



Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности

Основные положения

Опыт взаимодействия женщин со службами здравоохранения является ключевым элементом для совершенствования дородовой помощи и обеспечения здоровья и благополучия семей и сообществ.



В 2016 г., в начале эпохи Целей в области устойчивого развития (ЦУР), показатели предотвратимой заболеваемости и смертности в контексте беременности и родов остаются на недопустимо высоком уровне. Несмотря на существенный прогресс, странам необходимо консолидировать и укрепить свои успехи в этой сфере и дополнить свою повестку дня другими вопросами, кроме собственно повышения выживаемости, что позволит создать условия для максимально высокого уровня здоровья и потенциала населения.

Введение

Всемирная организация здравоохранения стремится к построению будущего, в котором каждая беременная женщина и каждый новорожденный в мире будут получать качественную помощь на всем протяжении беременности, родов и послеродового периода. В рамках системы непрерывного оказания услуг в области охраны репродуктивного здоровья дородовая помощь (ДРП) представляет собой платформу для выполнения важных функций в сфере здравоохранения, включая укрепление здоровья, скрининг и диагностику, а также профилактику заболеваний. Доказано, что своевременное проведение основанных на фактических данных соответствующих мероприятий по ДРП помогает спасти жизни матерей и новорожденных. Что чрезвычайно важно, ДРП также является возможностью предоставлять информацию женщинам, семьям и сообществам и оказывать им поддержку на этом важном этапе в жизни женщины. В процессе подготовки данных рекомендаций по ДРП стало очевидно большое значение эффективной передачи беременным женщинам информации по физиологическим, медицинским, поведенческим и социокультурным вопросам и оказания им психологической поддержки, при этом проявляя к ним должное уважение. Эти функции ДРП по передаче информации и оказанию поддержки являются залогом не только спасения жизней, но и повышения благополучия, более активного использования услуг здравоохранения и более высокого их качества. Получение женщиной

позитивного опыта на этапах ДРП и родов может заложить фундамент для здорового материнства.

В данном руководстве представлены всесторонние рекомендации ВОЗ по плановому оказанию ДРП беременным женщинам и девочкам-подросткам. Цель публикации этих рекомендаций – дополнить существующие рекомендации ВОЗ по ведению отдельных осложнений беременности. Задачей составителей документа было охватить весь комплекс вопросов, связанных с практикой оказания ДРП, уделяя приоритетное внимание обслуживанию, ориентированному не только на предупреждение смертности и заболеваемости, но и на удовлетворение потребностей и благополучие человека, что в полной мере соответствует подходу, основанному на принципах защиты прав человека.

При определении сферы охвата данного руководства использовались результаты систематического обзора мнения женщин, согласно которым женщины ожидают от ДРП формирования позитивного опыта беременности. Позитивный опыт беременности понимается как поддержание в норме физиологических и социокультурных показателей, обеспечение здорового течения беременности для матери и ребенка (включая профилактику или лечение болезней, коррекцию рисков для здоровья и снижение риска смерти), обеспечение благоприятного перехода к схваткам и родам и создание позитивного настроения на материнство (включая формирование высокой самооценки матери, материнских навыков и самостоятельности).

Исходя из того, что опыт взаимодействия женщин со службами здравоохранения является ключевым элементом для совершенствования ДРП и обеспечения здоровья и благополучия семей и сообществ, в данном руководстве освещаются следующие вопросы:

- Какие научно-обоснованные практики оказания ДРП позволяют улучшить исход и сформировать позитивный опыт беременности?
- Как должны применяться эти практики?

Методология подготовки руководства

Данные рекомендации по ДРП создавались в качестве опорного материала для разработки соответствующих мер в области здравоохранения и клинических протоколов. При создании руководства использовались стандартные операционные процедуры в соответствии с процессом, описанным в *Справочнике ВОЗ по разработке руководств*.

Вкратце эти процедуры предполагают следующее:

(i) выявление приоритетных вопросов и искомых результатов; (ii) сбор и систематизация фактических данных; (iii) оценка фактических данных; (iv) формулирование рекомендаций; (v) планирование подготовки, распространения, оценки воздействия и обновления создаваемого руководства. Качество научных фактических данных, которые берутся за основу при разработке рекомендаций, оценивается с использованием шкалы GRADE (шкалы для анализа, разработки и оценки рекомендаций), применительно к количественным данным, и метода GRADE-CERQual (степень доверия к фактическим данным, полученным по итогам обзоров качественных исследований), применительно к качественным данным. Для оценки качества фактических данных по каждому из приоритетных вопросов использовались актуальные систематические обзоры. При формулировании и утверждении рекомендаций Группа по разработке рекомендаций (ГРР) – международная группа экспертов, которая была сформирована для подготовки данного руководства и провела три технических консультации с октября 2015 г. по март 2016 г. – руководствовалась механизмом DECIDE (Разработка и оценка стратегий коммуникации для поддержки осведомленных решений и практики, основанной на фактических данных), который представляет собой инструмент комплексного анализа всех этапов процесса – от получения фактических данных до принятия решений – и основан на применении таких критериев, как вероятные последствия реализации мероприятия, ценности, ресурсы, степень равноправия, приемлемость и практическая выполнимость.

Рекомендации

По итогам совещаний группы ВОЗ по разработке рекомендаций было сформулировано 39 рекомендаций, касающихся пяти групп мероприятий: А. Мероприятия, связанные с питанием; В. Обследование беременной и плода; С. Профилактические мероприятия; D. Помощь при наиболее типичных симптомах; Е. Мероприятия систем здравоохранения по повышению числа обращений за ДРП и ее качества.

Исходя из мнения ГРР, которая руководствовалась критериями механизма DECIDE, на основе которых определялась общая направленность и, в некоторых случаях, контекст рекомендаций, все мероприятия были разбиты на три типа: рекомендованные, не рекомендованные, а также мероприятия, рекомендованные в определенном контексте. Для обеспечения правильной интерпретации и практического применения каждой рекомендации, относящейся к определенному контексту, ее текст сопровождался ясным описанием этого контекста, и, при необходимости, замечаниями участвовавших в работе экспертов. При использовании рекомендаций следует принимать к сведению эти замечания, которые в полной версии руководства приводятся вместе с кратким изложением опорных фактических данных. В дополнение к описанным выше рекомендациям в руководство также были включены касающиеся ДРП рекомендации, взятые из имеющихся руководств, подготовленных другими департаментами ВОЗ. Это позволило предложить вниманию читателей наиболее полный и всесторонний итоговый документ. В Таблице 1 кратко представлены все 49 рекомендаций по оказанию ДРП как средству формирования позитивного опыта беременности.

В соответствии со стандартами ВОЗ по разработке методических руководств данные рекомендации будут подлежать обзору и обновлению по мере поступления новых фактических данных. При этом не реже одного раза в пять лет будут проводиться углубленный обзор и обновление рекомендаций. ВОЗ приветствует предложения по включению в руководство в ходе будущих обновлений документа дополнительных рекомендаций.

В ходе технических консультаций обсуждались различные аспекты реализации отдельных рекомендаций и руководства в целом. ГРР, подчеркивая факт наличия фактических данных о росте числа случаев гибели плода и снижения степени удовлетворения женщин моделью четырех посещений (также известной как направленная или базовая ДРП), приняла решение увеличить рекомендованное число контактов между матерью и работниками здравоохранения. При этом такие контакты должны иметь место в моменты, наиболее удачные для оценки состояния матери и проведения мероприятий по улучшению исхода беременности в случае выявления каких-либо проблем (см. рекомендацию Е.7 в Таблице 1). Представленные в данном руководстве рекомендации следует осуществлять параллельно с другими мероприятиями по повышению качества помощи. Производным результатом подготовки данного руководства будет практическое пособие для практических работников здравоохранения по осуществлению рекомендаций, в которое войдут рекомендации по ДРП с описанием надлежащей клинической практики. В Таблице 1 приведен краткий перечень всех мероприятий, проанализированных группой по подготовке руководства. Таким образом, в перечень вошли рекомендованные, рекомендованные при определенных условиях (включая научные исследования), а также не рекомендованные мероприятия.

Таблица 1: Сводный перечень рекомендаций ВОЗ по оказанию дородовой помощи (ДРП) в целях формирования позитивного опыта беременности

Эти рекомендации касаются обслуживания беременных женщин и девочек-подростков в рамках планового оказания ДРП

А. Мероприятия в области питания	Рекомендации	Тип рекомендации
Мероприятия, связанные с рационом	A.1.1: Рекомендуется консультирование по вопросам здорового питания и ведения активного образа жизни во время беременности, что позволит беременным женщинам оставаться здоровыми и избежать избыточного набора веса ¹ .	Рекомендовано
	A.1.2: В группах населения, страдающих от недоедания, рекомендуется ведение просветительской работы среди беременных женщин по вопросу о необходимости повышения энергетической ценности их ежедневного рациона и содержания в нем белка в целях снижения риска рождения маловесных детей.	Рекомендовано в определенном контексте
	A.1.3: В группах населения, страдающих от недоедания, рекомендуется обогащение рациона беременных женщин сбалансированными белково-энергетическими добавками для снижения риска мертворождения и рождения ребенка, маленького для гестационного возраста.	Рекомендовано в определенном контексте
	A.1.4: В группах населения, страдающих от недоедания, избыточное белковое обогащение рациона питания беременных женщин не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов.	Не рекомендовано
Назначение пищевых добавок с железом и фолиевой кислотой	A.2.1: Беременным женщинам рекомендовано назначать пероральные добавки с железом и фолиевой кислотой с содержанием 30-60 мг элементарного железа ² и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты ³ ежедневно для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесного ребенка и преждевременных родов ⁴ .	Рекомендовано
	A.2.2: В случаях, если ежедневный прием железа невозможен в связи с побочными эффектами, а также в категориях населения, где распространенность анемии у женщин не превышает 20%, беременным женщинам рекомендовано назначать прием пероральных добавок с железом и фолиевой кислотой с содержанием 120 мг элементарного железа ⁵ и 2800 мкг (2,8 мг) фолиевой кислоты один раз в неделю как средство улучшения исходов беременности и родов ⁶ .	Рекомендовано в определенном контексте

¹ Здоровый рацион во время беременности характеризуется достаточной калорийностью, содержанием достаточного количества белков, витаминов и минеральных веществ и предполагает употребление в пищу разнообразного набора продуктов питания, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, цельные злаки и фрукты.

² Эквивалентом 60 мг элементарного железа являются 300 мг гептагидрата сульфата железа, 180 мг fumarата железа или 500 мг глюконата железа.

³ Прием фолиевой кислоты должен начинаться как можно раньше (по возможности, до зачатия) для профилактики дефектов развития нервной трубки.

⁴ Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ (1).

⁵ Эквивалентом 120 мг элементарного железа являются 600 мг гептагидрата сульфата железа, 360 мг fumarата железа или 1000 мг глюконата железа.

⁶ Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ (2).

Назначение пищевых добавок с кальцием	A.3: В группах населения со сниженным уровнем потребления кальция с пищей беременным женщинам рекомендуется назначать ежедневный прием пищевых добавок с кальцием (1,5-2 г элементарного кальция перорально) для снижения риска преэклампсии ⁷ .	Рекомендовано в определенном контексте
Назначение пищевых добавок с витамином А	A.4: Назначать пищевые добавки с витамином А для профилактики ночной слепоты ⁸ рекомендуется только беременным женщинам, проживающим в районах, где дефицит витамина А является серьезной проблемой общественного здравоохранения ⁹ .	Рекомендовано в определенном контексте
Назначение пищевых добавок с цинком	A.5: Назначение беременным женщинам добавок с цинком рекомендовано только в рамках научных исследований.	Рекомендовано в определенном контексте (научные исследования)
Назначение комплексных пищевых добавок	A.6: Назначение беременным женщинам добавок, содержащих комплекс микроэлементов, не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов.	Не рекомендовано
Назначение пищевых добавок с витамином В6 (пиридоксином)	A.7: Назначение беременным женщинам добавок с витамином В6 (пиридоксином) не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов.	Не рекомендовано
Назначение пищевых добавок с витаминами Е и С	A.8: Назначение беременным женщинам добавок с витаминами Е и С не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов.	Не рекомендовано
Назначение пищевых добавок с витамином D	A.9: Назначение беременным женщинам добавок с витамином D не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов ¹⁰ .	Не рекомендовано
Сокращение потребления кофеина	A.10: Беременным женщинам с высоким суточным потреблением кофеина (более 300 мг в сутки) ¹¹ следует рекомендовать снизить потребление кофеина во время беременности для сокращения риска гибели плода и рождения маловесного ребенка.	Рекомендовано в определенном контексте

⁷ Данная рекомендация соответствует рекомендациям ВОЗ от 2011 г. о профилактике эклампсии и преэклампсии (3) и заменяет собой рекомендацию ВОЗ от 2013 г. о назначении добавок с кальцием (4).

⁸ Дефицит витамина А считается серьезной проблемой общественного здравоохранения, если у 5% всех женщин и более в анамнезе присутствуют эпизоды ночной слепоты в ходе последней закончившейся живорождением беременности, имевшей место за последние 3-5 лет, или если у 20% беременных женщин и более уровень ретинола в сыворотке составляет менее 0,70 мкмоль/л. Чтобы определить, является ли дефицит витамина А проблемой общественного здравоохранения, необходимо оценить распространенность гиповитаминоза витамина А в популяции с использованием специфичных биохимических и клинических индикаторов.

⁹ Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ (5).

¹⁰ Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ (6).

¹¹ Сюда относятся все препараты, напитки или продукты питания, содержащие кофеин (т.е. заварной кофе, чай, безалкогольные напитки типа колы, энергетические напитки с кофеином, шоколад, таблетки с кофеином).

В. Обследование беременной женщины и плода ¹²	Рекомендации	Тип рекомендации
В.1: Обследование беременной		
Анемия	В.1.1: Рекомендованным методом диагностики анемии у беременных является общий анализ крови. В условиях, когда сделать общий анализ крови нет возможности, для диагностики анемии у беременных рекомендуется проверять уровень гемоглобина по месту обследования с применением гемоглобинометра, что является предпочтительным методом по сравнению с использованием цветовой шкалы.	Рекомендовано в определенном контексте
Бессимптомная бактериурия	В.1.2: Для диагностики бессимптомной бактериурии у беременных рекомендуется выполнять культуральное исследование мочи (из средней порции). При отсутствии возможности выполнить культуральное исследование мочи для диагностики бессимптомной бактериурии рекомендуется выполнять окрашивание мочи из средней порции по Грамму, что является предпочтительным методом по сравнению с применением тест-полосок.	Рекомендовано в определенном контексте
Насилие со стороны интимного партнера	В.1.3: При оценке паталогических состояний, которые могут быть следствием насилия со стороны интимного партнера или которые могут быть осложнены им, настоятельно рекомендуется в рамках дородовых посещений выполнять клинический опрос на предмет выявления фактов насилия со стороны интимного партнера. Там, где есть кадровые ресурсы для принятия соответствующих ответных мер (включая, при необходимости, направление к специалисту) и выполнены минимальные условия, определенные ВОЗ, это позволит повысить качество клинической диагностики и последующей помощи ^{13 14} .	Рекомендовано в определенном контексте

¹² Фактические данные относительно базовых мероприятий ДРП, таких как измерение кровяного давления протеинурии и веса матери и прослушивание сердцебиения плода, не были объектом оценки ГРР, поскольку эти мероприятия считаются элементами надлежащей клинической практики.

¹³ Минимальные условия: наличие протокола/стандартных операционных процедур; наличие персонала, прошедшего подготовку по технике ведения опроса пациента о насилии со стороны интимного партнера и принятия базового (или более полного) набора ответных мер; наличие отдельных помещений для обсуждения таких вопросов; обеспечение конфиденциальности; наличие системы направления к специалистам; наличие в рабочем графике персонала времени на проведение с пациентами полноценной беседы.

¹⁴ Данная рекомендация соответствует руководству ВОЗ по клинической практике и политике от 2013 г. (7).

Рекомендации из других руководств ВОЗ, имеющие отношение к обследованию беременных в рамках ДРП		
Гестационный сахарный диабет (ГСД)	В.1.4: Если в ходе беременности у матери впервые выявляется повышенный уровень сахара в крови, это следует классифицировать либо как гестационный сахарный диабет (ГСД), либо как сахарный диабет беременных, согласно критериям ВОЗ ¹⁵ .	Рекомендовано
Употребление табака	В.1.5: Работникам здравоохранения следует на самых ранних этапах беременности и на каждом дородовом посещении задавать всем беременным женщинам вопрос о том, употребляют ли они табак (или употребляли в прошлом) и подвергаются ли они воздействию вторичного табачного дыма ¹⁶ .	Рекомендовано
Употребление психоактивных веществ	В.1.6: Работникам здравоохранения следует на самых ранних этапах беременности и на каждом дородовом посещении задавать всем беременным женщинам вопрос о том, употребляют ли они алкоголь или другие психотропные вещества (или употребляли их в прошлом) ¹⁷ .	Рекомендовано
Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и сифилис	В.1.7: В районах высокой распространенности ВИЧ ¹⁸ следует рассмотреть вопрос о включении тестирования и консультирования по предложению работников здравоохранения в комплекс плановых услуг в рамках дородовой помощи, предоставляемых всем беременным женщинам. В условиях низкой распространенности ВИЧ этот вопрос можно рассмотреть в качестве одного из основных компонентов работы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, а также включить тестирование на ВИЧ в комплекс диагностических мероприятий по тестированию на сифилис, вирусные и другие заболевания, в зависимости от эпидемиологической ситуации на местах, и укрепить соответствующие системы охраны здоровья матери и ребенка ¹⁹ .	Рекомендовано

¹⁵ Данная рекомендация не является рекомендацией по плановому обследованию беременных на предмет выявления гипергликемии и представляет собой адаптированную версию рекомендации из публикации ВОЗ от 2013 г. (8), где говорится о том, что диагноз ГСД следует ставить на любом сроке беременности при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже признаков:

- уровень глюкозы в плазме натощак 5,1–6,9 ммоль/л (92–125 мг/дл)
- уровень глюкозы в плазме $\geq 10,0$ ммоль/л (180 мг/дл) через час после перорального приема 75 г глюкозы
- уровень глюкозы в плазме 8,5–11,0 ммоль/л (153–199 мг/дл) через два часа после перорального приема 75 г глюкозы.

Диагноз “сахарный диабет беременных” следует ставить при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже признаков:

- уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл)
- уровень глюкозы в плазме $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл) через час после перорального приема 75 г глюкозы
- случайный уровень глюкозы в плазме $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл) при наличии симптомов диабета.

¹⁶ Взято из рекомендаций ВОЗ от 2013 г. (9).

¹⁷ Взято из руководства ВОЗ от 2014 г. (10).

¹⁸ Районами высокой распространенности считаются районы, где распространенность ВИЧ среди тестируемого населения составляет более 5%. Районы с низкой распространенностью – это районы, где распространенность ВИЧ среди тестируемого населения составляет менее 5% (11). В районах с генерализованной или концентрированной эпидемией ВИЧ следует проводить повторное тестирование ВИЧ-отрицательных женщин на третьем триместре беременности ввиду высокого риска заражения ВИЧ во время беременности.

¹⁹ Рекомендация взята в адаптированном виде из “Свода рекомендаций ВОЗ по оказанию услуг по тестированию на ВИЧ” (11).

Туберкулез (ТБ)	В.1.8: Если распространенность туберкулеза (ТБ) в целом по населению составляет 100 случаев на 100 000 человек или выше, следует рассмотреть вопрос об организации в рамках дородовой помощи систематического скрининга беременных женщин для выявления активной формы ТБ ²⁰ .	Рекомендовано в определенном контексте
В.2: Обследование плода		
Подсчет числа шевелений плода за сутки	В.2.1: Подсчет суточного числа шевелений плода, например, такими методами, как т.н. «счет до десяти», рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано в определенном контексте (научные исследования)
Измерение высоты стояния дна матки над симфизом	В.2.2: Замена пальпации живота на измерение высоты стояния дна матки над симфизом для оценки роста плода не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов. При этом отход от обычной практики (пальпация живота или измерение высоты стояния дна матки над симфизом) также не рекомендован.	Рекомендовано в определенном контексте
Дородовая кардио-токография	В.2.3: Плановое выполнение дородовой кардиотокографии ²¹ во время беременности не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов.	Не рекомендовано
Ультразвуковое исследование	В.2.4: Рекомендуется выполнять одно ультразвуковое исследование в первые 24 недели беременности (раннее ультразвуковое исследование плода) для оценки срока беременности, раннего выявления нарушений развития плода и многоплодной беременности, снижения необходимости искусственной стимуляции родовой деятельности в случае переносимой беременности и формирования более позитивного опыта беременности.	Рекомендовано
Допплерография кровеносных сосудов плода	В.2.5: Плановая доплерография во время беременности не рекомендована как средство улучшения исходов беременности и родов ²² .	Не рекомендовано

С. Профилактические меры	Рекомендации	Тип рекомендации
Назначение антибиотиков для лечения бессимптомной бактериурии	С.1: Всем беременным женщинам с бессимптомной бактериурией рекомендуется назначение семидневного курса антибиотиков в целях профилактики устойчивой бактериурии, преждевременных родов и рождения маловесного ребенка.	Рекомендовано
Назначение профилактического курса антибиотиков для профилактики рецидивирующих инфекций мочевых путей	С.2: Назначение беременным профилактического курса антибиотиков для профилактики рецидивирующих инфекций мочевых путей рекомендовано только в рамках научных исследований.	Рекомендовано в определенном контексте (научные исследования)

²⁰ Рекомендация взята в адаптированном виде из рекомендаций ВОЗ от 2013 г. (12).

²¹ Кардиотокография – это непрерывная регистрация частоты сердечных сокращений плода и сокращений матки с применением ультразвукового датчика, размещаемого на животе матери.

²² Допплерография используется для ультразвукового исследования движения крови в артериях пуповины (и артериях плода) для оценки благополучия плода на третьем триместре беременности.

Дородовая профилактика анти-D-иммуноглобулином	С.3: Назначение анти-D-иммуноглобулина резус-отрицательным беременным женщинам, не сенсибилизированным к антигену Rho(D), с 28 по 34 неделю беременности для профилактики аллоиммунизации рекомендуется только в рамках научных исследований.	Рекомендовано в определенном контексте (научные исследования)
Профилактическое назначение противогельминтных препаратов	С.4: В эндемичных районах ²³ рекомендуется назначать беременным курс противогельминтных препаратов после первого триместра беременности в рамках программ по борьбе с инфекциями кишечных паразитов ²⁴ .	Рекомендовано в определенном контексте
Вакцинация столбнячным анатоксином	С.5: Для профилактики гибели новорожденных от столбняка рекомендуется вакцинация всех беременных женщин (с учетом пройденной ранее вакцинации) столбнячным анатоксином ²⁵ .	Рекомендовано
Рекомендации из других руководств ВОЗ, имеющие отношение к ДРП		
Профилактика малярии: химио-профилактика во время беременности	С.6: В эндемичных по малярии районах Африки всем беременным рекомендуется назначать профилактический курс сульфадоксина/пириметамина. Прием препаратов должен начинаться во втором триместре беременности так, чтобы промежуток между приемами составлял по меньшей мере 1 месяц и всего было принято не менее 3 доз ²⁶ .	Рекомендовано в определенном контексте
Доконтактная профилактика (ДКП) заражения ВИЧ	С.7: В рамках комбинированной профилактики ВИЧ беременным женщинам, подверженным существенному риску заражения, в качестве дополнительного варианта доконтактной профилактики (ДКП) может назначаться тенофовира дезопроксила fumarate (ТДФ) ²⁷ .	Рекомендовано в определенном контексте

²³ Районы, где распространенность любых видов гельминтных инфекций, передаваемых через почву, составляет более 20%.

²⁴ Соответствует руководству ВОЗ от 2016 г. (13).

²⁵ Данная рекомендация соответствует руководству ВОЗ от 2006 г. (14). Режим дозирования зависит от того, прививалась ли женщина от столбняка в прошлом.

²⁶ Взято из руководства ВОЗ от 2015 г., в котором также сказано: "В районах Африки с умеренной и высокой интенсивностью передачи малярии химиофилактику малярии сульфадоксином/пириметамином следует назначать всем беременным женщинам на каждом плановом посещении в рамках ДРП и начинать как можно раньше на втором триместре беременности при условии, что интервал между приемами сульфадоксина/пириметамина составляет не менее одного месяца. ВОЗ рекомендует комплекс мероприятий по профилактике малярии у беременных, который включает содействие использованию обработанных инсектицидом противомоскитных сеток, а также химиофилактику сульфадоксином/пириметамином" (15). Для обеспечения как можно более раннего начала химиофилактики малярии сульфадоксином/пириметамином у беременных женщин в эндемичных районах должны быть приняты меры на уровне органов здравоохранения для того, чтобы контакт между беременными женщинами и службами здравоохранения состоялся к 13-недельному сроку беременности.

²⁷ Взято из руководства ВОЗ от 2015 г. (16). Риск заражения ВИЧ считается существенным, если показатель инфицированности ВИЧ в отсутствие ДКП является достаточно высоким (инфицированность > 3%) для того, чтобы назначение ДКП становилось потенциально рентабельным (или экономически целесообразным). Назначение ДКП лицам, подверженным существенному риску ВИЧ-инфекции, отличается высоким соотношением польза/риск и польза/стоимость.

D. Помощь при наиболее типичных симптомах	Рекомендации	Тип рекомендации
Тошнота и рвота	D.1: Для облегчения тошноты на ранних сроках беременности рекомендуется назначать имбирь, настой ромашки, витамин B6 и/или акупунктуру, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной.	Рекомендовано
Изжога	D.2: Для профилактики и смягчения изжоги во время беременности рекомендуется консультирование по вопросам рациона питания и образа жизни. Если, несмотря на изменение образа жизни и питания, симптомы остаются трудно переносимыми, могут быть назначены антациды.	Рекомендовано
Судороги нижних конечностей	D.3: Для облегчения судорог нижних конечностей во время беременности можно назначать кальций или нефармакологические средства, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной.	Рекомендовано
Боль в пояснице и области таза	D.4: Для профилактики болей в пояснице и области таза во время беременности рекомендуются регулярные физические упражнения. Существует целый ряд различных средств облегчения болей в спине и области таза, таких как физиотерапия, ортопедический бандаж и акупунктура, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной.	Рекомендовано
Запор	D.5: Если запоры во время беременности сохраняются, несмотря на изменения рациона питания, для их смягчения могут назначаться пшеничные отруби или другие добавки, содержащие растительные волокна, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной.	Рекомендовано
Варикозное расширение вен и отеки	D.6: Для помощи при варикозном расширении вен и отеках нижних конечностей во время беременности могут использоваться нефармакологические средства, такие как ношение компрессионных колготок, подъем ног и погружение в воду, в зависимости от имеющихся возможностей и личных предпочтений беременной.	Рекомендовано
E: Мероприятия систем здравоохранения по повышению числа обращений за ДРП и ее качества	Рекомендации	Тип рекомендации
Ведение женщинами дневника беременности	E.1: Каждой беременной рекомендуется вести личный дневник беременности, что будет способствовать обеспечению непрерывности и повышению качества помощи, а также формированию позитивного опыта беременности.	Рекомендовано
Обеспечение непрерывности помощи с опорой на роль акушерки	E.2: Там, где хорошо развито акушерское дело, может быть рекомендовано применение модели, в рамках которой ведением беременности занимается знакомая беременной женщине акушерка или группа акушерок, обеспечивая непрерывное оказание помощи на всем протяжении дородового, интранатального и постанатального периодов.	Рекомендовано в определенном контексте

Групповая дородовая помощь	Е.3: В качестве альтернативы индивидуальной дородовой помощи может быть организовано оказание групповой дородовой помощи беременным женщинам в контексте строгих научных исследований, в зависимости от предпочтений женщины и при условии наличия инфраструктуры и ресурсов, необходимых для оказания групповой ДРП.	Рекомендовано в определенном контексте (научные исследования)
Мероприятия на уровне общин, направленные на улучшение качества коммуникации и поддержки	Е.4.1: Для укрепления здоровья матерей и новорожденных, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к услугам здравоохранения, рекомендуется мобилизация на уровне местных сообществ посредством организации циклов совместного обучения и совместного проведения мероприятий для групп женщин ²⁸ . Создание таких групп для беременных женщин является хорошим средством для обсуждения с женщинами связанных с беременностью проблем, включая преграды в получении доступа к обслуживанию, а также для увеличения поддержки, оказываемой беременным женщинам.	Рекомендовано в определенном контексте
	Е.4.2: Для повышения числа обращений за ДРП и улучшения исходов беременности и родов, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к услугам здравоохранения, рекомендуется реализовывать комплексные мероприятия, включающие мобилизацию семей и местных сообществ и посещение беременных женщин на дому.	Рекомендовано
Перераспределение некоторых обязанностей по оказанию дородовой помощи ²⁹	Е.5.1: Рекомендуется перераспределение обязанностей по выполнению ряда мероприятий в области охраны здоровья матери и ребенка ³⁰ в пользу широкого круга субъектов, включая непрофессиональных медработников, вспомогательный медперсонал, медсестер, акушерок и врачей.	Рекомендовано
	Е.5.2: Рекомендуется перераспределение обязанностей по предоставлению рекомендованных пищевых добавок и периодического профилактического лечения от в пользу широкого круга субъектов, включая вспомогательный медперсонал, медсестер, акушерок и врачей.	Рекомендовано в определенном контексте

²⁸ Взято из рекомендаций ВОЗ от 2014 г. (17).

²⁹ Рекомендация взята в адаптированном виде из руководства ВОЗ от 2012 г. (18).

³⁰ В том числе таких мероприятий, как: развитие культуры обращения за медицинской помощью и услугами по ДРП; подготовка к родам и формирование готовности к осложнениям; пропаганда использования надкроватных сеток, обработанных инсектицидами; оказание квалифицированной помощи при родах; сопровождение женщины при схватках и во время родов; консультирование по вопросам питания; назначение пищевых добавок; назначение специфических пищевых добавок и проведение специфических мероприятий в зависимости от обстоятельств; тестирование беременных на ВИЧ; пропаганда исключительно грудного вскармливания; послеродовой уход и семейное планирование; иммунизация согласно национальным руководствам.

Набор и сохранение кадров в сельских и удаленных районах ³¹	Е.6: Лицам, ответственным за разработку политики, следует рассмотреть вопрос о принятии мер в сферах образования, регулирования, финансов, а также мер по личной и профессиональной поддержке медработников с тем, чтобы обеспечить набор и сохранение квалифицированных кадров здравоохранения в сельских и удаленных районах.	Рекомендовано
График посещений в рамках оказания дородовой помощи	Е.7: Для снижения перинатальной смертности и формирования у женщин более позитивного опыта получения помощи рекомендуется реализация моделей дородовой помощи, предполагающих не менее восьми контактов беременной женщины со службами здравоохранения.	Рекомендовано

³¹ Рекомендация взята в адаптированном виде из рекомендаций ВОЗ по глобальной политике от 2010 г. (19).

Справочная литература

1. 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.).
2. 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.).
3. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/8/9789244548332_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
4. 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.).
5. Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44625/1/9789241501781_eng.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
6. 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.).
7. 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.).
8. 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.).
9. Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/5/9789244506073_rus.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
10. 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.).
11. 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.).
12. 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.).
13. Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups. Geneva: World Health Organization; 2016 (в печати).
14. 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.).
15. 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.).
16. Руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/310301/Guideline-when-start-ATP-HIV-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
17. 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.).
18. 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; 2014 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
19. 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.).



Всемирная организация
здравоохранения



WHO/RHR/16.12

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе печати ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел печати ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ 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. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

За дополнительной информацией обращайтесь в Департамент по репродуктивному здоровью и научным исследованиям, Всемирная организация здравоохранения, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Эл. почта: reproductivehealth@who.int

веб-сайт: www.who.int/reproductivehealth