A, Misra RP, Santosham M, Awasthi S et al.; Saksham Study Group. Effect of community-based behavior change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;372(9644):1151–62. doi:10.1016/S0140-6736(08)61483-X.
195. Midhet F, Becker S. Impact of community-based intervention on maternal and neonatal health indicators: results from a community randomized trial in rural Balochistan, Pakistan. *Reprod Health.* 2010;7:30. doi:10.1186/1742-4755-7-30.
196. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
197. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44691/1/9789241502214_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
198. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
199. Mangham-Jefferies L, Pitt C, Cousens S, Mills A, Schellenberg J. Cost-effectiveness of strategies to improve the utilization and provision of maternal and newborn health care in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:243. doi:10.1186/1471-2393-14-243.
200. Memon ZA, Khan GN, Soofi SB, Baig IY, Bhutta ZA. Impact of a community-based perinatal and newborn preventive care package on perinatal and neonatal mortality in a remote mountainous district in Northern Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:106. doi:10.1186/s12884-015-0538-8.
201. Рекомендации ВОЗ: оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840_rus.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
202. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).

203. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD000934.
204. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001;357(9268):1551–64.
205. Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gulmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reprod Health*. 2013;10:19. doi:10.1186/1742-4755-10-19.
206. Pattinson R. 2016. Audit of Mpumalanga stillbirths. Presentation at ANC guideline development group meeting (21–23 March). Geneva: World Health Organization; 2016.
207. Gurol I, Scheel I. Adoption and implementation of ANC guidelines at large scale. Presentation at ANC guideline development group meeting (21–23 March). Geneva: World Health Organization; 2016.
208. Conrad P, Schmid G, Tientrebeogo J, Moses A, Kirenga S, Neuhann F et al. Compliance with focused antenatal care services: do health workers in rural Burkina Faso, Uganda and Tanzania perform all ANC procedures? *Trop Med Int Health*. 2012;17:300–7. doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02923.x.
209. Nyarko P, Birungi H, Armar-Klamesu M, Arhinful D, Degarnus S, Odoi-Agyarko H, Brew G. Acceptability and feasibility of introducing the WHO focused antenatal care package in Ghana. *FRONTIERS final report*. Washington (DC): Population Council; 2006 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?rep=rep1&type=pdf&doi=10.1.1.175.8828>, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
210. Birungi H, Onyango-Ouma W. Acceptability and sustainability of the WHO focused antenatal care package in Kenya. *Frontiers in Reproductive Health Program, Population Council*; 2006 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.175.8488&rep=rep1&type=pdf>, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
211. Von Both C, Fleßa S, Makuwani A, Mpmembeni R, Albrecht J. How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2006;6:22.
212. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One*. 2016;11(5):e153391. doi:10.1371/journal.pone.0153391.
213. AGREE II-Global Rating Scale (GRS) Instrument. AGREE Enterprise; 2016 (<http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-grs-instrument/>, по состоянию на 28 октября 2016 г.).
214. GREAT Network [website]. GREAT Network; 2016 (<http://greatnetworkglobal.org/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.). [download?rep=rep1&type=pdf&doi=10.1.1.175.8828](http://greatnetworkglobal.org/download?rep=rep1&type=pdf&doi=10.1.1.175.8828), по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
215. Birungi H, Onyango-Ouma W. Acceptability and sustainability of the WHO focused antenatal care package in Kenya. *Frontiers in Reproductive Health Program, Population Council*; 2006 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.175.8488&rep=rep1&type=pdf>, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
216. Von Both C, Fleßa S, Makuwani A, Mpmembeni R, Albrecht J. How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2006;6:22.
217. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One*. 2016;11(5):e153391. doi:10.1371/journal.pone.0153391.
218. AGREE II-Global Rating Scale (GRS) Instrument. AGREE Enterprise; 2016 (<http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-grs-instrument/>, по состоянию на 28 октября 2016 г.).
219. GREAT Network [website]. GREAT Network; 2016 (<http://greatnetworkglobal.org/>, по состоянию на 27 октября 2016 г.).

Приложение 1. Внешние эксперты и персонал ВОЗ, участвовавшие в подготовке этих рекомендаций

Координационная группа ВОЗ (Женева, Швейцария)

A. Metin Gülmezoglu

Координатор
Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований
Группа по охране материнского и перинатального здоровья, профилактике небезопасных абортов

Matthews Mathai

Координатор
Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков
Группа по эпидемиологии, мониторингу и оценке

Olufemi T. Oladapo

Медицинский сотрудник
Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований
Группа по охране материнского и перинатального здоровья, профилактике небезопасных абортов

Juan Pablo Peña-Rosas

Координатор
Департамент по вопросам здорового питания и развития
Группа фактических данных и руководства программами

Özge Tunçalp

Ученый
Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований
Группа по охране материнского и перинатального здоровья, профилактике небезопасных абортов

Группа по разработке рекомендаций (ГРР)

Jim Neilson (председатель)

Данди, Соединенное Королевство

Mohammed Ariful Alam

Координатор программы
Программа «Здоровое питание и население» BRAC
Центр BRAC
Дакка, Бангладеш

Françoise Cluzeau

Заместитель директора
NICE International
Национальный институт здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE)
Лондон, Соединенное Королевство

Luz Maria De-Regil

Директор по исследованиям и оценке; главный технический консультант
Инициатива по микронутриентам
Оттава, Канада

Atf Ghérissi

Доцент
Высшая школа медицинских наук и технологий
Тунис (ESSTST)
Эль-Манар, Тунис

Gill Gyte

Представитель пациентов
Кокрановская группа по беременности и родам
Ливерпульский женский трастовый фонд
Национальной системы здравоохранения
Ливерпуль, Соединенное Королевство

Rintaro Mori

Директор
Департамент политики в области здравоохранения
Национальный исследовательский институт здоровья и развития детей
Токио, Япония

Lynnette Neufeld

Директор
Мониторинг, обучение и исследования
Глобальный альянс по улучшению питания (GAIN)
Женева, Швейцария

Lisa M. Noguchi

Старший советник по охране материнского здоровья
Программа по выживанию матери и ребенка
Вашингтон, Округ Колумбия, США

Nafissa Osman

Заведующая
Кафедра акушерства и гинекологии
Медицинский факультет
Университет Эдуарду Мондлане
Мапуту, Мозамбик

Erika Ota

Исследователь
Национальный центр здоровья и развития детей
Токио, Япония

Tomas Pantoja

Семейный врач
Кафедра семейной медицины
Медицинский факультет
Папский католический университет Чили
Сантьяго, Чили

Robert Pattinson

Профессор
Университет Претории
Совет по медицинским исследованиям
Отдел по стратегиям охраны здоровья матери и ребенка
Аркадия, Южная Африка

Kathleen Rasmussen

Профессор
Отдел наук о питании
Корнеллский университет
Итака, Нью-Йорк, США

Niveen Abu Rmeileh

Директор
Институт общественного здоровья и здравоохранения
Бирзейтский университет
Западный берег реки Иордан и сектор Газа

Harshpal Singh Sachdev

Профессор
Институт науки и исследований Ситарам Бартия
Нью-Дели, Индия

Rusidah Selamat

Заместитель директора (оперативное руководство)
Отдел питания
Министерство здравоохранения Малайзии
Путраджая, Малайзия

Charlotte Warren

Старший сотрудник
Совет по народонаселению
Вашингтон, Округ Колумбия, США

Charles Wisonge

Профессор клинической эпидемиологии и заместитель директора
Центр доказательной медицины
Факультет медицины и наук о здоровье
Стелленбосский университет
Кейптаун, Южная Африка

Наблюдатели

Debbie Armbruster

Старший советник по охране материнского здоровья
Отдел охраны здоровья матери и ребенка
Бюро глобального здоровья
Агентство США по международному развитию (USAID)
Вашингтон, Округ Колумбия, США

Diogo Ayres-De-Campos

Профессор
Кафедра акушерства и гинекологии
Медицинский факультет
Университет Порту
Порту, Португалия

Rita Borg-Xuereb

Международная конфедерация акушеров
Заведующая кафедрой акушерского дела
Факультет наук о здоровье
Мальтийский университет
Мсида, Мальта

Luc de Bernis

Старший советник по охране материнского здоровья
Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению (ЮНФПА)
Женева, Швейцария

France Donnay

Старший офицер программы
Фонд Билла и Мелинды Гейтс
Сиэтл, Вашингтон, США

Karen Fogg

Отдел охраны здоровья матери и ребенка
Бюро глобального здоровья
USAID
Вашингтон, Округ Колумбия, США

Roland Kupka

Старший советник по микронутриентам
Отдел питания
Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)
Нью-Йорк, Нью-Йорк, США

Chittaranjan Narahari Purandare

Президент
Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO)
Мумбай, Индия

Техническая рабочая группа**Edgardo Abalos**

Вице-директор
Центр перинатальных исследований Росарио (CREP)
Росарио, Аргентина

Monica Chamillard

Акушер-гинеколог
CREP
Росарио, Аргентина

Virginia Diaz

Акушер-гинеколог
CREP
Росарио, Аргентина

Soo Downe

Профессор (акушерское дело)
Университет Центрального Ланкашира
Престон, Ланкашир, Соединенное Королевство

Kenneth Finlayson

Старший научный сотрудник
Акушерское дело
Университет Центрального Ланкашира
Престон, Ланкашир, Соединенное Королевство

Claire Glenton

Старший научный сотрудник
Отдел глобального здоровья, Норвежский институт общественного здравоохранения
Осло, Норвегия

Ipek Gurol-Urganci

Преподаватель (исследования здравоохранения)
Лондонская школа гигиены и тропической медицины
Лондон, Соединенное Королевство

Khalid S. Khan

Профессор клинической эпидемиологии и женского здоровья
Институт Близард
Лондон, Соединенное Королевство

Theresa Lawrie

Консультант
Консультации в области доказательной медицины
Бат, Соединенное Королевство

Simon Lewin

Старший научный сотрудник
Отдел глобального здоровья, Норвежский институт общественного здравоохранения
Осло, Норвегия

Ewelina Rogozinska

Координатор проекта
Отдел исследований женского здоровья
Лондонский университет королевы Марии
Медицинская и стоматологическая школа Лондона и Св. Варфоломея
Лондон, Соединенное Королевство

Inger Scheel

Старший научный сотрудник
Отдел глобального здоровья, Норвежский институт общественного здравоохранения
Осло, Норвегия

Региональные бюро ВОЗ**Региональное бюро для стран Африки****Leopold Ouedraogo**

Региональный советник
Исследования и программа развития в области репродуктивного здоровья
Кластер укрепления здоровья

**Региональное бюро для стран Америки/
Панамериканская организация
здравоохранения (ПАОЗ)****Susan Serruya**

Директор
Латиноамериканский центр перинатологии, женского и репродуктивного здоровья (CLAP/WR)

Европейское региональное бюро**Gunta Lazdane**

Руководитель программы
Отдел сексуального и репродуктивного здоровья
Неинфекционные заболевания и укрепление здоровья на протяжении жизни

Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана

Mari Nagai

Технический сотрудник
Репродуктивное и материнское здоровье
Отдел репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков

Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья

Karima Gholbzouri

Медицинский сотрудник
Репродуктивное здоровье женщин

Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии

Neena Raina

Координатор
Здоровье матерей, детей и подростков

Штаб-квартира ВОЗ (Женева, Швейцария)

Emma Allanson

Консультант
Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований
Группа по охране материнского и перинатального здоровья, профилактике небезопасных абортов

Maurice Bucagu

Медицинский сотрудник, Охрана материнского здоровья
Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков
Отдел стратегии, планирования и программ

Sarah de Masi

Технический сотрудник
Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований
Группа по охране материнского и перинатального здоровья, профилактике небезопасных абортов

Pura Rayco-Solon

Эпидемиолог
Департамент по вопросам здорового питания и развития
Группа фактических данных и руководства программами

Lisa Rogers

Технический сотрудник
Департамент по вопросам здорового питания и развития
Группа фактических данных и руководства программами

Joshua Vogel

Технический сотрудник
Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований
Группа по охране материнского и перинатального здоровья, профилактике небезопасных абортов

Zita Weise

Технический сотрудник
Департамент по вопросам здорового питания и развития
Группа фактических данных и руководства программами

Внешние рецензенты

Yacouba Yaro

Генеральный директор
Центр изучения, исследований и обучения в области экономического и социального развития (CERFODES)
Уагадугу, Буркина-Фасо

Tamar Kabakian

Профессор
Кафедра укрепления здоровья и общественного здоровья
Факультет наук о здоровье
Американский университет Бейрута
Бейрут, Ливан

Petr Velebil

Акушер
Перинатальный центр Института охраны здоровья матери и ребенка
Прага, Чешская Республика

Rodolfo Gomez

Советник по вопросам репродуктивного здоровья
Латиноамериканский центр перинатологии, женского и репродуктивного здоровья (CLAP/WR)
Монтевидео, Уругвай

Приложение 2. Другие публикации ВОЗ, содержащие рекомендации, имеющие отношение к стандартной ДРП

Название публикации ВОЗ	Год публикации	Департамент ВОЗ, ответственный за подготовку	Подход
1. Повышение доступности работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах посредством сохранения кадров: рекомендации по глобальной стратегии	2010	Различные департаменты ВОЗ и региональные представители.	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была адаптирована и включена в руководство по ДРП.
2. Рекомендации: дополнительный прием витамина А беременным и	2011	Департамент по вопросам здорового питания и развития (NHD) Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR) Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков (MCA)	Новая рекомендация в руководстве по ДРП заменяет рекомендацию в этом руководстве 2011 г.
3. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии	2011	RHR, MCA	Проверена на предмет соответствия.
4. Профилактика ранней беременности и неблагоприятных репродуктивных исходов	2011	MCA, RHR, Департамент здоровья детей и подростков (САН), Повышение безопасности беременности	Сделана ссылка.
5. Рекомендации ВОЗ: оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей (OptimizeMNH)	2012	RHR	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была адаптирована и включена в руководство по ДРП.
6. Рекомендации: дополнительный прием витамина D беременным и	2012	NHD, RHR, MCA	Новая рекомендация в руководстве по ДРП заменяет рекомендацию в этом руководстве 2012 г.
7. Рекомендации: периодический прием препаратов железа и фолиевой кислоты беременным и без анемии	2012	NHD, RHR, MCA	Новая рекомендация в руководстве по ДРП заменяет рекомендацию в этом руководстве 2012 г.
8. Рекомендации: ежедневный прием препаратов железа и фолиевой кислоты беременным и	2012	NHD, RHR, MCA	Новая рекомендация в руководстве по ДРП заменяет рекомендацию в этом руководстве 2012 г.
9. Диагностические критерии и классификация гипергликемии, впервые выявленной во время беременности	2013	Профилактика и лечение хронических заболеваний, RHR	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была включена в руководство по ДРП.

Название публикации ВОЗ	Год публикации	Департамент ВОЗ, ответственный за подготовку	Подход
10. Ответ на насилие со стороны полового партнера и сексуального насилия в отношении женщин	2013	RHR	Проверена на предмет соответствия.
11. Рекомендации: прием препаратов кальция беременным и	2013	NHD	Новая рекомендация в руководстве по ДРП заменяет рекомендацию в этом руководстве 2013 г.
12. Систематический скрининг активных форм туберкулеза: принципы и рекомендации	2013	Стратегическая и техническая консультативная группа по туберкулезу	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была включена в руководство по ДРП.
13. Рекомендации ВОЗ по профилактике и борьбе с употреблением табака и пассивного курения во время беременности	2013	Департамент профилактики неинфекционных заболеваний	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была включена в руководство по ДРП.
14. Рекомендации по выявлению употребления психоактивных веществ и связанных с ним расстройств во время беременности	2014	Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была включена в руководство по ДРП.
15. Рекомендации ВОЗ по мобилизации общественности посредством организации циклов обучения с активным участием по вопросам здоровья матерей и новорожденных для женских групп	2014	MCA	Сделана ссылка.
16. Рекомендации по лечению малярии	2015	Глобальная программы по борьбе с малярией	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была включена в руководство по ДРП.
17. Рекомендации по срокам начала антиретровирусной терапии и предэкспозиционной профилактики ВИЧ-инфекции	2015	Департамент по борьбе в ВИЧ-инфекцией	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была включена в руководство по ДРП.
18. Сводные рекомендации по обследованию на наличие ВИЧ-инфекции	2015	Департамент по борьбе в ВИЧ-инфекцией	Рекомендация, имеющая отношение к ДРП, была включена в руководство по ДРП.
19. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению инфекций у женщин во время беременности и после родов	2015	RHR	Сделана ссылка.
20. Рекомендации ВОЗ по проведению мероприятий, направленных на укрепление здоровья матерей и новорожденных	2015	MCA	Сделана ссылка и проверена на предмет соответствия.
21. Рекомендации: медикаментозная профилактика для борьбы с гельминтозами, передаваемыми через почву, в группах высокого риска	2016	Группа фактических данных и руководства программами ВОЗ, NHD, Медикаментозная профилактика и борьба с передачей, Департамент борьбы с игнорируемыми тропическим болезнями	Сделана ссылка и проверена на предмет соответствия.

Приложение 3. Резюме заявлений о конфликте интересов членов Группы по разработке рекомендаций (ГРР) и принятых мерах

Имя	Сфера деятельности	Заявление о конфликте интересов	Конфликт интересов и принятые меры
Доктор Françoise Cluzeau	Синтез доказательств, разработка рекомендаций с помощью системы оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций (GRADE)	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Доктор Luz Maria De-Regil	Питание, эпидемиология, систематические обзоры, внедрение программ	Штатный сотрудник организации «Инициатива по микронутриентам» и член рабочей группы, консультирующей разработку рекомендаций по питанию Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO).	Конфликт не был расценен как достаточно существенный, чтобы повлиять на членство в ГРР или участие технических консультациях.
Доктор Atf Ghérisi	Систематические обзоры, качественные данные, материнское и перинатальное здоровье, общественное здоровье	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Госпожа Gill Gyte	Представитель пациентов, беременность и роды	Добровольная работа в Кокрановской группе по беременности и родам, которая финансировалась министерством здравоохранения Соединенного Королевства.	Конфликт не был расценен как достаточно существенный, чтобы повлиять на членство в ГРР или участие технических консультациях.
Доктор Rintaro Mori	Перинатология, неонатология, систематические обзоры, синтез доказательств и разработка рекомендаций с помощью системы GRADE	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Профессор Jim Neilson	Общее акушерство, перинатология, гинекология, систематические обзоры, синтез доказательств и разработка рекомендаций с помощью системы GRADE	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Доктор Lynnette Neufeld	Микронутриенты, программы, эпидемиология	Ранее работала, получая финансирование от Правительства Канады для разработки и внедрения программ по назначению препаратов железа/фолиевой кислоты и других программ, имеющих отношение к питанию во время беременности; разрабатывала демонстрационные проекты с партнерами, научными и образовательными организациями на местах по интеграции мероприятий по питанию в дородовую помощь (ДРП).	Конфликт не был расценен как достаточно существенный, чтобы повлиять на членство в ГРР или участие технических консультациях.
Профессор Nafissa Osman	Акушерство и гинекология, исследования внедрения	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Профессор Bob Pattinson	Акушерство и гинекология, оказание помощи, синтез доказательств	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо

Доктор Erika Ota	Питание, синтез доказательств, разработка рекомендаций	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Доктор Kathleen Rasmussen	Питание матери и ребенка	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Доктор Niveen Abu Rmeileh	Общественное здоровье и здравоохранение, статистическая эпидемиология	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Профессор H.P.S. Sachdev	Педиатрия, питание, систематические обзоры	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Госпожа Rusidah Selamat	Питание матерей и грудных детей, программы для сообществ, исследования внедрения	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Доктор Lisa Noguchi	Акушерское дело, оказание помощи, наука о внедрении	Технический консультант исследования групповой ДРП с целью повышения частоты родов в медицинских учреждениях, финансируемого Фондом Билла и Мелинды Гейтс; оплата расходов на поездки Программой по спасению жизни матери и ребенка.	Конфликт не был расценен как достаточно существенный, чтобы повлиять на членство в ГРР или участие технических консультациях.
Доктор Tomas Pantoja	Акушерство и гинекология, системы здравоохранения	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Доктор Charlotte Warren	Материнское и перинатальное здоровье, систематические обзоры, исследования внедрения	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо
Профессор Charles Wisonge	Системы здравоохранения, систематические обзоры, оказание помощи	Конфликт интересов не заявлен	Не применимо

Приложение 4. Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП				
	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
А. Мероприятия, связанные с питанием				
А.1.1. Консультирование по вопросам здорового питания и физической активности	<ul style="list-style-type: none"> А. Мероприятия, связанные с питанием 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Навыки консультирования Время и место для консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Гендерные вопросы и культурные ожидания женщин Безопасность пищевых продуктов в местных условиях
А.1.2. Обучение по вопросам повышения энергетической ценности ежедневного рациона и потребления белка	<ul style="list-style-type: none"> Здоровое питание и физические упражнения в местных условиях 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Время для консультирования Навыки консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Создание потенциала консультирования по вопросам питания для работников здравоохранения, оказывающих ДРП Перераспределение обязанностей Групповое консультирование
А.1.3. Прием сбалансированных пищевых белково-энергетических добавок в группах населения, страдающих от недостаточного питания	<ul style="list-style-type: none"> Распространенность избыточной массы тела 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Время для консультирования Навыки консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Создание потенциала консультирования по вопросам питания для работников здравоохранения, оказывающих ДРП Перераспределение обязанностей Групповое консультирование
А.1.4. Прием пищевых добавок с высоким содержанием белка в группах населения, страдающих от недостаточного питания	<ul style="list-style-type: none"> Имеются ли в местных условиях группы населения, страдающие от недостаточного питания 	<ul style="list-style-type: none"> Если применяется, рекомендуем не использовать пищевые добавки с высоким содержанием белка во время беременности 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо
А.2. Прием препаратов железа и фолиевой кислоты	<ul style="list-style-type: none"> Как проводить консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Время для консультирования Навыки консультирования Управление снабжением 	<ul style="list-style-type: none"> Время приема препаратов железа относительно приема препаратов кальция Распределение на уровне сообществ Перераспределение обязанностей Групповое консультирование

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРГ

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
A.3. Прием препаратов кальция	<ul style="list-style-type: none"> • Что такое сбалансированные пищевые белково-энергетические добавки 	<ul style="list-style-type: none"> • Распределение 	<ul style="list-style-type: none"> • Время для консультирования • Навыки консультирования • Управление снабжением 	<ul style="list-style-type: none"> • Время приема препаратов железа относительно приема препаратов кальция • Распределение на уровне сообществ • Перераспределение обязанностей • Групповое консультирование
A.4. Прием витамина А	<ul style="list-style-type: none"> • Распространена ли гемералопия 	<ul style="list-style-type: none"> • Консультирование • Распределение 	<ul style="list-style-type: none"> • Время для консультирования • Навыки консультирования • Управление снабжением 	<ul style="list-style-type: none"> • Изучение существующих рекомендаций • Распределение на уровне общин • Перераспределение обязанностей • Групповое консультирование
A.10.^a Ограничение потребления кофеина	<ul style="list-style-type: none"> • Употребляют ли местные женщины кофеин 	<ul style="list-style-type: none"> • Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки консультирования • Время и место для консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> • Гендерные вопросы, культурные нормы для женщин и их ожидания • Перераспределение обязанностей

В. Обследование беременной и плода

В.1. Обследование беременной

V.1.1. Диагностика анемии	<ul style="list-style-type: none"> • Какой метод диагностики анемии применяется в местных условиях • С какого метода целесообразно начать • Как интерпретировать результаты и что делать дальше 	<ul style="list-style-type: none"> • Получение образцов • Соблюдение инструкций к диагностическим наборам • Соблюдение стандартов по профилактике инфекций 	<ul style="list-style-type: none"> • Мощности для проведения • Диагностические наборы • Гарантия качества/контроль качества (ГК/КК) любых лабораторных исследований • Средства для лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • По возможности переход на общий анализ крови или исследование с помощью гемоглобинометра
V.1.2. Диагностика бессимптомной бактериурии (БСБУ)	<ul style="list-style-type: none"> • Какой метод диагностики БСБУ применяется в местных условиях • С какого метода целесообразно начать • Как интерпретировать результаты и что делать дальше 	<ul style="list-style-type: none"> • Получение образцов • Соблюдение инструкций к диагностическим наборам • Соблюдение стандартов по профилактике инфекций 	<ul style="list-style-type: none"> • Мощности для проведения • Диагностические наборы • ГК/КК любых лабораторных исследований • Средства для лечения 	<ul style="list-style-type: none"> • Какое лечение возможно при применении каждого диагностического метода. Золотым стандартом является посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным средствам (Пич), в учреждениях, не имеющие таких возможностей, могут применяться тест-полоски

^a Рекомендации A.5–A.9 не включены, поскольку нерекондованные мероприятия исключены из таблицы, посвященной вопросам внедрения.

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
В.1.3. Расследование в отношении жестокого обращения со стороны полового партнера (ЖСПП)	<ul style="list-style-type: none"> Доступные в местных условиях ресурсы для борьбы с ЖСПП, если оно выявлено при оказании ДРП Как проводить расследование, если местные условия отвечают минимальным требованиям ВОЗ^b Рекомендации и стратегии на уровне страны 	<ul style="list-style-type: none"> Спросить о ЖСПП Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Хорошо обученные работники здравоохранения, формирующие первую линию ответа Наличие ресурсов и механизмов направления на консультацию Время для консультирования Достаточно места для конфиденциального консультирования Навыки консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Формирование связей с социальными службами и службами поддержки, если они еще не налажены
В.1.4. Диагностика гестационного сахарного диабета (ГСД)	<ul style="list-style-type: none"> Национальные рекомендации/стандарты лечения Рекомендации по действиям при выявлении отклонений в результатах Информация о местных условиях 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование и проведение лабораторных исследований 	<ul style="list-style-type: none"> Механизмы и системы проведения лабораторных исследований и получения результатов Время и место для консультирования Навыки консультирования Управление снабжением раствором глюкозы для приема внутрь и расходными материалами для лабораторной диагностики ГК/КК Клинический алгоритм 	<ul style="list-style-type: none"> Изучение существующих рекомендаций Выполнимость и приемлемость стратегий скрининга
В.1.5. Выявление употребления табака	<ul style="list-style-type: none"> Как выявлять 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Навыки консультирования Время для консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Гендерные вопросы, культурные нормы для женщин и их ожидания Перераспределение обязанностей
В.1.6. Выявление злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами	<ul style="list-style-type: none"> Информация о местных условиях Местные нормы и традиции в этой области См. специальные рекомендации ВОЗ^c 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование и проведение лабораторных исследований 	<ul style="list-style-type: none"> Время и место для консультирования Навыки консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Изучение существующих рекомендаций Культурный контекст и местные нормы, гендерные вопросы Влияние стандартного опроса в определенных условиях Перераспределение обязанностей Групповое консультирование

^b Минимальные требования: наличие протокола/стандартного порядка действий; обучение тому, как спрашивать о ЖСПП и как предпринимать минимальные или развернутые ответные меры; конфиденциальная обстановка; гарантия сохранения врачебной тайны; наличие системы направления на консультацию; наличие времени для выявления проблемы.

^c WHO guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, дата обращения: 28 сентября 2016 г.).

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
В.1.7. Обследование для исключения ВИЧ-инфекции	<ul style="list-style-type: none"> Проведение повторных исследований у женщин в условиях высокой распространенности или в основных группах высокого риска 	<ul style="list-style-type: none"> Сконсультирование и проведение лабораторных исследований 	<ul style="list-style-type: none"> Средства для проведения лабораторных исследований Время для консультирования Навыки консультирования Связь с лечением 	<ul style="list-style-type: none"> Перераспределение обязанностей
В.1.8. Скрининг туберкулеза (ТБ)	<ul style="list-style-type: none"> Распространенность ТБ среди населения 	<ul style="list-style-type: none"> См. специальные рекомендации ВОЗ^d 		<ul style="list-style-type: none"> Возможность отметить наличие беременности в регистрах клиник по лечению ТБ, чтобы лучше оценивать местную распространенность ТБ среди беременных
В.2. Обследование плода				
В.2.1. Ежедневный подсчет шевелений плода (ШП)	<ul style="list-style-type: none"> Рекомендуется ли ежедневный подсчет ШП в повседневной практике 	<ul style="list-style-type: none"> Если работники здравоохранения, оказывающие ДРП, рекомендуют ежедневный подсчет ШП во время консультирования в рамках плановой ДРП, проинструктируйте их исключить эту рекомендацию вследствие отсутствия доказательств 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо
В.2.2. Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ)	<ul style="list-style-type: none"> Какие методы применяются для оценки развития плода и гестационного возраста (ГВ) 	<ul style="list-style-type: none"> Продолжать включать оценку ГВ и развития плода (с помощью определения ВДМ или пальпации) в осмотры в рамках ДРП и в медицинскую документацию 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо 	<ul style="list-style-type: none"> В настоящее время нет доказательств преимуществ перехода на измерение высоты стояния дна матки там, где оно в данное время не применяется
В.2.3. Кардиотокография (КТГ) во время беременности	<ul style="list-style-type: none"> Проводится ли плановая КТГ во время беременности 	<ul style="list-style-type: none"> Если проводится, порекомендуйте работникам здравоохранения исключить из клинической практики вследствие отсутствия доказательств 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо

d Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601_eng.pdf, дата обращения: 28 сентября 2016 г.).

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
В.2.4. Ультразвуковые исследования	<ul style="list-style-type: none"> Уровень системы здравоохранения <ul style="list-style-type: none"> Число специалистов по ультразвуковой диагностике и их возможности проводить исследования и выступать в роли инструкторов/наставников Число доступных функционирующих аппаратов для ультразвуковой диагностики и их географическое распределение Нормативы, связанные с проведением ультразвукового исследования Кадры: кто может проводить? Доступность обучения до начала работы и другой сертификации Уровень работников здравоохранения <ul style="list-style-type: none"> Обучение проводить или направление на консультацию Как интерпретировать результаты и консультировать 	<ul style="list-style-type: none"> Уровень системы здравоохранения <ul style="list-style-type: none"> Определить надлежащие условия и сроки внедрения ультразвукового исследования Получить аппараты Создать план по наращиванию потенциала работников здравоохранения Проводить или направлять на консультацию Документировать результаты Дать рекомендации по оценке ГВ и предполагаемой даты родов (ПДР) в зависимости от достоверности данных о дате последней менструации (ДПМ) и предполагаемого ГВ на момент ультразвукового исследования, например Руководство ВОЗ по ультразвуковой диагностике^e и Рекомендации Американского института по применению ультразвука в медицине (AIUM)^f 	<ul style="list-style-type: none"> Уровень системы здравоохранения <ul style="list-style-type: none"> Транспорт для женщин, если службы недостаточно децентрализованы Кадры, обученные оказывать качественную помощь Уровень учреждения Аппараты <ul style="list-style-type: none"> Механизм изучения результатов и получения заключений Контракты на обслуживание аппаратов Защита от перепадов напряжения Источник электроэнергии Навыки консультирования Охрана дорогостоящего аппарата и защита от действия факторов окружающей среды Место для аппарата Снабжение гелем для ультразвуковых исследований Персонал и средства для поддержания оборудования в чистоте 	<ul style="list-style-type: none"> Стоимость покупки, технического обслуживания, обучения, влияние перераспределения ресурсов на ультразвуковое исследование с других ключевых расходов Наличие/пригодность местных контрактов на техническое обслуживание аппаратов, особенно в районах, которые ранее не рассматривались как приоритетные для развития ультразвуковой диагностики Электрообеспечение: наличие и стабильность Защита от перепадов напряжения, которые могут привести к неустраиваемому повреждению аппарата Крайняя хрупкость ультразвуковых датчиков (одно падение на бетонный пол может потребовать покупки нового датчика, который стоит тысячи долларов) Относительные преимущества по сравнению с другими методами Нагрузка для матери Нагрузка для работников здравоохранения и учреждения Креативные альтернативные модели оказания помощи, не обременяющие женщин поездками и сопутствующими расходами Изучение выполнимости в условиях отсутствия широкой доступности ультразвуковой диагностики Изучение качества ультразвуковой диагностики

^e Manual of diagnostic ultrasound, second edition. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/, дата обращения: 21 октября 2016 г.).

^f AIUM practice parameter for the performance of obstetric ultrasound examinations. Laurel (MD): American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM); 2013 (<http://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf>, дата обращения: 21 октября 2016 г.).

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП				
	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
В.2.5. Регулярное доплеровское исследование	<ul style="list-style-type: none"> Проводится ли регулярное доплеровское исследование 	<ul style="list-style-type: none"> Если проводится, проинструктируйте работников здравоохранения исключить из клинической практики или применить в рамках научных исследований 	<ul style="list-style-type: none"> Не применимо 	<ul style="list-style-type: none"> Научные исследования
С. Профилактические мероприятия				
С.1. Антибактериальная терапия при БСБУ	<ul style="list-style-type: none"> Что такое БСБУ и как ее диагностировать 	<ul style="list-style-type: none"> Назначение препаратов Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Управление снабжением Навыки консультирования Время и место для консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Создание потенциала для работников здравоохранения в условиях, где эти концепция и практика незнакомы: важность лечения, риск непроведения лечения, стратегия антибактериальной терапии/профилактика развития устойчивости возбудителей
С.2. Антибиотикопрофилактика для предупреждения рецидивирующей инфекции мочевых путей	<ul style="list-style-type: none"> Проводится ли в настоящее время 	<ul style="list-style-type: none"> Проинструктируйте избегать при необходимости 		<ul style="list-style-type: none"> Научные исследования
С.3. Назначение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина во время беременности	<ul style="list-style-type: none"> Что практикуется в данных условиях 	<ul style="list-style-type: none"> При определенных условиях 	<ul style="list-style-type: none"> Возможность определения группы крови 	<ul style="list-style-type: none"> Научные исследования Признавая, что эта практика является стандартной в условиях высокой обеспеченности ресурсами, может потребоваться поиск дополнительных научных доказательств
С.4. Профилактика антигельминтными средствами	<ul style="list-style-type: none"> Распространенность гельминтозов в данном районе Состояние местных программ по борьбе с гельминтозами 	<ul style="list-style-type: none"> Проводить или избегать в зависимости от условий 	<ul style="list-style-type: none"> Управление снабжением 	<ul style="list-style-type: none"> Перераспределение обязанностей Распределение на уровне сообществ

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
С.5. Вакцинация столбнячным анатоксином	<ul style="list-style-type: none"> • Что это все еще рекомендуется • Распространенность столбняка новорожденных в данном районе 	<ul style="list-style-type: none"> • Вводить анатоксин в соответствии с принятыми рекомендациями 	<ul style="list-style-type: none"> • Управление снабжением 	<ul style="list-style-type: none"> • Мероприятия по улучшению качества (УК), если имеются пробелы в охвате • ПРИМЕЧАНИЕ: См. дозы и схему введения в рекомендациях ВОЗ по иммунизации матерей против столбняка (2006 г.)^g
С.6. Периодическая профилактика малярии во время беременности	<ul style="list-style-type: none"> • См. подробные рекомендации по внедрению в специальном руководстве ВОЗ по малярии^h 			<ul style="list-style-type: none"> • Появление доказательств делегирования обязанностей по распределению средств профелактики сообществу • Пути обеспечения того, что женщины получат первую дозу препарата на 13-й неделе беременности

^g Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMRAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1.1. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf, дата обращения: 28 сентября 2016 г.).

^h Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>, дата обращения: 10 октября 2016 г.).

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
<p>С.7. Предэкспозиционная профилактика (ПрЭП) ВИЧ-инфекции</p>	<ul style="list-style-type: none"> Уровень системы здравоохранения: состояние национальных рекомендаций по ПрЭП и включают ли они беременных, кто имеет значительный риск заражения ВИЧ-инфекцией, социокультурные барьеры на пути применения антиретровирусной терапии (АРТ) у не инфицированных ВИЧ беременных, наличие работников здравоохранения, которые могут консультировать и обучать, наличие антиретровирусных средств, стоимость для больных, возможность лабораторий по проведению рекомендованных базовых и последующих исследований функции почек Уровень работников здравоохранения: как начинать и наблюдать, как выявлять почечную токсичность, когда прекращать ПрЭП 	<ul style="list-style-type: none"> Уровень системы здравоохранения: план по наращиванию потенциала Уровень работников здравоохранения: назначение и/или распределение; консультирование о рисках, пользе и альтернативах продолжения ПрЭП во время беременности и грудного вскармливания 	<ul style="list-style-type: none"> Управление снабжением Время и место для консультирования, конфиденциального распределения 	<ul style="list-style-type: none"> Лучшие механизмы для данных условий (ДРП или другие) Стигмы, связанные с АРТ Возможные неблагоприятные социальные последствия для беременных, в том числе ЖСПП Ожидание результатов исследования Национального института здоровья ребенка и развития человека (NICHD) о безопасности и возможности ПрЭП во время беременности Дополнительные исследования, рекомендованные ВОЗ и другими организациями Стоимость и частота дефицита: распределение препаратов для лечения или ПрЭП
<p>D. Помощь при распространенных физиологических симптомах</p>				
<p>D.1-6</p>	<ul style="list-style-type: none"> Культурные нормы, связанные с лечением, безопасные и небезопасные методики 	<ul style="list-style-type: none"> Консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> Время для консультирования Навыки консультирования 	<ul style="list-style-type: none"> Создание кадрового потенциала для оказания ДРП (консультирование и выслушивание, оказание помощи, ориентированной на женщин, и т. д.)

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
Е. Мероприятия, касающиеся системы здравоохранения, в целях повышения уровня использования и качества дородовой помощи				
<p>Е.1. Хранение женщинами своей медицинской документации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Что применяется в настоящее время 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение наличия бланков, соответствующих уровню образования и на соответствующем языке с учетом местных условий • Адаптация документации местным условиям • Обеспечение прочности 	<ul style="list-style-type: none"> • Управление снабжением • Ресурсы для производства • Механизм сохранения копии в медицинском учреждении 	<ul style="list-style-type: none"> • Подходящий формат • Необходимость исключения определенной личной информации, чтобы избежать стигматизации
<p>Е.2. Непрерывная помощь, оказываемая акушерками (НПА)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Какая модель оказания помощи используется в настоящее время • Имеется ли достаточное число обученных акушерок • Имеются ли ресурсы для реализации этой модели или могут ли они быть перераспределены 	<ul style="list-style-type: none"> • Консультации со всеми заинтересованными сторонами, включая отделы по управлению персоналом и профессиональные сообщества • Оценка необходимости дополнительного обучения НПА • Обеспечение наличия хорошо функционирующей системы направления на консультацию • Отслеживать загруженность акушерок и их профессиональное выгорание 	<ul style="list-style-type: none"> • Хорошо функционирующая программа акушерского дела 	<ul style="list-style-type: none"> • Стратегии повышения квалификации и числа практикующих акушерок • Механизмы оказания непрерывной помощи с помощью других работников здравоохранения, например непрофессиональных работников здравоохранения • Какая модель НПА предпочтительна (индивидуальное или бригадное оказание помощи)

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
Е.3. Групповая ДРП	<ul style="list-style-type: none"> Культурные нормы и предпочтения женщин относительно ДРП 	<ul style="list-style-type: none"> Рассмотреть возможность оценки в рамках научных исследований 	<ul style="list-style-type: none"> Места, подходящие для групповых занятий, в том числе доступность больших, хорошо вентилируемых помещений или пространств под навесом и достаточным числом сидячих мест, конфиденциального пространства для индивидуальных обследований Работники здравоохранения, обученные помощи и общению в группах 	<ul style="list-style-type: none"> Научные исследования
Е.4. Мероприятия на уровне сообществ, направленные на улучшение общения и поддержки	<ul style="list-style-type: none"> Демографические характеристики и культурные нормы сообществ Основные заинтересованные стороны в сообществах 	<ul style="list-style-type: none"> Подготовка посредников для групповой помощи, проведения общественных собраний, техники общения Обеспечение достаточного числа посредников и ресурсов для их поддержки Обучение добровольцев из членов сообщества/ непрофессиональных работников здравоохранения выявлять беременных и способствовать посещению ими занятий Обеспечение уважения, предпочтений женщины, например, относительно привлечения ее партнера 	<ul style="list-style-type: none"> Места для проведения собраний Обучающие материалы, адаптированные к культурному уровню и уровню образования, например видео, комплекты лекционных плакатов, иллюстрированные буклеты и/или карточки Непрерывные контроль и наблюдение за работой координаторов Ресурсы, например дополнительный персонал, транспорт и бюджет для материалов, инициатив по мобилизации общестственности 	<ul style="list-style-type: none"> Соответствующие формат и язык общения Совместные или раздельные собрания для мужчин и женщин Предложение женщинам разных возможностей для общения и поддержки, чтобы были учтены их индивидуальные предпочтения и обстоятельства Внедрение мероприятий, укрепляющих систему здравоохранения, таких, как обучение персонала, улучшение оборудования, транспорта, снабжения и т. д.

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
Е.5. Перераспределение обязанностей в рамках ДРП	<ul style="list-style-type: none"> Перераспределение обязанностей обеспечивает гибкость в определенных условиях, однако лица, ответственные за разработку политики, должны работать в направлении внедрения модели НПА для всех женщин 	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление четких полномочий работникам здравоохранения, вовлеченным в перераспределение обязанностей Обеспечение интеграции непрофессиональных работников здравоохранения в систему здравоохранения и обеспечение соответствующего контроля их деятельности 	<ul style="list-style-type: none"> Непрерывные контроль и наблюдение Управление снабжением 	<ul style="list-style-type: none"> См. специальное руководство ВОЗ по перераспределению обязанностей¹
Е.6. Набор и сохранение кадров в сельских и удаленных районах	<ul style="list-style-type: none"> См. специальное руководство ВОЗ по набору и сохранению кадров¹ 			<ul style="list-style-type: none"> Многие беременные предпочитают получать помощь от работников здравоохранения женского пола Вопросы личной безопасности могут повлиять на решение женщины — работница здравоохранения о занятости должности в сельском районе и продолжении работы Ротация работников здравоохранения из городских районов в сельские и наоборот Предварительно согласование условий и сроков работы в сельском районе

i WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (www.optimizemnh.org, дата обращения: 10 октября 2016 г.).

j Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, дата обращения: 10 октября 2016 г.).

Вопросы внедрения рекомендаций по ДРП

	Необходимо знать	Необходимо делать	Необходимо иметь	Необходимо рассматривать
<p>Е.7. График посещений в рамках ДРП</p>	<ul style="list-style-type: none"> Сроки и содержание посещений в рамках ДРП Как адаптировать к местным условиям: например, какие рекомендации, рекомендованные к выполнению при определенных условиях, применять, какие обязанности могут быть перераспределены 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение национальной поддержки увеличения числа посещений в рамках ДРП Проведение мероприятий, повышающих осведомленность общественности Привлечение учреждений, проводящих обучение до начала работы, и профессиональных сообществ Оценка последствий для ресурсов, в том числе персонала, инфраструктуры, оборудования и т. д., в данных условиях 	<ul style="list-style-type: none"> Долгосрочное планирование и формирование ресурсов Обучение работников здравоохранения, контроль за их деятельностью при выполнении новых вмешательств или мероприятий Обновленные инструкции (например, карта беременной), отражающие изменения Обновленная программа обучения и клинические руководства по ДРП Непрерывные контроль и наблюдение 	<ul style="list-style-type: none"> Реорганизация оказания помощи для уменьшения времени ожидания Другие вопросы для рассмотрения представлены в Главе 4 Рекомендаций по ДРП (Внедрение рекомендаций по ДРП)



**Всемирная организация
здравоохранения**

Всемирная организация здравоохранения

**Для получения дополнительной информации обращайтесь по
адресу:**

**Департамент репродуктивного здоровья и научных
исследований**

World Health Organization
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27
Switzerland

Факс: +41 22 791 4171

Эл. почта: reproductivehealth@who.int

Веб-сайт: www.who.int/reproductivehealth

**Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и
подростков**

World Health Organization
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27
Switzerland

Тел.: +41 22 791 3281

Факс: +41 22 791 4853

Эл. почта: mncah@who.int

Веб-сайт: www.who.int/maternal_child_adolescent

Департамент по вопросам здорового питания и развития

World Health Organization
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27
Switzerland

Факс: +41 22 791 4156

Эл. почта: nutrition@who.int

