

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ГО «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

**НОРМАЛЬНА ВАГІТНІСТЬ
КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ**

**Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання
клінічної настанови**

Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань
Арбузова Світлана Борисівна	директор Східно-українського спеціалізованого центру медичної генетики та пренатальної діагностики, чл.-кор. Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Артьоменко Володимир Вікторович	професор кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, експерт Міністерства охорони здоров'я України за напрямками «Акушерство і гінекологія», «Дитяча гінекологія», д.мед.н., професор
Булавенко Ольга Василівна	завідувач кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор
Воробйова Ірина Іванівна	завідувач відділення наукових проблем невиношування вагітності Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», д.мед.н.
Галаган Віра Олексіївна	завідувач медико-генетичного центру Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор
Геревич Надія Василівна	старший науковий співробітник відділення патології вагітності та пологів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», к.мед.н.
Жабченко Ірина Анатоліївна	завідувач відділення патології вагітності та пологів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор
Камінський В'ячеслав Володимирович	завідувач кафедри акушерства і гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, експерт Міністерства охорони здоров'я України за напрямками «Акушерство і гінекологія», «Дитяча гінекологія», академік Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор

Медведь Володимир Ісаакович	завідувач відділення внутрішньої патології вагітних Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», експерт Міністерства охорони здоров'я України за напрямками «Акушерство і гінекологія», «Дитяча гінекологія», чл.-кор. Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Малачинська Марія Йосипівна	директор Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», к.мед.н., доцент
Сафонова Інесса Миколаївна	професор кафедри радіології Навчально-наукового медичного інституту Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», д.мед.н., професор
Скрипченко Наталія Яківна	керівник відділення впровадження та вивчення ефективності сучасних медичних технологій в акушерстві та перинатології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», д.мед.н.
Татарчук Тетяна Феофанівна	заступник директора з наукової роботи, завідувач відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», експерт Міністерства охорони здоров'я України за напрямками «Акушерство і гінекологія», «Дитяча гінекологія», чл.-кор. Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Ткаченко Вікторія Борисівна	провідний науковий співробітник відділення наукових проблем невиношування вагітності Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», к.мед.н.

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
-------------------------	---

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом Guidelines International Network (Міжнародна мережа настанов)



Рецензенти:

- Грищенко Ольга Валентинівна завідувач кафедри акушерства та гінекології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, д.мед.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України
- Резніченко Галина Іванівна професор кафедри акушерства та гінекології Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.мед.н., професор, заслужений лікар України

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2027 рік

Зміст

Скорочення.....	6
Передмова робочої групи.....	8
Резюме.....	10
1. Вступ	22
2. Методи	25
3. Докази та рекомендації	34
<i>A. Заходи, пов'язані з харчуванням</i>	35
<i>B. Обстеження вагітної і плода</i>	68
<i>C. Профілактичні заходи</i>	95
<i>D. Допомога при поширених фізіологічних симптомах</i>	110
<i>E. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості допологової допомоги</i>	124
Літературні джерела.....	154
Додаток. Ультразвуковий скринінг при неускладненій вагітності	174

Скорочення

ББ	Безсимптомна бактеріурія
БДА	Безперервна допомога, яка надається акушерками
ВДМ	Висота стояння дна матки
БПР	Біпаріетальний розмір
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВР	Відносний ризик
ВШ	Відношення шансів
ГВП	Група з вагітності і пологів
ГРР	Група з розробки рекомендацій
ГЗР	Група зовнішніх рецензентів
ГЦД	Гестаційний цукровий діабет
ДБ	Доказова база
ДІ	Довірчий інтервал
ДКП	Доконтактна профілактика
ДНК	Дезоксирибонуклеїнова кислота
ДНТ	Дефекти нервової трубки
ДП	Довжина плечової кістки
ДПД	Допологова допомога
ДС	Довжина стегнової кістки
ДТ	Діагностична точність
ЕКР	Експертний комітет з рекомендацій
ЖМ	Жовтковий мішок
ЗВУР	Затримка внутрішньоутробного росту плода
ЗКІ	Заява про конфлікт інтересів
ІМТ	Індекс маси тіла
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КВД	Країни з високим доходом
КМ	Колориметричний метод
КНСД	Країни з низьким і середнім доходом
КТГ	Кардіотокографія
КТР	Куприко-тім'яний розмір
КУО	Колонієутворюючі одиниці
МГВ	Малий для гестаційного віку
МО	Міжнародна одиниця
НІПТ	Неінвазивне пренатальне тестування
НПВВ	Надмірна прибавка ваги під час вагітності
НРД	Нерандомізоване дослідження
НСП	Насильство з боку статевого партнера
ОГ	Окружність голови
ОЖ	Окружність живота
ПК	Пасивне куріння
ППВ-СП	Періодична профілактика сульфадоксином/піриметаміном під час вагітності
ППП	Порожнина прозорої перетинки
ПРМ	Поперечний розмір мозочка
ПРПО	Передчасний розрив плодових оболонок
ПЯ	Плодове яйце
РІСШ	Рецидивуюча інфекція сечових шляхів
РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження
РС	Різниця середніх

СГВ	Стрептококи групи В
СЖГ	Жіночі групи, які спільно беруть участь в заходах
СЦНД	Спільні цикли навчання та дії
ТБ	Туберкульоз
ТРГ	Технічна робоча група
УЗД	Ультразвукове дослідження
β-ХГЛ	В-хоріонічний гонадотропін людини
ЧСС	Частота серцевих скорочень
CERQual	Достовірність даних з оглядів досліджень якісних показників
DECIDE	Механізм розробки та оцінки комунікаційних стратегій в підтримку обґрунтованих рішень і практики з урахуванням фактичних даних
FMF	Фонд медицини плода
GRADE	Система оцінки, розробки і визначення ефективності рекомендацій
GREAT	Рекомендації, пріоритети наукових досліджень, синтез доказів, застосування доказів, передача знань
Нь	Гемоглобін
IQR	Міжквартильний інтервал
MCA	Департамент ВООЗ з питань охорони здоров'я матерів, новонароджених, дітей і підлітків
MMN	Комплекс мікронутрієнтів
NHD	Департамент ВООЗ з питань харчування для здоров'я і розвитку
PAPP-A	Асоційований із вагітністю протеїн-А плазми
PICO	Популяція, втручання, порівняння, результати
PIGF	Плацентарний фактор росту
Rh	Резус-фактор
RHR	Департамент репродуктивного здоров'я і наукових досліджень (ВООЗ)
TT-CV	Вакцини, які містять правцевий анатоксин

Передмова робочої групи

Актуальність для України

У перебігу вагітності виділяють три триместри, основу чого складають особливості етапів росту плода і плаценти; фізіологічні зміни в організмі жінки у зв'язку з прогресуванням вагітності; різний ступінь ризику впливу несприятливих факторів на плід і можливість виникнення ушкоджень; застосування профілактики акушерських та перинатальних ускладнень. Вагітність – не захворювання, а цілком природний стан, тому жінка не повинна змінювати звичний спосіб життя.

Основними завданнями антенатального спостереження є діагностика вагітності у ранні терміни; спостереження за вагітною і станом плода; своєчасна профілактика і діагностика ускладнень вагітності; підготовка вагітної до пологів та народження здорового новонародженого; попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

Одним з пріоритетних напрямків у роботі Національної служби здоров'я України для забезпечення якісної та безпечної медичної допомоги матері і дитині є створення пакету медичних послуг «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», який фінансується за рахунок державного бюджету за Програмою медичних гарантій, і включає динамічне спостереження вагітності, контроль за станом здоров'я вагітної, необхідні лабораторні та інструментальні обстеження і консультації; організацію та проведення диспансерного нагляду (взяття на облік, розробка індивідуального плану ведення вагітності відповідно до групи ризику), профілактику ускладнень вагітності тощо. Вагітна має право обрати лікаря і заклад охорони здоров'я, де спостерігати вагітність, незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання.

Надзвичайно важливим в антенатальному спостереженні є надання вагітній адекватних доказово обґрунтованих рекомендацій для забезпечення неускладненого перебігу гестаційного процесу та народження здорової дитини. В умовах пандемії COVID-19 організація та надання медичної допомоги вагітним здійснюється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Методологія створення клінічної настанови

Робочу групу створено за наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.08.2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.2021 року № 967).

*За основу даної Клінічної настанови обрано рекомендації **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. (Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), World Health Organization), 2016. <https://apps.who.int/>*

За рішенням членів мультидисциплінарної робочої групи до даної клінічної настанови включено резюме і розділи 1-3, які відповідають клінічним рекомендаціям і особливостям організації надання амбулаторної акушерської допомоги в Україні при нормальній вагітності. З повним текстом документа можна ознайомитися на офіційному сайті ВООЗ.

Адаптація Клінічної настанови передбачає внесення до незмінного тексту оригінальної настанови «Коментарів робочої групи», у яких відображено можливість виконання тих чи інших положень Клінічної настанови в реальних умовах вітчизняної системи охорони здоров'я, доступність медичних втручань, наявність реєстрації в Україні лікарських засобів, що зазначені в Клінічній настанові та відповідність нормативної бази щодо організації надання медичної допомоги.

У зв'язку з тим, що деякі питання антенатального догляду відсутні у основному прототипі, для синтезу поточної версії Клінічної настанови використано клінічну настанову:

Department of Health. **Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care.** (Настанова Департаменту охорони здоров'я Уряду Австралії, Australian Government Department of Health), 2020. <https://www.health.gov.au/>

Крім того, до даної Клінічної настанови включено розділ щодо ультразвукового скринінгу при неускладненій вагітності (Додаток) з документа **Practice guidelines of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians - Ultrasound Section for ultrasound screening in uncomplicated pregnancy, 2020.** (https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/) Польського товариства акушерів та гінекологів, в якому детально визначено сучасні підходи до проведення ультразвукових досліджень (УЗД) впродовж всієї вагітності.

Дана Клінічна настанова (КН) – це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, не повинна розцінюватися як стандарт медичної допомоги. Дотримання положень КН не гарантує успішної допомоги у конкретному випадку; її не можна розглядати як посібник, що включає усі необхідні методи діагностики та профілактики або виключає інші. Настанови не відмінюють індивідуальної відповідальності спеціалістів з охорони здоров'я за прийняття належних рішень відповідно до обставин та стану конкретної пацієнтки. Спеціаліст з охорони здоров'я також відповідає за перевірку правил та положень, застосованих до лікарських засобів та медичних виробів, чинних на момент призначення таких медичних технологій.

Остаточне рішення стосовно вибору визначеної клінічної процедури або плану спостереження повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнтки, можливостей для проведення діагностики та профілактики у конкретному закладі охорони здоров'я.

Відповідно до статті 39 Закону України від 19.11.1992 року № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (зі змінами) пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. Відповідно до статті 43 цього Закону України згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників. Згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників. Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування. Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Резюме

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016.

Вступ

З 2016 року, на початку епохи Цілей сталого розвитку (ЦСР), запобіжні захворюваність і смертність, пов'язані з вагітністю, залишаються на неприйнятно високому рівні. Незважаючи на істотний прогрес, країнам необхідно консолідувати і зміцнити свої успіхи в цій сфері, а також розширити порядок денний, включивши до нього, крім власне порятунку життя, інші питання з метою максимального збільшення рівня здоров'я і потенціалу населення.

ВООЗ прагне до побудови світу, в якому кожна вагітна і кожен новонароджений отримують якісну допомогу протягом вагітності, пологів та післяпологового періоду. В рамках безперервного надання допомоги з охорони репродуктивного здоров'я допологова допомога (ДПД) є платформою для проведення важливих заходів у сфері охорони здоров'я, включаючи пропаганду здорового способу життя, скринінг, діагностику та профілактику хвороб. Доведено, що своєчасне проведення доказово обґрунтованих заходів в рамках ДПД може рятувати життя. Надзвичайно важливо, що в цей вирішальний момент у житті жінки ДПД дає можливість надавати інформацію та підтримку жінкам, сім'ям і громадам. У процесі підготовки цих рекомендацій з ДПД стала очевидною важливість ефективного і чемного спілкування з вагітними щодо фізіологічних, біомедичних, поведінкових і соціокультурних питань, а також ефективного та шанобливого надання їм соціальної, культурної емоційної та психологічної підтримки. Ці функції ДПД з надання інформації та підтримки є запорукою не тільки порятунку життів, але і підвищення добробуту, звернення за медичною допомогою і її якості. Позитивний досвід, отриманий жінкою на етапах ДПД і пологів, може закласти фундамент для здорового материнства.

Цей документ є всебічним керівництвом ВООЗ з надання планової ДПД вагітним жінкам і підліткам. Його мета – доповнити існуючі керівництва ВООЗ з лікування окремих ускладнень вагітності. Керівництво задумано таким чином, щоб викласти всю складність питань, пов'язаних з наданням ДПД, і відповісти на них, зробити пріоритетними здоров'я і благополуччя людини, а не тільки попередження захворювань і смерті, що відповідає підходу, заснованому на дотриманні прав людини.

При визначенні сфери застосування даного Керівництва використовувалися результати систематичного дослідження думок жінок, згідно з якими жінки очікують від ДПД формування позитивного досвіду вагітності. Під позитивним досвідом вагітності розуміють збереження звичайного фізичного і соціокультурного стану, підтримання нормального перебігу вагітності для матері і дитини (включаючи попередження і усунення ризиків, профілактику і лікування хвороб, зниження ризику смерті), забезпечення ефективного переходу до пологів і забезпечення позитивного настрою на материнство (включаючи формування високої самооцінки матері, материнських навичок і незалежності).

Досвід жінки є ключем до зміни ДПД і створення процвітаючих сімей та спільнот, тому в цьому Керівництві розглядаються такі питання.

- Які доказово обґрунтовані заходи в рамках ДПД поліпшать результати і сформулюють позитивний досвід вагітності?

- Як їх слід проводити?

Методологія розробки рекомендацій

Передбачається, що рекомендації з ДПД стануть джерелом інформації для розробки відповідних стратегій в області охорони здоров'я і клінічних протоколів. При розробці рекомендацій Рекомендації ВООЗ з надання ДПД для формування позитивного досвіду вагітності використовувався стандартний порядок дій відповідно до процесів, описаних в «Керівництві ВООЗ з розробки рекомендацій». Коротко він включає: 1) визначення

пріоритетних питань і результатів; II) пошук і синтез доказів; III) оцінку доказів; IV) формулювання рекомендацій; V) планування впровадження, поширення, оцінки впливу та поновлення рекомендацій. Якість наукових доказів, що підкріплюють рекомендації, оцінювали за допомогою системи оцінки, розробки і визначення ефективності рекомендацій (GRADE) для кількісних даних і методу оцінки достовірності даних з оглядів досліджень якісних показників (GRADE-CERQual) для якісних даних. Для підготовки профілю доказів з пріоритетних питань використовували оновлені систематичні огляди. При формулюванні і затвердженні рекомендацій Група з розробки рекомендацій (ГРР) – міжнародна група експертів, яка була сформована для підготовки цих рекомендацій і провела три технічні консультації з жовтня 2015 року по березень 2016 року - керувалася системою DECIDE (механізм розробки та оцінки комунікаційних стратегій на підтримку обґрунтованих рішень і практики з урахуванням фактичних даних), що є інструментом для створення схем «доказ-рішення», які включають ефекти заходів, цінність, ресурси, справедливість, прийнятність і здійсненність.

Рекомендації

За підсумками технічних консультацій ВООЗ розроблені 39 рекомендацій, що стосуються п'яти груп заходів: А. Заходи, пов'язані з харчуванням; В. Обстеження вагітної і плода; С. Профілактичні заходи; D. Допомога при поширених фізіологічних симптомах; Е. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості допологової допомоги. Виходячи з думки ГРР відповідно до критеріїв DECIDE, на основі яких визначають загальну спрямованість і в деяких випадках умови виконання рекомендацій, всі заходи розділені на три типи: рекомендовані, не рекомендовані, а також рекомендовані при певних умовах. Щоб гарантувати правильне розуміння і практичне застосування кожної рекомендації, умови застосування всіх рекомендацій, рекомендованих при певних умовах, чітко сформульовані в рамках кожної рекомендації і, де необхідно, забезпечені коментарями експертів, які брали участь в роботі. При використанні рекомендацій слід звертатися до цих коментарів, які наводяться в документі разом із резюме доказів. Крім того, проведено систематичний пошук рекомендацій, які стосуються ДПД, в діючих інструкціях, підготовлених іншими департаментами ВООЗ. В результаті до цього документа включено 10 таких рекомендацій. Це дозволило запропонувати всеосяжний документ. У Таблиці 1 представлені всі 49 рекомендацій з надання ДПД для формування позитивного досвіду вагітності.

Відповідно до стандартів ВООЗ з розробки рекомендацій дані рекомендації будуть переглядатися і оновлюватися після виявлення нових доказів. Істотні перегляди і оновлення будуть проводитися, принаймні, кожні п'ять років. ВООЗ вітає пропозиції з включення додаткових питань в майбутні оновлені рекомендації.

В ході технічних консультацій обговорювалися аспекти впровадження як окремих рекомендацій, так і керівництва в цілому. Підкресливши наявність доказів більш високої частоти внутрішньоутробної загибелі плоду і більш низького рівня задоволеності жінок моделлю чотирьох відвідувань (відомої також як модель сфокусованої або базової ДПД), ГРР прийняла рішення збільшити рекомендовану кількість контактів вагітної і працівників охорони здоров'я. При цьому, такі контакти повинні мати місце в моменти, оптимальні для оцінки стану матері і плода і проведення заходів з поліпшення результату вагітності в разі виявлення будь-яких відхилень (див. Рекомендацію Е.7 в Таблиці 1). Представлені в цьому Керівництві рекомендації слід виконувати разом з іншими заходами щодо підвищення якості медичної допомоги. Похідним даного документа буде Керівництво щодо практичного впровадження рекомендацій для працівників охорони здоров'я, в яке увійдуть рекомендації з ДПД і загальноновизнані методики, які стосуються належної клінічної практики. В Таблиці 1 перераховані всі заходи, проаналізовані ГРР. Таким чином, в неї увійшли рекомендовані, рекомендовані при певних умовах (включаючи наукові дослідження), а також не рекомендовані заходи.

**Перелік рекомендацій ВООЗ з надання допологової допомоги
для формування позитивного досвіду вагітності**

Ці рекомендації використовуються в рамках надання стандартної ДПД вагітним жінкам та дівчатам-підліткам

А. Заходи, пов'язані з харчуванням		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Дієта	A.1.1. Рекомендовано консультування з питань здорового харчування та фізичної активності, що дозволяє підтримувати добре самопочуття та запобігати надмірній прибавці ваги під час вагітності. ^a	Рекомендовано
	A.1.2. У групах населення з недостатнім харчуванням рекомендується навчання вагітних щодо підвищення енергетичної цінності щоденного раціону та споживання білка для зменшення ризику народження дітей із малою масою тіла.	Рекомендовано при певних умовах
	A.1.3. У групах населення з недостатнім харчуванням вагітним рекомендується прийом збалансованих білково-енергетичних добавок для зменшення ризику мертвонародження та народження малих для гестаційного віку дітей.	Рекомендовано при певних умовах
	A.1.4. У групах населення з недостатнім харчуванням додаткове споживання добавок з високим вмістом білка для покращення материнських та перинатальних наслідків не рекомендується.	Не рекомендовано
Прийом препаратів заліза та фолієвої кислоти	A.2.1. Для профілактики анемії, післяпологового сепсису, народження дітей з малою масою тіла та передчасних пологів вагітним рекомендується щоденний прийом препаратів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо ^b та фолієвої кислоти ^c 400 мкг (0,4 мг). ^d	Рекомендовано
	A.2.2. Якщо щоденний прийом заліза не є прийнятним через побічні ефекти, а також якщо поширеність анемії серед вагітних у популяції не перевищує 20%, для поліпшення материнських і неонатальних наслідків вагітним рекомендується періодичний прийом 120 мг у перерахунку на елементарне залізо ^e 1 раз на тиждень та фолієвої кислоти ^f у дозі 2800 мкг (2,8 мг) 1 раз на тиждень.	Рекомендовано при певних умовах

А. Заходи, пов'язані з харчуванням		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Прийом препаратів кальцію	А.3. У групах населення з низьким споживанням кальцію з їжею для зменшення ризику прееклампсії вагітним рекомендується щоденний прийом всередину препаратів кальцію в дозі 1,5-2,0 г в перерахунку на елементарний кальцій. ^g	Рекомендовано при певних умовах
Прийом препаратів вітаміну А	А.4. Призначати препарати вітаміну А для профілактики гемералопії (погіршення зору у сутінках) рекомендується тільки вагітним, які мешкають у районах, де дефіцит вітаміну А є серйозною проблемою громадського здоров'я. ^{h,i}	Рекомендовано при певних умовах
Прийом препаратів цинку	А.5. Призначення вагітним препаратів цинку рекомендується лише в рамках наукових досліджень.	Рекомендовано при певних умовах (наукові дослідження)
Прийом препаратів, які містять комплекси мікроелементів	А.6. Призначення добавок, які містять комплекси мікронутрієнтів, для поліпшення материнських та перинатальних наслідків вагітним не рекомендується.	Не рекомендовано
Прийом вітаміну В ₆ (піридоксин)	А.7. Прийом вітаміну В ₆ (піридоксину) для поліпшення материнських та перинатальних наслідків вагітним не рекомендується.	Не рекомендовано
Прийом вітамінів Е та С	А.8. Прийом вітамінів Е та С для покращення материнських та перинатальних наслідків вагітним не рекомендується.	Не рекомендовано
Прийом вітаміну D	А.9. Прийом вітаміну D для покращення материнських та перинатальних наслідків вагітним не рекомендується. ^j	Не рекомендовано
Обмеження споживання кофеїну	А.10. Для зменшення ризику втрати вагітності та народження дитини із малою масою тіла вагітним жінкам із високим добовим споживанням кофеїну (понад 300 мг на день) ^k рекомендується знизити його споживання.	Рекомендовано при певних умовах

Примітки:

a. Здорове харчування під час вагітності передбачає достатню калорійність і вміст білка, вітамінів та мінералів, отриманих внаслідок вживання різноманітних продуктів харчування, включаючи зелені та помаранчеві овочі, м'ясо, рибу, бобові, горіхи, фрукти та цільнозернові продукти.

b. 60 мг елементарного заліза міститься у 300 мг сульфату заліза гептагідрату, 180 мг фумарату заліза та 500 мг глюконату заліза.

c. Прийом препаратів фолієвої кислоти слід починати якомога раніше (в ідеалі, до зачаття), щоб запобігти дефектам формування нервової трубки.

- d. Ця рекомендація замінює попередню рекомендацію, викладену в Керівництві ВООЗ: щоденні добавки заліза та фолієвої кислоти у вагітних (Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women, 2012).
- e. 120 мг елементарного заліза міститься у 600 мг сульфату заліза гептагідрату, 360 мг fumarату заліза або 1000 мг глюконату заліза.
- f. Ця рекомендація замінює попередню рекомендацію ВООЗ: періодичні добавки заліза та фолієвої кислоти у вагітних без анемії (Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women, 2012).
- g. Ця рекомендація узгоджується з рекомендаціями ВООЗ щодо профілактики та лікування преєклампсії та еклампсії (WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2011) і замінює попередню рекомендацію, викладену в Керівництві ВООЗ щодо добавок кальцію у вагітних (Guideline: calcium supplementation in pregnant women, 2013).
- h. Дефіцит вітаміну А є серйозною проблемою охорони здоров'я, якщо $\geq 5\%$ жінок в анамнезі мали епізоди нічної сліпоти протягом останньої за попередні 3-5 років вагітності, яка завершилась живонародженням, або якщо у $\geq 20\%$ вагітних рівень ретинолу в сироватці крові складає $< 0,70$ мкмоль/л. Визначення дефіциту вітаміну А як проблеми громадського здоров'я включає оцінку поширеності дефіциту у популяції за допомогою конкретних біохімічних та клінічних показників.
- i. Ця рекомендація замінює попередню рекомендацію, викладену в Керівництві ВООЗ щодо добавок вітаміну А у вагітних (Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women, 2011).
- j. Ця рекомендація замінює попередню рекомендацію, викладену в Керівництві ВООЗ щодо добавок вітаміну D у вагітних (Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women, 2012).
- k. Передбачає будь-які препарати, напої або продукти, які містять кофеїн (заварена кáva, чай, безалкогольні напої типу кола, енергетичні напої з кофеїном, шоколад, таблетки з кофеїном).

В. Обстеження вагітної та плода¹		
	Рекомендація	Тип рекомендації
В.1. Обстеження вагітної		
Анемія	В.1.1. Рекомендованим методом діагностики анемії під час вагітності є клінічний аналіз крові. В умовах, якщо неможливо провести клінічний аналіз крові, рекомендується на місці надати перевагу визначенню рівня гемоглобіну за допомогою гемоглобінометру перед колориметричним методом.	Рекомендовано при певних умовах
Безсимптомна бактеріурія (ББ)	В.1.2. Для діагностики ББ під час вагітності рекомендоване бактеріологічне дослідження середньої порції сечі. В умовах, де посів сечі є недоступним, для діагностики ББ при вагітності рекомендується на місцях надати перевагу виконанню фарбування препарату середньої порції сечі за Грамом перед використанням тест-смужок.	Рекомендовано при певних умовах

В. Обстеження вагітної та плода¹		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Насильство з боку статевого партнера (НСП)	V.1.3. При візитах в рамках ДПД під час оцінки станів, які можуть бути наслідками або ускладненнями НСП, з метою покращення діагностики та подальшої допомоги слід провести розслідування наявності НСП, якщо є можливість забезпечити відповідні підтримуючі заходи (включаючи направлення для отримання спеціалізованої допомоги) при дотриманні мінімальних вимог ВООЗ ^m . Це підвищує ефективність діагностики і наступної допомоги ⁿ .	Рекомендовано при певних умовах
Рекомендації запозичені з інших керівних принципів ВООЗ, які мають відношення до обстеження вагітної у рамках ДПД		
Гестаційний цукровий діабет	V.1.4. Відповідно до критеріїв ВООЗ гіперглікемія, вперше виявлена під час вагітності, повинна класифікуватися або як гестаційний цукровий діабет (ГЦД), або як маніфестний цукровий діабет при вагітності. ^o	Рекомендовано
Куріння	V.1.5. Починаючи з ранніх термінів вагітності і при кожному візиті в рамках ДПД, працівники охорони здоров'я повинні запитувати вагітних про вживання тютюну (в теперішній час і в минулому) і про пасивне куріння. ^p	Рекомендовано
Вживання психоактивних речовин	V.1.6. Починаючи з ранніх термінів вагітності і при кожному візиті в рамках ДПД медичні працівники повинні запитувати вагітних про вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (в теперішній час та в минулому). ^q	Рекомендовано
ВІЛ та сифіліс	V.1.7. В умовах високої поширеності ВІЛ ^r тестування та консультування щодо ВІЛ за ініціативою медичного працівника слід розглядати як плановий компонент пакету допомоги вагітним на всіх рівнях надання ДПД. В умовах низької поширеності ВІЛ, консультування щодо ВІЛ за ініціативою медичного працівника для вагітних в рамках ДПД може розглядатися як ключовий компонент заходів з елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини, інтеграції тестування на наявність ВІЛ-інфекції в комплекс обстежень на наявність сифілісу, вірусних інфекцій та інших ключових обстежень в залежності від епідеміологічної ситуації, а також зміцнення наявних систем охорони здоров'я матері і дитини. ^s	Рекомендовано

В. Обстеження вагітної та плода¹		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Туберкульоз	В.1.8. Якщо поширеність туберкульозу у загальній популяції становить 100 випадків на 100000 населення або вище, систематичний скринінг активних форм туберкульозу у вагітних слід розглядати як компонент допологової допомоги. [†]	Рекомендовано при певних умовах
В.2. Обстеження плода		
Щоденний обрахунок рухів плода	В.2.1. Щоденний обрахунок рухів плода, наприклад, із застосуванням методу «обрахунок до 10», рекомендується лише в рамках наукових досліджень.	Рекомендовано при певних умовах (наукові дослідження)
Висота дна матки (ВДМ)	В.2.2. Заміна пальпації живота вимірюванням ВДМ для оцінки росту плода для покращення перинатальних результатів не рекомендується. Змінювати стандартну в даних умовах практику (пальпація живота або вимірювання ВДМ) не рекомендується.	Рекомендовано при певних умовах
Аntenатальна кардіотокографія (КТГ)	В.2.3. Регулярна КТГ ^u протягом вагітності для покращення материнських та перинатальних наслідків не рекомендується.	Не рекомендовано
Ультразвукове дослідження	В.2.4. Рекомендується проводити одне ультразвукове сканування у терміні до 24 тижнів вагітності (раннє УЗД плода) для оцінки гестаційного віку, покращення діагностики вроджених вад розвитку плода та багатоплідної вагітності, зниження частоти індукції пологів з приводу перенесеної вагітності та формування позитивного досвіду вагітності.	Рекомендовано
Допплерівське ультразвукове дослідження судин плода	В.2.5. Регулярне доплерівське дослідження під час вагітності для покращення материнських та перинатальних наслідків не рекомендується. ^v	Не рекомендовано

Примітки:

l. ГРР не оцінювала докази ефективності базових заходів ДПД, таких як вимірювання артеріального тиску, маси тіла вагітної, протеїнурії та серцебиття плода, оскільки ці заходи вважаються частиною належної клінічної практики.

m. Мінімальними вимогами є: наявність протоколу/стандартного алгоритму дій; тренінг з методики опитування про НСП, тренінг про прийняття мінімальних чи розширених відповідних заходів стосовно насильства; конфіденційна обстановка; гарантія збереження медичної таємниці; наявність системи направлення на консультацію; наявність часу для виявлення проблеми.

п. Ця рекомендація узгоджується з Керівництвом стосовно НСП та сексуального насильства щодо жінок: Клінічні та політичні рекомендації ВООЗ (*Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines, 2013*).

о. Це не є рекомендацією щодо скринінгу на гіперглікемію під час вагітності. Рекомендація адаптована та інтегрована з публікації ВООЗ Діагностичні критерії та класифікація гіперглікемії, вперше виявленої під час вагітності (*Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy, 2013*), де зазначено, що гестаційний цукровий діабет слід діагностувати у будь-якому терміні вагітності при наявності одного або кількох з наступних критеріїв:

- рівень глюкози в плазмі крові натще 5,1-6,9 ммоль/л (92-125 мг/дл),
- рівень глюкози в плазмі крові через 1 годину після перорального прийому 75 г глюкози $\geq 10,0$ ммоль/л (180 мг/дл),
- рівень глюкози в плазмі крові через 2 години після перорального прийому 75 г глюкози 8,5-11,0 ммоль/л (153–199 мг/дл).

Маніфестний цукровий діабет під час вагітності слід встановлювати при наявності одного або кількох з наступних критеріїв:

- рівень глюкози в плазмі крові натще $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл),
- рівень глюкози в плазмі крові через 2 години після перорального прийому 75 г глюкози $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл),
- рівень глюкози в плазмі крові $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл) у будь-який час за наявності симптомів цукрового діабету.

р. Запозичене з рекомендацій ВООЗ щодо запобігання та управління вживанням тютюну та пасивного куріння під час вагітності (*WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy, 2013*).

q. Запозичене з Керівництва ВООЗ Настанови щодо ідентифікації та управління вживанням речовин та розладами, пов'язаними із вживанням наркотиків під час вагітності (*Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014*).

г. Відповідно до Керівництва ВООЗ Консолідовані рекомендації ВООЗ щодо послуг з тестування на ВІЛ (*Consolidated Guidelines On HIV testing services, 2015*) поширеність ВІЛ вважається високою, якщо серед обстеженого населення вона складає понад 5%, низькою – менше 5%. В умовах поширеної або обмеженої епідемії ВІЛ-інфекції повторне тестування ВІЛ-негативних жінок слід проводити у III триместрі через високий ризик зараження ВІЛ-інфекцією під час вагітності. Див. подробиці у рекомендації В.1.7.

s. Адаптовано та запозичене з Керівництва ВООЗ Консолідовані рекомендації щодо послуг з тестування на ВІЛ (*Consolidated Guidelines On HIV testing services, 2015*).

t. Адаптовано та запозичене з публікації ВООЗ Систематичний скринінг на активний туберкульоз: принципи та рекомендації (*Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations, 2013*).

и. Кардіотокографія – це безперервний запис частоти серцевих скорочень плода та скорочень матки, отриманих за допомогою ультразвукового датчика, розміщеного на животі матері.

v. Допплерівське дослідження використовується для оцінки кровотоку в артерії пуповини (та інших артеріях плода) для оцінки стану плода в III триместрі вагітності.

С. Профілактичні заходи		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Антибактеріальна терапія при безсимптомній бактеріурії	С.1. Усім вагітним з ББ рекомендується антибактеріальна терапія протягом 7 днів для запобігання персистуючій бактеріурії, передчасним пологам та низькій масі тіла при народженні.	Рекомендовано
Антибактеріальна профілактика для попередження рецидиву інфекцій сечовивідних шляхів	С.2. Антибіотикопрофілактика для попередження рецидивуючих інфекцій сечовивідних шляхів рекомендується у вагітних лише в рамках наукових досліджень.	Рекомендовано при певних умовах (наукові дослідження)
Призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну при вагітності	С.3. Профілактичне призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну несенсибілізованим резус-негативним вагітним в терміні 28-34 тижнів гестації для запобігання аллоїмунізації рекомендується лише в контексті наукових досліджень.	Рекомендовано при певних умовах (наукові дослідження)
Профілактичне протигельмінтне лікування	С.4. В ендемічних районах ^w профілактика антигельмінтними засобами в рамках програми боротьби з гельмінтозами рекомендується вагітним після I триместру. ^x	Рекомендовано при певних умовах
Вакцинація правцевим анатоксином	С.5. Для запобігання смерті новонароджених від правця рекомендується вакцинація всіх вагітних правцевим анатоксином (з урахуванням попередньої вакцинації проти правця). ^y	Рекомендовано
Рекомендації, запозичені з інших керівництв ВООЗ, що належать до ДПД		
Профілактика малярії: періодичне профілактичне лікування під час вагітності	С.6. В районах Африки, ендемічних з малярії, усім вагітним рекомендується періодичне профілактичне лікування сульфадоксином-піриметаміном (ППВ-СП). Застосування слід починати з II триместру вагітності та проводити з інтервалом не менше 1 місяця, щоб вагітна отримала щонайменше 3 дози препарату. ^z	Рекомендовано при певних умовах
Доконтактна профілактика (ДКП) ВІЛ-інфекції	С.7. В рамках комбінованого підходу до профілактики ВІЛ-інфекції в якості додаткового засобу профілактики у вагітних зі значним ризиком зараження слід запропонувати ДКП препаратом тенофовіру дизопроксила фумаратом для перорального прийому. ^{aa}	Рекомендовано при певних умовах

Примітки:

в. Території з більш, ніж 20% - поширеністю зараження будь-якими ґрунтовими гельмінтами.

х. Відповідно до Керівництва ВООЗ: превентивна хіміотерапія для боротьби з ґрунтовими інфекціями гельмінтів у групах високого ризику (Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups, 2016).

р. Ця рекомендація узгоджується з рекомендаціями ВООЗ щодо імунізації матері проти правця (Maternal Immunization Against Tetanus, 2006). Дози і схема введення залежить від попередньої вакцинації проти правця.

з. Запозичене з Керівництва ВООЗ Настанови щодо лікування малярії (Guidelines For The Treatment Of Malaria, 2015), де також зазначено: «В районах Африки з помірною та високою інтенсивністю передачі малярії в ВООЗ рекомендує ППВ-СП призначати всім вагітним під час кожного планового візиту в рамках ДПД. Профілактику слід починати якомога раніше у II триместрі за умови, що інтервал між прийомами СП складає не менше 1 місяця. ВООЗ рекомендує пакет заходів для запобігання малярії під час вагітності, що включає використання оброблених інсектицидами протимоскітних сіток, а також ППВ-СП». Щоб забезпечити ранній початок ППВ-СП у II триместрі вагітності в ендемічних районах, особи, відповідальні за розробку політики, повинні вжити заходи для того, щоб вагітна відвідала працівника охорони здоров'я на 13-му тижні вагітності.

аа. Запозичене з Керівництва ВООЗ щодо того, коли починати антиретровірусну терапію та ДКП ВІЛ-інфекції (Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, 2015). Ризик зараження ВІЛ вважається значним, якщо поширеність ВІЛ-інфекції за відсутності ДКП є досить високою (> 3%), що робить ДКП економічно доцільною (рентабельною). Призначення ДКП людям із значним ризиком зараження ВІЛ максимально збільшує перевагу щодо ризику та вартості.

D. Заходи щодо загальних фізіологічних симптомів		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Нудота і блювання	D.1. Для зменшення нудоти на ранніх термінах вагітності рекомендуються імбир, ромашка, вітамін В ₆ (піридоксин) та/або акупунктура, виходячи із доступності вказаних засобів та уподобань жінки.	Рекомендовано
Печія	D.2. Для запобігання та полегшення печії під час вагітності рекомендується консультування з питань харчування та способу життя. Якщо, незважаючи на зміну способу життя, зберігаються виражені симптоми, можна призначити антацидні препарати.	Рекомендовано
Судоми в ногах	D.3. Для зменшення судом у ногах під час вагітності можуть бути використані препарати магнію, кальцію або немедикаментозні варіанти лікування, в залежності від наявності вказаних засобів та уподобань жінки.	Рекомендовано

D. Заходи щодо загальних фізіологічних симптомів		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Біль у попереку та тазовий біль	D.4. Для запобігання болю у попереку та тазового болю рекомендуються регулярні фізичні вправи протягом усієї вагітності. В залежності від доступності та уподобань жінки можуть застосовуватись різні методи лікування, такі як фізіотерапія, носіння бандажу та акупунктура.	Рекомендовано
Закрепи	D.5. Якщо закрепипід час вагітності зберігаються, незважаючи на зміни харчування, для їх усунення можуть призначатися пшеничні висівки або інші джерела харчових волокон, в залежності від доступності вказаних засобів та уподобань жінки.	Рекомендовано
Варикозне розширення вен та набряки	D.6. При варикозному розширенні вен та набряках під час вагітності можуть використовуватися немедикаментозні засоби, а саме: компресійні панчохи, підняте положення ніг та ножні ванни, в залежності від доступності вказаних засобів та уподобань жінки.	Рекомендовано

E. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання та якості допологової допомоги		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Зберігання жінками особистої медичної документації	E.1. Кожній вагітній рекомендується зберігати особисту медичну документацію вдома. Це сприяє забезпеченню безперервності і підвищенню якості ДПД, а також формуванню позитивного досвіду вагітності.	Рекомендовано
Безперервна допомога, яка надається акушерками	E.2. В умовах, де добре розвинута акушерська справа, рекомендується модель, в рамках якої безперервну допомогу жінці під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді надає одна або кілька відомих їй акушерок.	Рекомендовано при певних умовах
Групова антенатальна допомога	E.3. В рамках наукових досліджень, враховуючи уподобання жінки та за умови наявності необхідних інфраструктури та ресурсів, в якості альтернативи індивідуальній ДПД може бути запропонована групова антенатальна допомога, яка надається кваліфікованими медичними працівниками.	Рекомендовано при певних умовах (наукові дослідження)

Е. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання та якості допологової допомоги		
	Рекомендація	Тип рекомендації
Заходи на рівні громадськості, спрямовані на покращення комунікації та підтримки	Е.4.1. Для поліпшення здоров'я матерів та новонароджених, особливо, в сільських районах з обмеженим доступом до медичної допомоги рекомендується залучення громадськості за допомогою проведення спільних циклів навчання та дії для жіночих груп за участю координаторів. ^{ab} Створення таких груп для вагітних дозволяє їм обговорювати проблеми, пов'язані з вагітністю, включаючи перешкоди в отриманні доступу до медичної допомоги, та збільшити рівень підтримки вагітних.	Рекомендовано при певних умовах
	Е.4.2. Для підвищення використання ДПД та покращення перинатальних наслідків, особливо, в сільських районах з обмеженим доступом до медичної допомоги, рекомендуються комплексні заходи, які включають залучення сім'ї та громади, а також відвідування вагітних вдома.	Рекомендовано при певних умовах
Перерозподіл обов'язків в рамках допологової допомоги ^{ac}	Е.5.1. Рекомендується перерозподілити обов'язки з пропаганди моделей поведінки, які пов'язані зі здоров'ям матері та дитини, ^{ad} на широке коло медичних працівників, включаючи непрофесійних працівників охорони здоров'я, молодший медичний персонал, медичних сестер, акушерок та лікарів.	Рекомендовано
	Е.5.2. Рекомендується делегувати обов'язки з розподілу рекомендованих харчових добавок та препаратів для періодичної профілактики малярії при вагітності на широке коло медичних працівників, включаючи молодший медичний персонал, медичних сестер, акушерок та лікарів.	Рекомендовано
Набір та збереження кадрів у сільських та віддалених районах ^{ae}	Е.6. Політичним діячам слід розробити освітні, нормативні, фінансові, особисті та професійні заходи підтримки медичних працівників, щоб забезпечити набір та збереження кваліфікованого медперсоналу у сільських та віддалених районах.	Рекомендовано при певних умовах
Графіки контактів в рамках допологової допомоги	Е.7. Для зменшення перинатальної смертності та формування у жінок позитивного досвіду отримання медичної допомоги рекомендується застосовувати моделі ДПД, які передбачають не менше 8 візитів вагітної до медичних працівників.	Рекомендовано

Примітки:

ab. Запозичене з рекомендацій ВООЗ щодо мобілізації громади шляхом сприяння циклам навчання та участі у заходах із жіночими групами щодо охорони здоров'я матерів та новонароджених (WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health, 2014).

ac. Рекомендації, адаптовані та запозичені з Керівництва ВООЗ Оптимізація ролей медичних працівників для покращення доступу до ключових заходів з охорони здоров'я матері та новонародженого шляхом перерозподілу завдань (Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting (Optimize MNH), 2012).

ad. Включаючи пропаганду наступного: моделі поведінки, які пов'язані зі зверненням за медичною допомогою і використанням ДПД; готовності до пологів та їх ускладнень; сну з протимоскітними сітками, обробленими інсектицидами; кваліфікованої допомоги в пологах; партнерського супроводу під час пологів та при догляді за новонародженим; консультування з питань харчування; додаткового прийому вітамінів та мікронутрієнтів; використання інших засобів чи заходів, які застосовуються при певних умовах; обмеження для виключення ВІЛ-інфекції під час вагітності; виключно грудного вигодовування; післяпологового догляду та планування сім'ї; імунізації відповідно до національних рекомендацій.

ae. Рекомендація адаптована та запозичена з публікації ВООЗ Збільшення доступу до медичних працівників у віддалених та сільських районах шляхом збереження кадрів: рекомендації з глобальної політики (Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations, 2010).

1. Вступ

1.1 Передумови

Міжнародне право в галузі прав людини включає фундаментальні зобов'язання держав гарантувати жінкам і підліткам право на вагітність і пологи в рамках реалізації їх сексуального та репродуктивного здоров'я, здійснення сексуальних і репродуктивних прав і права на гідне життя¹. ВООЗ уявляє собі світ, в якому «кожна вагітна і кожен новонароджений отримують якісну допомогу під час вагітності, пологів та післяпологового періоду»². Однак в 2015 р. близько 303 000 жінок і дівчат-підлітків померли внаслідок ускладнень вагітності та пологів³. Приблизно 99% випадків материнської смертності має місце в умовах обмежених ресурсів, і більшості з них можна запобігти⁴. Подібним чином в 2015 р. спостерігалось приблизно 2,6 мільйони мертвонародження, також переважно в умовах обмежених ресурсів⁵. Незважаючи на це, є докази існування ефективних заходів з профілактики та лікування практично всіх загрозливих для життя ускладнень вагітності і пологів у матері, які мають прийнятну вартість⁶, а оптимальна адаптація і використання результатів наукових досліджень могли б знизити материнську та неонатальну захворюваність в світі майже на дві третини⁷. Однак підхід, заснований на дотриманні прав людини, означає не тільки попередження захворювань і смерті, а й надання права на здоров'я і благополуччя, повагу до гідності і прав.

Допологова допомога – це медична допомога, яка надається кваліфікованими працівниками охорони здоров'я вагітним жінкам і підліткам і гарантує найкращий стан здоров'я матері і дитини під час вагітності. Компонентами ДПД є виявлення ризиків, профілактика і лікування патології вагітності та супутніх захворювань; санітарна освіта та пропаганда здорового способу життя.

ДПД знижує материнську і перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо шляхом виявлення та лікування ускладнень вагітності, так і опосередковано шляхом виявлення вагітних жінок і підлітків з високим ризиком ускладнень пологів та їх

направлення на консультацію на відповідний рівень надання медичної допомоги⁸. Крім того, оскільки непрямі причини материнської захворюваності та смертності, такі, як ВІЛ-інфекція та малярія, є причиною приблизно 25% випадків смерті і вкрай тяжких ускладнень у вагітних⁹, ДПД надає важливу можливість для профілактики і лікування супутніх захворювань за допомогою надання комплексної медичної допомоги¹⁰.

У країнах з низьким і середнім доходом (КНСД) застосування ДПД зросло після запровадження в 2002 р. моделі ДПД ВООЗ, відомої як сфокусована або базова ДПД. Це цілеспрямований підхід до проведення доказово обґрунтованих заходів в чотири критичні періоди вагітності^{11, 12}. Однак в 2007-2014 рр. в світі тільки 64% вагітних чотири рази відвідали працівника охорони здоров'я в рамках ДПД відповідно до мінімальних рекомендацій ВООЗ. Це наводить на думку, що слід направити більше зусиль на застосування ДПД і забезпечення її якості.

В даний час рекомендації ВООЗ з ДПД носять фрагментарний характер, вони опубліковані в декількох різних рекомендаціях та практичних Керівництвах. Так, Керівництво з впровадження сфокусованої ДПД 2002 р.¹², наприклад, не містить рекомендації, які належать до певних умов, що необхідно шукати в інших публікаціях. Крім того, нещодавно з'явилися докази, які стосуються можливих несприятливих наслідків застосування моделі сфокусованої ДПД, що вимагає перегляду зазначеного Керівництва.

Дане оновлене консолідоване Керівництво з планової ДПД розроблено Департаментом ВООЗ з питань репродуктивного здоров'я і наукових досліджень (RHR) у співробітництві з Департаментом ВООЗ з питань харчування для здоров'я і розвитку (NHD) і Департаментом ВООЗ з питань здоров'я матерів, новонароджених, дітей і підлітків (МСА) в рамках нормативної роботи ВООЗ з підтримки доказово обґрунтованих стратегій і практики. Аналіз, оновлення та консолідація в рамках даного Керівництва рекомендацій ВООЗ, що стосуються ДПД, щодо того, «яку» допомогу слід пропонувати і «як» її потрібно надавати, дозволяє сподіватися, що особам, відповідальним за розробку політики, буде легше адаптувати, приймати і впроваджувати нові рекомендації з ДПД (див. розділ 3) і сформовану на їх основі нову модель ДПД ВООЗ 2016 року.

Щоб отримати дані для цих рекомендацій був проведений огляд, який виявив, що жінки очікують від ДПД «формування позитивного досвіду вагітності».

Позитивний досвід вагітності визначається як:

- збереження нормального фізичного і соціокультурного стану;
- підтримка нормального перебігу вагітності для матері і дитини (включаючи попередження і усунення ризиків, профілактику і лікування хвороб, зниження ризику смерті);
- забезпечення ефективного переходу до пологів;
- забезпечення позитивного настрою на материнство (включаючи формування високої самооцінки матері, материнських навичок і незалежності)¹³.

Емоційні, психологічні і соціальні потреби дівчат-підлітків і незахищених груп населення (в тому числі жінок з обмеженими можливостями або психічними розладами, ВІЛ-інфікованих, працівників секс-індустрії, мігрантів, і жінок, які проживають в зонах збройних конфліктів, представників етнічних і расових меншин та ін.) можуть бути більшими порівняно з іншими жінками. Тому мета цих рекомендацій – дати чітку, доказово обґрунтовану схему заходів в рамках ДПД, яка дає можливість всім вагітним жінкам і підліткам отримати доступ до того варіанту орієнтованої на них допомоги, яку вони хочуть і потребують, відповідно до підходу, заснованому на дотриманні прав людини. Ці рекомендації з ДПД є частиною роботи ВООЗ, яка триває, з розробки доказово обґрунтованих рекомендацій для поліпшення якості медичної допомоги матері і дитині протягом всього періоду вагітності, пологів та післяпологового періоду.

1.2 Цільова аудиторія

Передбачається, що представлені в цьому документі рекомендації допоможуть у розробці відповідних стратегій в області охорони здоров'я і клінічних протоколів на національному та місцевому рівнях. Отже, цільова аудиторія цих рекомендацій включає осіб, відповідальних за розробку політики в сфері охорони здоров'я на національному та місцевому рівнях, розробників і керівників національних і місцевих програм в області охорони здоров'я матері і дитини, зацікавлені неурядові та інші організації, професійні спільноти, залучені до планування служби охорони здоров'я матері і дитини та її управління, працівників охорони здоров'я (в тому числі лікарів акушерів-гінекологів, акушерок, медичних сестер і лікарів загальної практики) та інших освітян закладів, що займаються навчанням працівників охорони здоров'я.

1.3 Сфера застосування рекомендацій

Об'єкт

Ці рекомендації стосуються всіх вагітних жінок і підлітків, які отримують ДПД в будь-якому медичному закладі або на базі спільноти, ще не народженим дітям і новонародженим. Незважаючи, що рекомендації включають питання виявлення ускладнень вагітності та профілактику супутніх захворювань під час відвідувань в рамках стандартної ДПД, вони не включають питання подальшого лікування ускладнень і захворювань, якщо після їх виявлення жінок необхідно перенаправити для лікування або спеціалізованої допомоги. Таким чином, ведення вагітності високого ризику знаходиться за рамками цього Керівництва з ДПД, метою якого є надання рекомендацій зі стандартної ДПД. Таким чином, цей документ доповнює наявні Керівництва ВООЗ щодо окремих ускладнень вагітності.

Пріоритетні питання

Пріоритетні питання та наслідки, що визначали вивчення і синтез доказів для цих рекомендацій з ДПД, перераховані в web-додатку¹ і згруповані за наступними п'ятьма розділами, які відображають п'ять груп заходів, включених в рекомендації і представлених у Розділі 3.

- A. Заходи, пов'язані з харчуванням.
- B. Обстеження вагітної і плода.
- C. Профілактичні заходи.
- D. Допомога при поширених фізіологічних симптомах.
- E. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості ДПД.

Додаткова інформація представлена у розділі 2.6 «Визначення пріоритетних питань і результатів». Відхилення від затверджених пріоритетних питань описані в web-додатку².

Досліджені наслідки

До досліджених наслідків відносилися результати для матері, плода та новонародженого, а також діагностична точність та наслідки для системи охорони здоров'я (див. Вставку 1).

Вставка 1. Досліджені наслідки

Материнські наслідки	Наслідки для плода та новонародженого
Інфекції	Інфекції новонароджених
Анемія	Малий (плід / новонароджений) для гестаційного віку
Прееклампсія / еклампсія	Народження дітей з малою масою тіла
Гестаційний цукровий діабет	Передчасні пологи
Метод розродження	Вади розвитку
Надлишкова прибавка ваги	Макросомія / великий (плід /
Жорстоке поведження з боку статевого	

партнера Побічні ефекти Усунення симптомів Материнська смертність Задоволеність жінок і / або оцінка жінками користі лікування	новонароджений) для гестаційного віку Внутрішньоутробна / неонатальна смертність
Діагностична точність Чутливість і специфічність	Результати для системи охорони здоров'я Охоплення ДПД Показники розродження в медичних закладах

2. Методи

Рекомендації розроблені із застосуванням методів, описаних в «Керівництві ВООЗ з розробки рекомендацій»¹⁴. Коротко процес розробки включав: визначення пріоритетних питань і результатів, пошук, оцінку і синтез доказів, формулювання рекомендацій, планування впровадження, поширення, оцінки впливу і поновлення рекомендацій.

2.1 Координаційна група ВООЗ

Координаційна група ВООЗ, яка керувала всім процесом розробки рекомендацій, включала співробітників ВООЗ з Департаменту репродуктивного здоров'я та наукових досліджень (RHR), Департаменту здоров'я матерів, новонароджених, дітей і підлітків (МСА) і Департаменту з питань здорового харчування і розвитку (NHD). У процесі розробки рекомендацій брали участь також консультанти з регіонів ВООЗ. Координаційна група визначила первинну сферу застосування рекомендацій, ключові питання в форматі РІСО (популяція, втручання, порівняння, результати), коло осіб, яких необхідно запросити для методологічної роботи та участі в групах, які виконують систематичні огляди, Групі з розробки рекомендацій (ГРР) і Групі зовнішніх рецензентів (ГЗР); спостерігала за процесом пошуку і синтезу доказів; організувала технічні консультації (або зустрічі ГРР); складала проекти рекомендацій; проводила остаточну роботу і здійснювала публікацію документа. Крім того, Координаційна група буде спостерігати за поширенням рекомендацій.

2.2 Група з розробки рекомендацій (ГРР)

Координаційна група визначила і запросила 20 зовнішніх експертів і представників зацікавлених сторін з шести регіонів ВООЗ для участі в ГРР, забезпечуючи збалансоване представництво відповідно до географічної і гендерної ознак і відсутність істотних конфліктів інтересів. ГРР є різнобічною групою осіб, сферою діяльності яких є наукові дослідження, методи розробки рекомендацій, клінічна стратегія і програми, пов'язані з заходами в рамках ДПД і наданням допомоги, а також представників пацієнтів / споживачів. Резюме членів групи опубліковані на web-сайті RHR до зустрічей ГРР (які відбувалися з жовтня 2015 р. по березень 2016 р.). На кожен із зустрічей запрошувалися окремі підгрупи в залежності від їх сфери діяльності.

Відібрані члени ГРР брали участь у визначенні сфери застосування рекомендацій, питань РІСО і пріоритетних результатів, що визначають пошук доказів. ГРР в цілому оцінювала докази для рекомендацій, консультувала з питань їх інтерпретації, формулювала остаточні рекомендації під час особистих зустрічей, вивчала і схвалювала остаточний варіант документа перед його відправкою до Експертного комітету з рекомендацій ВООЗ (ЕКР) для схвалення.

2.3 Група зовнішніх рецензентів (ГЗР)

Членство в ГЗР збалансовано за географічною та гендерною ознаками. Істотні конфлікти інтересів, які перешкоджали роботі будь-якого з членів групи, відсутні. До ГЗР входили шість членів, в тому числі технічні експерти і представники сторін, глибоко зацікавлених у наданні доказово обґрунтованої ДПД. Ця група вивчала остаточний варіант

документа для виключення будь-яких фактичних помилок, оцінювала ясність мови, питання контексту і умови впровадження. Група забезпечувала, щоб при розробці рекомендацій були розглянуті і включені питання контексту і переваги осіб, яких зачіпають дані рекомендації, в тому числі вагітних, працівників охорони здоров'я та осіб, відповідальних за розробку політики. У коло обов'язків ГЗР не входила зміна рекомендацій, сформульованих раніше ГРР.

2.4 Технічна робоча група (ТРГ)

ТРГ включала групи з підготовки систематичних оглядів і методологів. У визначення сфери застосування рекомендацій з позицій кількісних доказів ефективності різних заходів внесла внесок Кокранівська група з вагітності та пологів. Вона ж контролювала оновлення всіх систематичних оглядів з даної теми відповідно до стандартного процесу, прийнятого Кокранівським співробітництвом. Координаційна група ВООЗ тісно працювала з методологами з Центру перинатальних досліджень Росаріо (CREP) в Аргентині, щоб оцінити докази, отримані з систематичних оглядів за системою GRADE (система оцінки, розробки і визначення ефективності рекомендацій)¹⁵.

Для аналізу якісних доказів, які стосуються думки жінок і працівників охорони здоров'я з ДПД, два експерти з мета-синтезу якісних доказів з Університету Центрального Ланкаширу в Сполученому Королівстві Великобританії та Північної Ірландії (Сполучене Королівство) у співпраці з Координаційною групою та методологами з Норвезького інституту охорони громадського здоров'я провели систематичне вивчення досліджень якісних доказів і синтез доказів для прийняття рішення ГРР.

Крім того, спеціально для даних рекомендацій методологи з Лондонського університету Королеви Марії (Сполучене Королівство) вивчили діагностичну точність методів, які застосовуються при ДПД. Координаційна група також тісно працювала з експертами з Норвезького інституту охорони громадського здоров'я, які надали допомогу з питань методології застосування систем GRADE, GRADE-CERQual (метод оцінки достовірності даних з оглядів досліджень якісних показників)¹⁶ і DECIDE (механізм розробки та оцінки комунікаційних стратегій на підтримку обґрунтованих рішень і практики з урахуванням фактичних даних)¹⁷ (див. розділи 2.8, 2.10 і 2.11). Крім того, Координаційна група зверталася за консультаціями до двох дослідників з Лондонської школи гігієни і тропічної медицини та Норвезького інституту охорони громадського здоров'я, які проаналізували спостережні дослідження, проведені в різних країнах, для вивчення питань впровадження моделі сфокусованої ДПД ВООЗ.

2.5 Зовнішні партнери та спостерігачі

На заключну зустріч ГРР у якості спостерігачів були запрошені представники Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO), Міжнародної конфедерації акушерок (ICM), Фонду Організації Об'єднаних Націй з народонаселення (UNFPA), Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (UNICEF). Всі ці організації мають досвід співпраці з Департаментами ВООЗ RHR і MCA по поширенню і впровадженню рекомендацій, і є потенційними виконавцями даних рекомендацій.

2.6 Визначення пріоритетних питань і результатів

Щоб визначити і класифікувати клінічні рекомендації, які стосуються ДПД, Департамент ВООЗ RHR у співпраці з методологами з CREP в 2014 р. провів попередню оцінку сфери застосування. Виявлені 85 документів з рекомендаціями щодо ДПД: 15 належать до стандартної ДПД і 70 – до певних ситуацій в рамках ДПД¹⁸. З 15 документів, що належать до стандартної ДПД, три – видані ВООЗ¹⁹⁻²¹, в той час як інші – видані урядовими та неурядовими організаціями (НУО) Австралії, Гонконгу, Індії, Канади, Польщі, Сполученого Королівства, Сполучених Штатів Америки (США) і Японії. Подібним чином з

70 документів, що належать до певних ситуацій в рамках ДПД, 91% документів був з Канади, Сполученого Королівства та США, тобто країн з високим доходом (КВД), тоді як країни з низьким і середнім доходом (КНСД) були представлені недостатньо. Не знайдено жодних дійсних, недавніх або оновлених рекомендацій зі стандартної ДПД, які могли бути адаптовані до умов різної забезпеченості ресурсами. Попередній огляд надав також інформацію для вибору результатів при підготовці рекомендацій з ДПД, які доповнені результатами, визначеними за результатами попереднього пошуку в Кокранівській базі даних, наявних ключових систематичних оглядів, що мають відношення до вагітності.

На підставі цих первинних кроків Координаційна група ВООЗ розробила схему обговорення під час оглядової наради, проведеної в Женеві в квітні 2014 р., щоб визначити пріоритетні питання, які стосуються надання ДПД, а також надати інформацію для визначення сфери застосування рекомендацій з позицій підходу, фокусу, питань і результатів. На цій нараді вирішено, що пріоритетом рекомендацій повинна стати прийнятність заходів в умовах КНСД. Вирішено, що спеціальні генетичні дослідження для виявлення спадкової патології знаходяться поза рамками даних рекомендацій. Крім того, попередній огляд висвітлює необхідність визначення заходів і результатів ДПД, орієнтованих на жінок. Щоб зрозуміти, чого можна чекати, потреби і цінності жінки у вагітності і ДПД, був проведений систематичний огляд якісних даних²². Результати цього систематичного огляду вказують, що первинним результатом для вагітних є «позитивний досвід вагітності» (як він визначений у розділі 1.1), що вимагає проведення ефективних клінічних заходів (втручань і досліджень), надання доречної і своєчасної інформації, а також психосоціальної і емоційної підтримки працівниками охорони здоров'я з хорошими клінічними навичками та навичками міжособистісної взаємодії в рамках системи охорони здоров'я, яка добре функціонує. Спочатку список пріоритетних результатів був створений для всього періоду ДПД, проте в силу істотних відмінностей в типах заходів і спектрі потенційних наслідків пізніше виділені пріоритетні результати з окремих питань. На підставі результатів якісного вивчення думки жінок, в тому числі їх цінностей і переваг щодо ДПД, також включили такі параметри як рівень задоволеності жінок певними типами втручань і їх доцільність з точки зору жінок.

На етапі попереднього огляду Координаційна група консультувалася з іншими департаментами ВООЗ, які видавали рекомендації, що стосуються вагітності, і долучила їх до роботи, використовуючи отриманий від них зворотний зв'язок і їх технічний досвід в процесі попереднього огляду. Щоб отримати додатковий зворотний зв'язок від зацікавлених сторін, процес роботи і використаний підхід представлені на ряді нарад і міжнародних конференцій з квітня 2014 р. по березень 2015 р.

В результаті попереднього огляду і консультацій виявлені пріоритетні питання та наслідки, пов'язані з діагностичною точністю методів, ефективністю клінічних заходів і втручань в системи охорони здоров'я, націлені на отримання позитивного досвіду вагітності, який включає здоров'я матері і дитини. Ці питання і результати перераховані в web-додатку¹.

2.7 Рекомендації, які належать до ДПД, в інших керівництвах ВООЗ

Щоб уникнути дублювання і досягти узгодженості рекомендацій різних департаментів і публікацій ВООЗ, провели пошук всіх рекомендацій з даного питання, схвалених ЕКР ВООЗ, і виявили 21 документ, що містить рекомендації, які стосуються ДПД. Вони зіставлені з пріоритетними питаннями для цього Керівництва, і Координаційна група звернулася до департаментів та технічних підрозділів ВООЗ, які видали відповідні документи, щоб залучити їх до роботи і співпрацювати з ними протягом усього процесу розробки нових рекомендацій з ДПД. Вирішено, що рекомендації, знайдені в інших документах ВООЗ, які стосуються зміцнення здоров'я і виявлення факторів ризику (наприклад, куріння, ВІЛ-інфекції) в процесі надання ДПД, знаходяться в рамках даного документа, в той час як рекомендації щодо усунення факторів ризику, лікування ускладнень і супутніх захворювань

знаходяться поза його рамками. Для вивчення останніх слід звернутися до відповідних Керівництв ВООЗ, посилання на які представлені в коментарях після кожної рекомендації.

2.8 Об'єкт розгляду і підхід

Щоб охопити і розглянути складний характер питань, що мають велике значення при наданні ДПД, в контексті систем охорони здоров'я та безперервності надання допомоги об'єктом розгляду даних рекомендацій є комплекс ключових обов'язкових заходів, які повинні бути проведені всім вагітним жінкам і підліткам, що має певну гнучкість і можливість використання з урахуванням умов різних країн (тобто задоволення потреб жінок з урахуванням дійсної моделі надання допомоги, характеристик осіб, які надають допомогу, місця надання допомоги і організації надання допомоги). Отже, головними питаннями, на які відповідають ці рекомендації, є наступні:

Які доказово обґрунтовані заходи в рамках ДПД поліпшать результати, пов'язані з наступним:

- заходи, пов'язані з харчуванням (див. розділ 3.A);
- обстеження вагітної і плода (див. розділ 3.B);
- профілактичні заходи (див. розділ 3.C);
- допомога при поширених фізіологічних симптомах (див. розділ 3.D).

Як слід проводити ці доказово обґрунтовані заходи, щоб поліпшити результати?

- втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості ДПД (див. розділ 3.E).

Дане Керівництво сфокусовано на комплексі ключових клінічних заходів, які повинні бути проведені всім вагітним під час стандартної ДПД. Лікування виявлених ускладнень або супутніх захворювань і усунення факторів ризику, які вимагають додаткових заходів або спеціалізованого спостереження або допомоги, знаходяться поза рамками розгляду.

Система DECIDE розроблена, щоб допомогти особам, які приймають рішення, врахувати спектр релевантних критеріїв, в тому числі сприятливі і несприятливі наслідки, цінність, ресурси, справедливість, прийнятність і здійсненність¹⁷. Щоб синтезувати і вивчити докази в різних категоріях системи DECIDE (див. розділ 2.11), організували підготовчу роботу по п'яти напрямкам з використанням джерел як кількісних, так і якісних даних (див. Вставку 2).

Вставка 2. П'ять напрямків роботи з підготовки рекомендацій з ДПД

Напрямки підготовчої роботи над рекомендаціями з ДПД	Методологія	Оцінка доказів
Окремі заходи в рамках ДПД	Огляди ефективності, систематичні огляди	GRADE
Обстеження під час вагітності	Огляди діагностичної точності	GRADE
Фактори, які ускладнюють і полегшують доступ до ДПД	Синтез якісних даних	GRADE-CERQual
Вивчення широкомасштабних програм / спостережні дослідження з ДПД, які проводяться в окремих країнах	Огляди зі змішаною методикою підготовки, які фокусуються на питаннях контексту і систем охорони здоров'я, що впливають на впровадження	Не застосовується
Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення доступності та поліпшення надання ДПД	Огляди ефективності	GRADE

2.9 Пошук і виявлення доказів

Докази на підтримку цих рекомендацій отримані з різних джерел Технічною робочою групою (ТРГ), до складу якої входили методологи та групи з підготовки систематичних оглядів, які працювали в тісній співпраці з Координаційною групою. Докази ефективності отримували головним чином з Кокранівських оглядів рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). Координаційна група у співпраці з Кокранівською Групою з вагітності та пологів (ГВП) і методологами з CREP спочатку виявили всі Кокранівські систематичні огляди і протоколи, що мають відношення до ДПД. Проведено пошук нових досліджень в реєстрі досліджень Кокранівської ГВП,¹ визначені систематичні огляди відповідним чином оновлені. Оновлення або завершення Кокранівських оглядів стало результатом співпраці авторів окремих оглядів, персоналу ГВП і методологів з CREP.

*Примітка:*¹ *Реєстр досліджень Кокранівської ГВП веде координатор з пошуку досліджень ГВП. Він містить дослідження, які виявляються в результаті проведення щомісячного пошуку в Кокранівському центральному реєстрі контрольованих досліджень (CENTRAL), щотижневого пошуку в базах MEDLINE і Embase, ручного пошуку в 30 журналах і матеріалах провідних конференцій, щотижневого вивчення повідомлень поточного інформування від ще 44 журналів, щомісячного повідомлення електронною поштою від BioMed Central²⁴. Більш детальна інформація доступна на сайті: <http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groupstriaals-register>*

Оцінку якості окремих досліджень, включених у Кокранівські огляди, проводили із застосуванням певних точних методів вивчення ймовірності помилки за 6 стандартними критеріями, описаними у «Кокранівському керівництві з систематичних оглядів втручань»²³. Рецензенти оцінювали кожне включене дослідження і визначали, яка (низька, висока або невизначена) ймовірність похибок при побудові послідовностей, приховуванні розподілу, маскуванні персоналу та учасників, вибутті учасників в процесі дослідження, вибіркового відповідей на питання, а також ймовірність інших помилок, наприклад пов'язаних з публікаціями. При оцінці цих шести критеріїв отримували загальну ймовірність помилки, яка вказувала на ймовірну величину і напрямок помилки і як вона, можливо, вплине на результати огляду.

Координаційна група ВООЗ та методологи ТРГ визначили придатність кожного Кокранівського систематичного огляду в якості джерела доказів для ключових питань РІСО. Методологи CREP вилучили з придатних оглядів докази щодо наслідків, які належать до рекомендацій з ДПД, які вивчені відповідно до стандартного порядку дій, затвердженого Координаційною групою.

Якщо з пріоритетного питання виявлено огляд низької якості або не знайдено систематичних оглядів, зовнішнім експертам замовляли новий систематичний огляд. Це стосувалося всіх оглядів діагностичної точності методів (ДТ), оглядів якісних доказів, які враховували думки жінок і працівників охорони здоров'я про ДПД, і огляду «чинників, які впливають на впровадження заходів з ДПД на рівні країн». У цих випадках зовнішніх дослідників просили перш, ніж приступати до систематичних оглядів, підготувати стандартні протоколи, що включають чіткі питання РІСО, критерії ідентифікації досліджень (в тому числі стратегії пошуку для різних бібліографічних баз даних), методи оцінки ймовірності помилок і план аналізу даних. Протоколи розглянуті і схвалені Координаційною групою і відібраними з членів ГРР експертами з даних питань. Стратегії пошуку вивчені фахівцями з пошуку інформації ВООЗ.

На додаток до доказів з Кокранівських оглядів з трьох питань, які стосувалися систем охорони здоров'я (зокрема зберігання жінками своєї медичної документації, групова ДПД і заходи, спрямовані на поліпшення комунікації та підтримки вагітних), через нечисленність прямих доказів проведено пошук непрямих доказів. Ця робота замовлена експертам з

Норвезького інституту охорони громадського здоров'я, які провели систематичний пошук непрямих доказів ефективності цих заходів за попередні п'ять років (з січня 2011 р. по січень 2016 р.), проте не знайшли додаткових доказів.

Огляди ДТ визначення рівня гемоглобіну і дослідження сечі замовлені методологам з Лондонського університету Королеви Марії (Сполучене Королівство). Для цих оглядів був проведений пошук по базах Embase, LILACS, MEDLINE (OVID), SCOPUS і Web of Science з моменту створення до січня 2015 року, а також маловідомої літератури по базі GreyOpen.

Два огляди якісних доказів замовлені експертам з Університету Центрального Ланкашира (Сполучене Королівство):

1. щоб вивчити думки, ставлення і досвід вагітних і породілей щодо факторів, які можуть перешкоджати або сприяти зверненню за стандартною ДПД, в країнах з високим, середнім і низьким доходом;

2. щоб вивчити думки, ставлення і досвід працівників охорони здоров'я щодо факторів, які можуть перешкоджати або сприяти наданню якісної стандартної ДПД, в країнах з високим, середнім і низьким доходом.

Щоб гарантувати, що дані стосуються нинішнього покоління жінок, які можуть отримувати ДПД, і нинішнього покоління працівників охорони здоров'я, які її надають, виключені дослідження, опубліковані до 2000 р. Цей період часу також включено, щоб захопити впровадження у 2002 р. моделі сфокусованої ДПД ВООЗ, або моделі базової ДПД, що включає чотири цілеспрямовані відвідування в рамках ДПД¹².

Нарешті, два дослідники з Лондонської школи гігієни і тропічної медицини та Норвезького інституту охорони громадського здоров'я зробили огляд спостережних досліджень, проведених в різних країнах. Огляд спрямовано на методи використання і впровадження моделі сфокусованої ДПД ВООЗ, проблем, з якими стикаються жінки, які звертаються за допомогою, і представники інших зацікавлених сторін, а також на більш широкий контекст. Дані зібрані з опублікованих досліджень, звітів та інших програмних документів (стратегія пошуку представлена у web-додатку²) і напівструктурованих інтерв'ю з ключовими зацікавленими сторонами для дослідження в кожній з країн, а саме: Аргентині, Кенії, Таїланді та Об'єднаній Республіці Танзанії.

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

Весь процес підготовки систематичних оглядів був ітеративним. Методологи знаходилися на постійному зв'язку з Координаційною групою для обговорення труднощів і узгодження рішень. Стратегії пошуку і виявлення доказів можна знайти в web-додатку.

2.10 Оцінка якості та класифікація доказів

Для оцінки якості кількісних доказів для всіх критичних випадків, визначених в PICO, використовувалася методика GRADE¹⁵. Профіль GRADE був підготовлений для кожного кількісного результату в рамках кожного PICO. На підставі набору критеріїв якості доказів для кожного результату оцінено як «високу», «середню», «низьку» або «дуже низьку». Передбачалося, що РКД надають докази високої якості, а нерандомізовані і наглядові дослідження – докази низької якості. Цей відправний рейтинг якості потім знижувався з урахуванням ймовірності помилки, неузгодженості, неточностей, непрямих і систематичних помилок, пов'язаних з публікацією результатів. Для наглядових досліджень такі фактори, як ефективність, могли привести до підвищення рейтингу, за відсутності факторів, що визначають необхідність зниження рейтингу. Класифікацію доказів, отриманих в Кокранівських оглядах і оглядах ДТ, проводили CREP та методологи з Лондонського університету Королеви Марії, відповідно, згідно стандартному порядку дій, затвердженому Координаційною групою.

Дослідження, визначені для оглядів якісних даних, піддавали простій оцінці якості з використанням валідованого методу, що оцінює дослідження за 11 критеріями і надає їм оцінку від A до D, де D вказує на наявність істотних недоліків, які з великою ймовірністю вплинуть на достовірність, переносимість, надійність і / або підтвердження результатів дослідження²⁵. Дослідження з оцінкою D виключені через низьку якість.

Для оцінки якості доказів з оглядів якісних даних використовувалася методика GRADE-CERQual^{16, 26}. Ця методика застосовує підхід, концептуально подібний до інших методик GRADE, і забезпечує прозору оцінку і визначення рівня достовірності доказів з оглядів якісних даних. Група з вивчення якісних доказів застосовувала методику GRADE-CERQual для оцінки достовірності результатів оглядів якісних даних, згрупованих в категорії цінності, прийнятності та здійсненності, за 4 критеріями: методологічні обмеження окремих досліджень, адекватність даних, узгодженість і відповідність окремих досліджень, включених до огляду, темі визначеної проблеми.

2.11 Формулювання рекомендацій

Координаційна група контролювала і здійснювала остаточну роботу з підготовки резюме і профілів доказів у співробітництві з методологами із застосуванням системи DECIDE¹⁷. DECIDE – це інструмент створення схем «доказ-рішення» (ДР), чітке систематичне вивчення даних про втручання за 6 категоріями: ефекти, цінність, ресурси, справедливість, прийнятність і здійсненність. Щоб інформувати і направляти процес прийняття рішень, судження про вплив втручання сформульовано за кожною категорією для кожного пріоритетного питання. За допомогою системи DECIDE Координаційна група створила резюме з кожного пріоритетного питання, що включає докази за кожною з шести категорій.

- **Ефекти.** Описано докази щодо материнських і перинатальних наслідків. Якщо сприятливі наслідки переважували несприятливі або навпаки, ймовірність чіткого судження на користь або проти заходу, відповідно, була вищою. Якщо підсумкові наслідки невизначені або сприятливі, але незначні, судження на користь досліджуваного заходу або заходу порівняння часто не висловлювалося. Чим вище достовірність доказів сприятливих результатів по окремим наслідкам, тим вище ймовірність судження на користь заходу.
- **Цінність.** Це відноситься до значущості результатів заходу, що визначена особами, на яких він спрямований, до того, як ця значимість змінюється в межах однакових і різних умов, а також до того, чи пов'язана вона з будь-якою невизначеністю. Інформація для рекомендацій з ДПД отримана з огляду про очікування жінок від ДПД¹³. Показано, що жінки, які проживають в умовах високої, середньої і низької забезпеченості ресурсами в більшості випадків цінують отримання «позитивного досвіду вагітності», що досягається за рахунок трьох компонентів ДПД однакової значимості: ефективних клінічних заходів (втручань і обстежень), надання доречної і своєчасної інформації, а також психосоціальної і емоційної підтримки, що проводяться і надаються працівниками охорони здоров'я з хорошими клінічними навичками та навичками міжособистісної взаємодії в рамках системи охорони здоров'я, яка добре функціонує. Рецензенти були твердо впевнені в доказах. Отже, з великою часткою ймовірності висловлювалися судження на користь заходів, що сприяють цьому комплексному результату.
- **Ресурси.** Найбільш доречними ресурсами в контексті впровадження заходів в рамках ДПД, представлених в цьому Керівництві, є витрати на лікарські засоби, витратні матеріали, обладнання та кваліфіковані кадри. Судження на користь або проти заходу більш ймовірне, якщо наслідки з точки зору ресурсів вочевидь сприятливі або несприятливі. Витрати аналізували на підставі оцінок, отриманих в процесі виявлення доказів, плану передбачуваного обсягу медичної допомоги в 2013 р.²⁷, «Скороченого Керівництва ВООЗ про інноваційні технології в охороні здоров'я в умовах обмежених

ресурсів»²⁸, а також досвіду і думок членів ГРР. Визнано, що фактична оцінка вартості заходів залежить від контексту і нездійснення в рамках глобальних рекомендацій.

- **Справедливість.** Інформація для цього розділу отримана зі Звіту ВООЗ про нерівність в області репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів, новонароджених і дітей 2015 року, що продемонстрував, які є бідними, з низьким рівнем освіти і проживають в сільських районах жінки в КНСД, гірше охоплені ДПД і мають менш сприятливі результати вагітності, ніж більш благополучні жінки в КНСД²⁹. Менш сприятливі результати щодо здоров'я мають і їх новонароджені діти. Отже, судження на користь заходів більш вірогідні, якщо ці заходи зменшували відмінності між різними групами жінок і їх сім'ями щодо здоров'я.
- **Прийнятність.** Інформацію для суджень з цього питання склали якісні докази з систематичних оглядів думок жінок і працівників охорони здоров'я. Чим нижче прийнятність, тим нижче ймовірність судження на користь заходу.
- **Здійсненність.** На здійсненність впливають такі фактори, як доступні ресурси, інфраструктура і навчання. Інформацію для суджень за цією категорією склали якісні докази з систематичних оглядів і наглядових досліджень, проведених в різних країнах. За наявності бар'єрів судження на користь заходу було менш імовірним.

Додаткові докази, що стосуються потенційних несприятливих і ненавмисних наслідків, описані в розділі «Додаткові міркування» кожного резюме доказів (див. текст кожної рекомендації, представлений в Розділі 3). Сформульовані рекомендації трьох типів, а саме:

- захід рекомендовано;
- захід рекомендовано при певних умовах:
 - тільки в рамках наукових досліджень;
 - тільки в умовах цільового моніторингу та оцінки;
 - тільки при інших певних умовах;
- захід не рекомендовано.

За відсутності доказів сприятливих наслідків докази потенційних несприятливих наслідків приводили до формулювання негативної рекомендації. Якщо виявляли докази несприятливих наслідків і докази важливих сприятливих наслідків заходу, то залежно від рівня достовірності та ймовірного впливу несприятливих наслідків такі докази з великою ймовірністю приводили до рекомендації проводити захід при певних умовах (які чітко описані в рекомендації).

Резюме доказів і проекти рекомендацій, включаючи таблиці GRADE і інші відповідні документи, заздалегідь надані членам ГРР для коментарів перед серією з трьох технічних консультацій за даними рекомендаціями. Достовірність класифікованих доказів ефективності методично пояснена в тексті відповідно до рекомендацій подання доказів Кокранівської групи щодо ефективної клінічної практики і організації медичної допомоги (ЕРОС)³⁰.

Члени ГРР та інші учасники отримали запрошення відвідати три технічні консультації (або зустрічі ГРР), організовані в штаб-квартирі ВООЗ в Женеві (Швейцарія). Перші дві – проведені в жовтні 2015 р., третя – в березні 2016 р., щоб вивчити докази і сформулювати рекомендації з ДПД. На цих зустрічах під керівництвом голови ГРР її члени вивчили резюме доказів і всі коментарі, отримані раніше за допомогою зворотного зв'язку. Мета зустрічей – досягнення консенсусу по кожному судженню і кожній рекомендації, в тому числі її напрямків та умов (за наявності), обговорення впровадження, моніторингу та оцінки, а також пріоритетів наукових досліджень, що належать до рекомендацій.

2.12 Прийняття рішення під час зустрічей ГРР

Зустрічі ГРР проводилися відповідно до чіткого протоколу. Кожну з трьох зустрічей організували так, щоб дозволити учасникам обговорити кожна з рекомендацій, підготовлених Координаційною групою. За потреби кожна з цих рекомендацій перероблялася в процесі групової дискусії. Остаточне прийняття кожної рекомендації підтверджувалося досягненням консенсусу, тобто повною згодою всіх членів ГРР. Крім того,

ГРР на зустрічах визначала умови виконання рекомендацій тим же шляхом досягнення консенсусу після обговорення доказів сприятливих і несприятливих наслідків заходів по вивченим категоріям. Якщо члени ГРР не могли досягти консенсусу, питання про прийняття спірної рекомендації або будь-якого іншого рішення ставили на відкрите голосування.

2.13 Заява про конфлікт інтересів (ЗКІ) зовнішніх учасників

Відповідно до «Керівництва ВООЗ з розробки рекомендацій»¹⁴ всіх членів ГРР, ГЗР і інших зовнішніх учасників роботи над рекомендаціями просили декларувати в письмовій формі будь-які потенційні конфлікти інтересів (наукові, фінансові або будь-які інші) на момент запрошення брати участь в розробці рекомендацій з ДПД. Кожен експерт заповнив, підписав і відправив в електронному вигляді відповідальному технічному співробітнику стандартну форму ЗКІ ВООЗ. Координаційна група ВООЗ вивчила всі форми ЗКІ до остаточного запрошення експертів до участі в роботі. Всі експерти проінструктовані щодо повідомлення відповідальному технічному співробітнику про будь-які зміни, які можуть привести до конфлікту інтересів, під час роботи над рекомендаціями, щоб оновлювати і переглядати інформацію про зацікавленість. Крім того, разом з заповненою формою ЗКІ експертів просили надіслати електронну копію їх резюме. Відповідальний технічний співробітник перевіряв і порівнював підписані форми ЗКІ і резюме, і разом з директором Департаменту ВООЗ RHR і за допомогою Координаційної групи визначав наявність конфлікту інтересів. За наявності конфлікту інтересів Координаційна група визначала, чи є він досить істотним, щоб вплинути на здатність даної особи виносити об'єктивні судження про докази, що стосуються рекомендацій. Для забезпечення узгодженості Координаційна група застосовувала критерії суттєвості конфліктів інтересів, представлені в «Керівництві ВООЗ з розробки рекомендацій»¹⁴.

З усіма відомостями, отриманими із форм ЗКІ, походилися відповідно до рекомендацій ВООЗ з ЗКІ на індивідуальній основі. Якщо конфлікт інтересів визнавався недостатньо істотним, щоб становити небезпеку для процесу розробки рекомендацій або підірвати довіру до нього, експерта просили тільки заявити про конфлікт на засіданні ГРР, ніяких подальших дій не проводилося. Конфлікти інтересів, які виправдовували дії з боку персоналу ВООЗ, виникали, якщо експерти виконували первинні наукові дослідження або систематичні огляди, які стосуються будь-якої з рекомендацій. В таких випадках обмежували участь експертів в обговоренні і / або формулюванні будь-яких рекомендацій, що належать до області конфлікту інтересів. На завершальній зустрічі ГРР членів знову попросили відкрито і в присутності всієї групи заявити про наявність конфлікту інтересів і підписати оновлену версію форми ЗКІ.

2.14 Підготовка документа і рецензування

Після трьох зустрічей ГРР члени Координаційної групи підготували проект документа, в який внесли зміни, які точно відображають результати обговорення та вирішення учасників ГРР. Цей проект був в електронному вигляді розісланий членам ГРР для подальшого вивчення до того, як відправити його ГЗР. Координаційна група ретельно вивчала пропозиції рецензентів і при необхідності вносила зміни в проект Керівництва. Після зустрічей ГРР і рецензування подальші зміни документа Координаційною групою обмежено виправленням фактичних помилок, поліпшенням мови і усуненням невизначеності. Переглянута остаточна версія Керівництва направлялася в електронному вигляді членам ГРР для схвалення.

2.15 Подання змісту Керівництва

Перелік рекомендацій представлений у Таблиці 1 в резюме на початку цього документа. Оскільки докази для кожної рекомендації оцінювали за кількома наслідками і шістьма категоріями (ефекти, цінність, ресурси, справедливість, прийнятність і здійсненність), у цій таблиці не представлено рішення про якість доказів. Зведені таблиці, які

включають основні міркування, в тому числі достовірність доказів ефективності, для кожної рекомендації представлені в web-додатку³.

Розділ «Докази і рекомендації» (розділ 3) підсумовує докази і інші міркування, вивчені ГРР під час технічних консультацій. Для зручності читання і щоб уникнути повторів категорія «Цінності» (виділено в рамку під заголовком «Цінності жінок») описана на початку кожного розділу за 5 типами заходів замість того, щоб описувати для кожної рекомендації. Формулювання, використані для інтерпретації доказів ефективності, отримані з Кокранівських оглядів, відповідають формулюванням рекомендацій ЕРОС³⁰. Докази з дуже низьким рівнем достовірності не представлені в тексті, але є в web-додатку.

Координаційна група включила в цей документ рекомендації з інших недавніх, схвалених ЕКР настанов ВООЗ, які мають відношення до надання всебічної комплексної стандартної ДПД жінкам при певних умовах і станах. В більшості випадків ці рекомендації ідентичні представленим в тому чи іншому Керівництві. Якщо рекомендації запозичені, то ступінь їх важливості і якість доказів вказані в розділі для коментарів в тому вигляді, як вони були сформульовані відповідними ГРР. Такі рекомендації відзначені виносками в тексті даного документа, що вказують на Керівництво, з якого запозичена та чи інша рекомендація. Кілька запозичених рекомендацій перед внесенням в даний документ потребували змін. Координаційна група звернулася до відповідних департаментів ВООЗ, які розробляли їх, щоб підтвердити, що зміни узгоджуються з вихідними рекомендаціями. Такі рекомендації відзначені посиланнями в тексті даного документа, які вказують, що рекомендація «адаптована і запозичена з» певного Керівництва. Це зроблено, наприклад, для рекомендації по перерозподілу обов'язків, оскільки рекомендація щодо численних заходів адаптована, щоб бути придатною до перерозподілу обов'язків тільки в рамках заходів з надання планової ДПД. У всіх випадках забезпечено посилання на певні Керівництва ВООЗ для отримання додаткової інформації, в тому числі з питань впровадження цих рекомендацій.

3. Докази та рекомендації

Це Керівництво з ДПД включає 39 рекомендацій, прийнятих ГРР, і 10 рекомендацій, які мають відношення до ДПД, запозичених з інших чинних Керівництв ВООЗ, які нещодавно схвалені Експертним комітетом з рекомендацій (ЕКР). Докази ефективності заходів отримані з 47 систематичних оглядів (41 Кокранівського систематичного огляду, 2 оглядів діагностичної точності методів і 4 не Кокранівських систематичних оглядів нерандомізованих досліджень) і зведені в таблиці GRADE. Огляд того, що жінки хочуть отримати від ДПД, і які результати є значимими для них, склав зміст розділу про «цінності». Два систематичних огляди якісних даних, стосуються думки жінок і працівників охорони здоров'я, і огляд спостережних досліджень, проведених в різних країнах, надали докази щодо прийнятності і здійсненності заходів. Докази і міркування, що стосуються справедливості та ресурсів, також впливали на рекомендації ГРР. Цей розділ містить рекомендації з відповідними описовими резюме, згрупованими за типом заходів.

- A. Заходи, пов'язані з харчуванням.
- B. Обстеження вагітної і плода.
- C. Профілактичні заходи.
- D. Допомога при поширених фізіологічних симптомах.
- E. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості ДПД.

Таблиці GRADE, які відповідають рекомендаціям, називаються в цьому розділі таблицями «Доказової бази» (ДБ), пронумеровані відповідно до рекомендацій, до яких вони належать. Ці таблиці представлені окремо в web-додатку до даного документа³. Таблиці «Доказ-рішення» з судженнями ГРР щодо доказів і міркувань за всіма категоріями представлені в web-додатку³ до цього документа. Крім того, аспекти впровадження і пріоритети наукових досліджень, які стосуються цих рекомендацій, засновані на обговоренні ГРР під час технічних консультацій, представлені в інших розділах даного документа (розділ

4 «Впровадження керівництва і рекомендацій з ДПД»; розділ 5 «Значення для наукових досліджень»).

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

А. Заходи, пов'язані з харчуванням

Передумови

Вагітність вимагає здорового харчування, яке передбачає адекватну енергетичну цінність і споживання достатньої кількості білків, вітамінів і мінеральних речовин, необхідних матері і плоду. Однак багатьом вагітним, особливо в країнах з низьким і середнім доходом (КНСД), де нерідко існує дефіцит різних поживних речовин, овочів, м'яса, молочних продуктів і фруктів часто недостатньо, щоб відповідати потребам вагітності. У країнах з обмеженими ресурсами, таких, як країни Африки на півдні від Сахари, країни Центральної, Південної і Південно-Східної Азії, недостатність харчування серед матерів надзвичайно поширена і визнається ключовим чинником, що визначає несприятливі перинатальні наслідки³¹. Однак ожиріння і надмірна вага також пов'язані з несприятливими наслідками вагітності, і у багатьох жінок в самих різних умовах спостерігається надлишкова прибавка ваги під час вагітності. У той час як ожиріння історично було станом, пов'язаним з достатком, є деякі підстави припускати, що тягар надмірної ваги і ожиріння переноситься від благополучних до неблагополучних груп населення³².

Анемія пов'язана з дефіцитом заліза, фолієвої кислоти і вітаміну А. За оцінками, в світі вона спостерігається у 38,2% вагітних. Найбільш висока поширеність анемії серед вагітних є в регіонах Південно-Східної Азії (48,7%) і Африки (46,3%), середня поширеність відзначається в регіоні Східного Середземномор'я (38,9%), найнижча – в регіонах Західної частини Тихого океану (24,3%), Америки (24,9%) і Європейському регіоні (25,8%)³³.

Основні фактори, що сприяють анемії, – паразитарні хвороби, такі як малярія, анкілостомідоз і шистосомоз, в районах, ендемічних за цими захворюваннями. Крім того, розвитку анемії сприяють хронічні інфекції, такі, як туберкульоз (ТБ) і ВІЛ-інфекція, і гемоглобінопатії, наприклад серповидноклітинна анемія. За оцінками, тяжка анемія (визначається як анемія з рівнем гемоглобіну <70 г/л) спостерігається в світі щорічно у 0,8 мільйона вагітних³³. Тяжка анемія під час вагітності підвищує материнську і дитячу смертність³⁴. За оцінками, приблизно в половині випадків анемія у вагітних може бути усунена при прийомі препаратів заліза³³, однак ця цифра є досить варіабельною і набагато нижчою в районах, ендемічних з малярії.

Крім анемії, дефіцит заліза несприятливо впливає на утилізацію джерел енергії м'язовою тканиною і, таким чином, на фізичну працездатність і продуктивність праці, а також на стан імунної системи і захворюваність інфекційними хворобами³⁵. Дефіцит фолієвої кислоти (вітаміну В₉) крім анемії пов'язаний з розвитком дефектів нервової трубки плода³⁶. Дефіцит вітаміну А спостерігається приблизно у 19 мільйонів вагітних, переважно в Африці і Південно-Східній Азії, і викликає гемералопію (погіршення сутінкового зору)³⁷.

Дефіцит кальцію підвищує ризик прееклампсії³⁸. Вважається, що у розвитку прееклампсії грає роль також дефіцит інших вітамінів і мінеральних речовин, таких, як вітаміни Е, С, В₆ і цинк. Дефіцит цинку знижує імунітет³⁹. Прийом вітаміну С підсилює всмоктування заліза в шлунково-кишковому тракті, однак цинк, залізо та інші мінеральні речовини можуть впливати на всмоктування один одного; чи має це наслідки для здоров'я, невідомо³⁹.

Для рекомендацій з ДПД ГРР оцінила докази ефективності додаткового прийому різних вітамінів і мінеральних речовин, які можуть теоретично покращувати материнські та перинатальні наслідки. Крім того, оскільки і недостатність харчування, і переїдання можуть мати несприятливі наслідки для вагітної і її дитини, ГРР оцінила також докази, що стосуються ефектів різних заходів, пов'язаних з харчуванням, зменшують вплив цих станів.

Кофеїн, можливо, найбільш широко використовувана психоактивна речовина в світі⁴⁰, ГРР оцінила докази, що стосуються впливу обмеження споживання кофеїну під час вагітності.

Цінності жінок

Дані для рекомендацій з ДПД отримані з результатів попереднього аналізу того, що жінки очікують від ДПД і які результати є значимими для них¹³. Докази свідчать про те, що для жінок з країн з високим, середнім і низьким рівнем забезпеченості ресурсами цінністю є отримання «позитивного досвіду вагітності», компонентами якого є проведення ефективних клінічних заходів (втручань і досліджень, в тому числі призначення препаратів для усунення дефіциту поживних речовин), надання доречної і своєчасної інформації (в тому числі рекомендацій з харчування і дієти), а також психосоціальної і емоційної підтримки працівниками охорони здоров'я, які знають, підтримують і є коректними, з метою оптимізації здоров'я матерів і новонароджених (високий рівень достовірності доказів).

A.1 Дієта

A.1 Консультування з питань здорового харчування і фізичної активності

Рекомендація A.1.1. Рекомендується консультування з питань здорового харчування і фізичної активності, які дозволяють підтримати гарне самопочуття і уникнути надмірної прибавки ваги під час вагітності. (Рекомендовано)

***Коментар робочої групи:** Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах (білках, жирах, вуглеводах, мінеральних речовинах, вітамінах) і енергії, у тому числі для вагітних, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.09.2017 № 1073, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 року за № 1206/31074 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії».*

Коментарі

- Здорове харчування під час вагітності характеризується достатніми калорійністю і вмістом білка, вітамінів і мінеральних речовин, які отримують в результаті вживання в їжу різноманітних продуктів, включаючи зелені та помаранчеві овочі, м'ясо, рибу, бобові, горіхи, фрукти та продукти з цільного зерна⁴¹.

- В залежності від ресурсів і переваг жінок зацікавлені сторони можуть розглядати доречні з точки зору культурних традицій заходи щодо здорового харчування і фізичної активності для профілактики надмірної прибавки ваги під час вагітності, особливо серед населення з високою поширеністю надмірної ваги і ожиріння. Заходи повинні бути орієнтовані на жінок, проводитися без осуду і розроблятися таким чином, щоб забезпечити належну прибавку маси тіла під час вагітності.

- Здоровий спосіб життя включає аеробні та силові вправи, необхідні для підтримки протягом вагітності хорошої, але не пікової форми і не форми, необхідної для участі в спортивних змаганнях. Жінки повинні обирати вправи з мінімальним ризиком порушення рівноваги і травми плода⁴².

Коментар робочої групи:

Фізична активність

Всім вагітним жінкам і жінкам в післяпологовому періоді за відсутності протипоказань рекомендується наступне.

Слід регулярно займатися фізично активною діяльністю під час вагітності та в післяпологовому періоді. Сильна рекомендація, середня якість доказів.

Для того, щоб фізична активність приносила відчутну користь для здоров'я, слід приділяти не менше 150 хвилин на тиждень заняттям фізично активною діяльністю середньої і високої інтенсивності з аеробним навантаженням. Сильна рекомендація, середня якість доказів.

Рекомендується використовувати різні види аеробних і силових фізичних вправ. Також можуть бути корисними додаткові легкі вправи на розтягування. Сильна рекомендація, середня якість доказів.

Крім того, жінки, які до настання вагітності регулярно виконували аеробні фізичні вправи високої інтенсивності або займалися фізично активною діяльністю, можуть продовжувати цю практику під час вагітності та в післяпологовому періоді. Сильна рекомендація, середня якість доказів.

Вагітним жінкам і жінкам в післяпологовому періоді слід скорочувати тривалість малорухомих періодів. Заняття фізично активною діяльністю будь-якої інтенсивності (в тому числі низької інтенсивності) замість проведення часу в малорухливому стані також приносять користь для здоров'я. Сильна рекомендація, низька якість доказів.

(Джерело: WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020 <https://apps.who.int/>)

- Значна частина прибавки ваги відбувається, як правило, після 20-го тижня вагітності. Визначення «норми» відрізняється у різних регіонах. Слід враховувати ІМТ до вагітності. Відповідно до класифікації Інституту медицини⁴³ при недостатній масі тіла на початку вагітності (ІМТ <18,5 кг/м²) жінка повинна набрати 12,5-18 кг, при нормальній масі тіла (ІМТ 18,5-24,9 кг/м²) – 11,5-16 кг, при надмірній вазі (ІМТ 25-29,9 кг/м²) – 7-11,5 кг і при ожирінні (ІМТ > 30 кг/м²) – 5-9 кг.

- Більшість доказів ефективності заходів в області здорового харчування і фізичної активності отримані з КВД. ГРР зазначила, що у КВД в даний час проводяться принаймні 40 досліджень в цій області, а також, що необхідні дослідження щодо ефективності, прийнятності та здійсненності заходів в області здорового харчування і фізичної активності в КНСД.

- Вагітність може бути оптимальним часом для заходів зі зміни поведінки в групах населення з високою поширеністю надмірної ваги і ожиріння. Віддалені наслідки цих втручань для жінок, їх партнерів та дітей потребують вивчення.

- ГРР зазначила, що працівникам охорони здоров'я необхідний потужний набір засобів навчання, що включає стандартизовані рекомендації з харчування. Ці рекомендації повинні бути доказово обґрунтованими, бути стійкими, відтворюваними, доступними і адаптованими до різних культурних умов.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти заходів з харчування і фізичної активності в порівнянні з відсутністю таких заходів (ДБ Таблиця А.1.1)

Докази щодо ефективності заходів з харчування і фізичної активності отримані з Кокранівського огляду, що включав 65 РКД, проведених головним чином в КВД⁴⁴. У 34 дослідженнях брали участь жінки із загальної популяції (тобто жінки з широким діапазоном ІМТ на момент включення), в 24 – жінки з надмірною вагою і / або ожирінням, ще в семи – жінки з високим ризиком гестаційного цукрового діабету (ГЦД). Дані 49 РКД, в яких брали участь 11444 жінки, включені до мета-аналізу. Заходи щодо харчування визначені як обмеження споживання учасниками певних продуктів або обмеження калорійності їжі, які традиційно вважалися варіантами «здорового харчування». Заходи в галузі фізичної активності визначені авторами огляду як будь-яка активність, що вимагає фізичних зусиль, яку виконували, щоб підтримати або поліпшити здоров'я або форму. Ці заходи були запропонованими / неконтрольованими (наприклад, 30 хвилин ходьби щодня), або

контрольованими (наприклад, щотижневі контрольовані групові заняття), або і тими, і іншими. Ці заходи зазвичай порівнювали зі «стандартною ДПД» і спрямовували на профілактику надмірної прибавки ваги під час вагітності (НПВВ).

У більшість досліджень включали жінок між 10 і 20-м тижнями вагітності.

Істотно відрізнялися за кількістю контактів (тобто консультацій / занять фізичними вправами), тип заходу і метод надання допомоги. Дані згруповані за типом заходу (тобто тільки дієта, тільки фізична активність, дієта і консультування з питань фізичної активності, дієта і контрольована фізична активність). Усереднені ефекти оцінені за допомогою моделі випадкових ефектів. Проведені окремі аналізи з урахуванням типу заходу і ризику ускладнень, пов'язаних з надмірною вагою. Більшість даних у зведеному аналізі отримані з комбінованих досліджень, що включали заходи в області харчування і фізичної активності.

Материнські результати

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що у жінок, яким в рамках ДПД проводяться заходи щодо харчування і / або фізичної активності для профілактики НПВВ, остання менш імовірна (24 дослідження, 7096 жінок; відносний ризик (ВР) 0,80, 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,73-0,87; абсолютний ефект – в середньому на 91 на 1000 вагітних нижче). Результати аналізів досліджень за підгрупами узгоджуються з цими даними.

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що заходи з харчування і / або фізичної активності мають незначний ефект або не впливають на ризик преєклампсії (15 досліджень, 5330 жінок; ВР 0,95, 95% ДІ 0,77-1,16). Однак докази із середнім рівнем достовірності вказують, що заходи з харчування та / або фізичної активності, ймовірно, попереджають артеріальну гіпертензію під час вагітності (11 досліджень, 5162 жінки; ВР 0,70, 95% ДІ 0,51-0,96).

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що заходи з харчування і / або фізичної активності мають незначний ефект або не впливають на частоту кесарева розтину (28 досліджень, 7534 жінки; ВР 0,95, 95% ДІ 0,88-1,03). Однак докази з низьким рівнем достовірності з підгрупи «дієта і консультування з питань фізичної активності» вказують, що цей захід може знижувати частоту кесарева розтину (9 досліджень, 3406 жінок; ВР 0,87, 95% ДІ 0,75-1,01). Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що заходи з харчування та / або фізичної активності, ймовірно, надають незначний ефект або не впливають на частоту індукції пологів (8 досліджень, 3832 жінки; ВР 1,06, 95% ДІ 0,94-1,19).

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що заходи з харчування і / або фізичної активності можуть знижувати ризик ГЦД (19 досліджень, 7279 жінок; ВР 0,82, 95% ДІ 0,67-1,01).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що заходи з харчування і / або фізичної активності, ймовірно, попереджають макросомію у новонароджених (27 досліджень, 8598 жінок; ВР 0,93, 95% ДІ 0,86-1,02), особливо у жінок з надмірною вагою і ожирінням в підгрупі «дієта і консультування з питань фізичної активності» (9 досліджень, 3252 новонароджених; ВР 0,85, 95% ДІ 0,73-1,00). Однак докази із середнім рівнем достовірності вказують, що заходи з харчування та / або фізичної активності, ймовірно, мають незначний ефект або не впливають на частоту гіпоглікемії у новонародженого (4 дослідження, 2601 новонароджений; ВР 0,95, 95% ДІ 0,76-1,18) або дистопії плічок (4 дослідження, 3253 новонароджених; ВР 1,02, 95% ДІ 0,57-1,83). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що в порівнянні з контрольною групою дієта і консультування з питань фізичної активності, особливо у жінок з надмірною вагою і ожирінням, можуть знижувати ризик патології органів дихання у новонароджених (2 дослідження, 2256 жінок; ВР 0,47, 95% ДІ 0,26-0,85).

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що заходи з харчування і / або фізичної активності мають незначний ефект або не впливають на частоту передчасних

пологів (16 досліджень, 5923 жінки; ВР 0,91, 95% ДІ 0,68-1,22). Докази, що стосуються ризику народження дітей з малою масою тіла, вкрай невизначені. Перинатальна смертність в огляді не представлена.

Додаткові міркування

- Докази з високим рівнем достовірності з огляду демонструють, що ці заходи підвищують ймовірність недостатнього збільшення ваги під час вагітності (11 досліджень, 4422 жінки; ВР 1,14, ДІ 1,02-1,27). Клінічне значення цих даних не відомо.

- Ефективність, прийнятність і здійсненність заходів з харчування і фізичної активності в КНСД не встановлені.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Вартість впровадження заходів з харчування і фізичної активності для систем охорони здоров'я може бути дуже різною. Наприклад, контрольовані дієта і фізична активність можуть спричинити високі витрати, головним чином з огляду на вартість послуг персоналу, затрачений час на спостереження за групами, в той час як заходи, що реалізуються в рамках консультування, можуть мати низьку вартість. Заходи можуть мати фінансові наслідки і для вагітних, наприклад транспортні витрати, витрати, пов'язані з відсутністю на роботі, наглядом за дітьми, особливо якщо вони вимагають додаткових відвідувань в рамках ДПД.

Справедливість

Більшість доказів отримані з досліджень, проведених в КВД. Недавні дослідження продемонстрували, що тягар надмірної ваги і ожиріння переміщається від благополучних до неблагополучних груп населення³². Ця тенденція підвищує ризик ускладнень вагітності, а також кардіологічної патології та порушень обміну речовин у вагітних з неблагополучних груп населення. Ці ризики можуть посилюватися ще більше у жінок, які проживають в умовах спільнот з обмеженими ресурсами, оскільки вони можуть не мати можливостей для боротьби з ускладненнями.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки у різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань і інформації і що вони зазвичай цінують будь-які отримані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини та позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Вони також вказують, що жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою до служби охорони здоров'я, якщо рекомендації даються поспішно або в повчальній манері (докази з високим рівнем достовірності)²². Отже, більш ймовірно, що заходи такого типу будуть прийнятними, якщо працівники охорони здоров'я не будуть поспішати і будуть надавати підтримку, що може також сприяти зверненню за ДПД. Якісні докази, що стосуються думок працівників охорони здоров'я про ДПД вказують, що вони, можливо, хотіли б надавати загальні рекомендації з питань здоров'я та спеціальну інформацію з питань, пов'язаних з вагітністю (докази з низьким рівнем достовірності), але часом вважають, що не мають відповідної підготовки, достатньо ресурсів або часу, щоб надавати допомогу, надаючи інформацію, підтримку і турботу, яку хочуть жінки (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Здійсненість

У ряді випадків в умовах КНСД працівники охорони здоров'я вважають, що брак ресурсів може обмежити використання рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

А.1.2 Навчання з питань енергетичної цінності раціону і споживання білка

Рекомендація А.1.2. У групах населення з недостатнім харчуванням рекомендується навчання вагітних з питань харчування з метою підвищення енергетичної цінності щоденного раціону і споживання білка для зниження ризику народження дітей з малою масою тіла. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Недостатність харчування зазвичай визначається за наявності низького ІМТ (тобто недостатньої ваги). Якщо поширеність недостатньої ваги серед дорослих жінок складає 20-39%, то вона вважається високою, 40% і вище – дуже високою⁴⁶. Для діагностики білково-енергетичної недостатності у окремих вагітних і визначення її поширеності в популяції може бути корисним дослідження окружності плеча в середній третині³¹. Однак для цього на підставі аналізу рентабельності, проведеного з урахуванням контексту, необхідно визначити оптимальні межі норми для окремих країн³¹.

- Антропометричні характеристики популяції змінюються. Це необхідно брати до уваги і регулярно вивчати поширеність недостатності харчування, щоб заходи залишалися актуальними.

- ГРР зазначила, що працівникам охорони здоров'я необхідний потужний набір засобів навчання, що включає стандартизовані рекомендації з харчування. Ці рекомендації повинні бути заснованими на принципах доказової медицини, бути стійкими, відтворюваними, доступними і адаптованими до різних культурних умов.

- Зацікавлені сторони можуть розглянути альтернативні платформи надання допомоги (наприклад, консультанти зі знайомого середовища, нагадування в засобах масової інформації) або перерозподілити обов'язки з проведення даного заходу.

- У районах з вкрай низькою безпекою харчових продуктів або відсутністю їх різноманітності можуть розглядатися додаткові заходи, такі, як поширення збалансованих харчових білково-енергетичних добавок (див. рекомендацію А.1.3).

Резюме доказів і міркувань

Ефекти консультування з питань підвищення енергетичної цінності раціону і споживання білка в порівнянні з відсутністю такого консультування (ДБ Таблиця А.1.2)

Докази про ефективність консультування з питань харчування отримані з Кокранівського огляду⁴⁷. Джерелом даних для порівняння стали результати п'яти досліджень, проведених між 1975 і 2013 рр. в Бангладеш, Греції та США за участю 1090 вагітних. Консультування проводили сам-на-сам або в групах. Воно включало навчання з метою підвищення «якості» споживаної їжі, енергетичної цінності та споживання білка, поліпшення знань про харчову цінність різних продуктів, в тому числі їх калорійність, вміст в них білка, вітамінів і заліза. Дослідження в Бангладеш включало також кулінарні демонстрації.

Материнські результати

Докази, що стосуються прибавки ваги під час вагітності, мали дуже низький рівень достовірності. Інших даних щодо материнських наслідків в огляді, присвяченому цьому порівнянню, не виявлено.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності демонструють, що навчання з питань харчування може знижувати частоту народження дітей з малою масою тіла (300 жінок; ВР 0,04, 95% ДІ 0,01-0,14), але мають незначний ефект або не впливають на частоту народження малих для гестаційного віку (МГВ) дітей (2 дослідження, 449 жінок; ВР 0,46, 95% ДІ 0,21-

0,98), мертвонародження (1 дослідження, 431 жінка; ВР 0,37, 95% ДІ 0,07-1,90) або смерті новонароджених (1 дослідження, 448 жінок; ВР 1,28, 95% ДІ 0,35-4,72). Докази щодо частоти передчасних пологів розцінені як такі, що мають дуже низький рівень достовірності.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Вартість є варіабельною і залежить головним чином від кадрового забезпечення та часу, який витрачається на консультування.

Справедливість

У багатьох КНСД менш сприятливі наслідки вагітності і найгірше охоплення ДПД спостерігаються серед жінок, які є бідними, менш освіченими і проживають в сільських районах жінок²⁹. Багато країн з обмеженими ресурсами як і раніше ведуть боротьбу з бідністю і голодом, особливо серед сільського населення⁴⁸. Результати досліджень прийому харчових добавок і мікронутрієнтів під час вагітності в сільських районах Бангладеш вказують, що ці заходи можуть сприяти дотриманню рекомендацій з ДПД менш освіченими жінками, проте це не відноситься до більш освічених жінок⁴⁹. Отже, надання харчових добавок під час вагітності може зменшити нерівність за рахунок поліпшення харчування матерів і підвищення охоплення ДПД жінок з неблагополучних груп населення.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань та інформації і що вони зазвичай цінують будь-які отримані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини і позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Вони також вказують, що жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою до служби охорони здоров'я, якщо рекомендації даються поспішно або в повчальній манері (докази з високим рівнем достовірності)²². Отже, більш ймовірно, що заходи такого типу будуть прийнятними, якщо працівники охорони здоров'я не будуть поспішати і будуть надавати підтримку, що може також сприяти зверненню за ДПД. Якісні докази, що стосуються думок працівників охорони здоров'я про ДПД, вказують, що вони, можливо, хотіли б надавати загальні рекомендації з питань здоров'я та спеціальну інформацію з питань, пов'язаних з вагітністю (докази з низьким рівнем достовірності), але часом вважають, що не мають відповідної підготовки, достатньо ресурсів або часу, щоб надавати допомогу, надаючи інформацію, підтримку і турботу, яку хочуть жінки (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Здійснимість

У ряді випадків в умовах КНСД працівники охорони здоров'я вважають, що брак ресурсів може обмежити використання рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

А.1.3 Харчові білково-енергетичні добавки

Рекомендація А.1.3. У групах населення з недостатнім харчуванням вагітним рекомендується додатковий прийом збалансованих харчових білково-енергетичних добавок для зниження ризику мертвонародження і народження дітей, малих до терміну гестації. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- ГРР підкреслила, що дана рекомендація призначена для груп населення або умов з високою поширеністю недостатності харчування серед вагітних, а не для окремих вагітних, у яких виявлена недостатність харчування.

- Недостатність харчування зазвичай визначається за наявності низького ІМТ (тобто недостатньої ваги). Якщо поширеність недостатньої ваги серед дорослих жінок складає 20-39%, то вона вважається високою, 40% і вище – дуже високою⁴⁶. Для виявлення білково-енергетичної недостатності у окремих вагітних і визначення її поширеності в популяції може бути корисним дослідження окружності плеча в середній третині³¹. Однак для цього на підставі аналізу рентабельності, проведеного з урахуванням контексту, необхідно визначити оптимальні порогові значення для окремих країн³¹.

- Введення контролю якості необхідно, щоб гарантувати, що збалансовані харчові білково-енергетичні добавки виробляються, упаковуються і зберігаються в контрольованому не забрудненому середовищі. Проблеми вартості і логістики, пов'язані з впровадженням додаткового прийому цих добавок, можуть бути зменшені за рахунок їх місцевого виробництва за умови наявності контролю якості.

- Для успіху програми необхідно безперервне достатнє постачання добавок. Це вимагає чіткого розуміння та інвестицій в системи закупівель і управління поставками.

- Програми слід розробляти і постійно покращувати на підставі даних і досвіду, отриманих на місцях. Нижче представлені приклади, які стосуються даних рекомендацій.

- Покращення надання допомоги, підвищення прийнятності та частоти застосування цього втручання вагітними (тобто подолання бар'єрів на шляху постачання і використання).

- Розподіл харчових білково-енергетичних добавок тільки при відвідуваннях в рамках ДПД може бути неможливим; може знадобитися призначення додаткових відвідувань. Слід враховувати їх витратність. За відсутності відвідувань в рамках ДПД, за наявності малої кількості відвідувань або занадто пізнього першого візиту необхідно розглядати перехід на альтернативні платформи надання допомоги (наприклад, через працівників охорони здоров'я в спільнотах, перерозподіл обов'язків в певних умовах).

- Цінності та переваги, пов'язані з типами і кількістю харчових білково-енергетичних добавок, можуть різнитися.

- Моніторинг та оцінка повинні включати оцінку умов зберігання вдома, псування, убутку, роздрібною торгівлі, спільного використання та інших аспектів, пов'язаних з розподілом продовольства.

- Кожна країна повинна зрозуміти причину недостатності харчування на національному та регіональному рівні, що залежить від певних умов. Наприклад, там, де доступність харчових продуктів залежить від сезону, програма повинна враховувати цей фактор і за необхідності адаптуватися до умов (наприклад, постачання більшої або меншої кількості продуктів різних типів в різні сезони). Крім того, необхідно зрозуміти, чи можуть заходи, альтернативні надання харчових добавок, такі, як надання грошових коштів або ваучерів, або поліпшення місцевого і національного виробництва і розподілу продуктів харчування, приводити до тотожних або еквівалентних результатів.

- Антропометричні характеристики популяції змінюються. Це слід брати до уваги, щоб гарантувати, що заходи проводяться тільки серед жінок, яким вони принесуть користь (тобто тільки серед жінок з недостатністю харчування).

- ГРР зазначила, що інформація про ризики, пов'язані з проведенням цього заходу жінкам з високим ІМТ, відсутня.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти прийому збалансованих харчових білково-енергетичних добавок порівняно з їх відсутністю або плацебо (ДБ Таблиця А.1.3)

Докази щодо ефективності прийому харчових білково-енергетичних добавок порівняно з їх відсутністю або плацебо отримані з Кокранівського огляду⁴⁷. В цей аналіз включені 12 досліджень, в яких брали участь 6705 жінок. Більшість даних отримані з досліджень, проведених у КНСД, в тому числі в Буркіна-Фасо, Гамбії, Гані, Індії, Індонезії, Китаї, Колумбії, на Тайвані і в Південній Африці. Харчові добавки застосовувалися в різних формах, в тому числі у вигляді збагачених напоїв, печива і порошків.

Материнські результати

Єдиним материнським результатом з пріоритетних результатів для даних рекомендацій, представленим в огляді для цього порівняння, виявлена прееклампсія. Однак докази на підставі двох малих досліджень оцінені як вкрай невизначені.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що прийом збалансованих харчових білково-енергетичних добавок, ймовірно, знижує частоту народження МГВ дітей (7 досліджень, 4408 жінок; ВР 0,79, 95% ДІ 0,69-0,90) і мертвонародження (5 досліджень, 3408 жінок; ВР 0,60, 95% ДІ 0,39-0,94), але, можливо, не впливає на частоту передчасних пологів (5 досліджень, 3384 жінки; ВР 0,96, 95% ДІ 0,80-1,16). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що цей захід має незначний ефект або не впливає на неонатальну смертність (5 досліджень, 3381 жінка; ВР 0,68, 95% ДІ 0,43-1,07). Дані про частоту народження дітей з малою масою тіла в цьому порівняльному аналізі не представлені.

Додаткові міркування

- В огляді представлений аналіз середньої ваги при народженні (в грамах). Більш сприятливі результати отримані в групі додаткового прийому збалансованих харчових білково-енергетичних добавок (11 досліджень, 5385 новонароджених; різниця середніх (РС): 40,96, 95% ДІ 4,66-77,26). В огляді цей доказ класифіковано як середньої якості⁴⁷.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Вартість харчових білково-енергетичних добавок є відносно високою. Можливі також витрати на транспортування, зберігання і навчання.

Справедливість

У багатьох КНСД менш сприятливі наслідки вагітності і найгірше охоплення ДПД спостерігаються серед жінок, які є бідними, менш освіченими і проживають в сільських районах²⁹. Багато країн з обмеженими ресурсами як і раніше ведуть боротьбу з бідністю і голодом, особливо серед сільського населення⁴⁸. Результати досліджень прийому харчових добавок і мікронутрієнтів під час вагітності в сільських районах Бангладеш вказують, що ці заходи можуть сприяти дотриманню рекомендацій з ДПД менш освіченими жінками, однак це не відноситься до більш освічених жінок⁴⁹. Отже, прийом харчових добавок під час вагітності може зменшити нерівність за рахунок поліпшення харчування матерів і підвищення охоплення ДПД жінок з неблагополучних груп населення.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань та інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які отримані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини і позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Вони також вказують, що жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою до служби охорони

здоров'я, якщо рекомендації даються поспішно або в повчальній манері (докази з високим рівнем достовірності)²². Отже, більш ймовірно, що заходи такого типу будуть прийнятними, якщо працівники охорони здоров'я не будуть поспішати і будуть надавати підтримку, що може також сприяти зверненню за ДПД. Якісні докази, що стосуються думок працівників охорони здоров'я про ДПД, вказують, що вони, можливо, хотіли б надавати загальні рекомендації з питань здоров'я і спеціальну інформацію з питань, пов'язаних з вагітністю (докази з низьким рівнем достовірності), але часом вважають, що не мають відповідної підготовки, достатньо ресурсів або часу, щоб надавати допомогу, надаючи інформацію, підтримку і турботу, яку хочуть жінки (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Здійснимість

Забезпечення збалансованими харчовими білково-енергетичними добавками може бути пов'язано з логістичними проблемами, оскільки ці продукти займають багато місця і вимагають відповідного транспорту і складських приміщень для забезпечення постійного постачання. Якісні докази з КНСД вказують, що працівники охорони здоров'я вважають, що брак ресурсів може обмежити використання рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

A.1.4 Прийом добавок з високим вмістом білка

Рекомендація A.1.4. У групах населення, які страждають від недостатнього харчування, прийом харчових добавок з високим вмістом білка під час вагітності для поліпшення материнських і перинатальних наслідків не рекомендується. (Не рекомендовано)

Коментарі

- ГРР зазначила, що доказів ефективності додаткового прийому добавок з високим вмістом білка недостатньо (якщо вони взагалі є).
- Подальші дослідження щодо ефективності додаткового прийому добавок з високим вмістом білка в групах населення, які страждають від недостатнього харчування, не вважаються пріоритетом наукових досліджень.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти прийому добавок з високим вмістом білка в порівнянні з контрольною групою (ДБ Таблиця A.1.4)

Докази щодо ефектів прийому добавок з високим вмістом білка, отримані з того ж Кокранівського огляду, що і докази для рекомендацій A.1.2 і A.1.3⁴⁷. Огляд включав одне дослідження ефективності додаткового прийому добавок з високим вмістом білка в порівнянні з додатковим прийомом мікронутрієнтів, проведене в 1970-і рр., в якому брала участь 1051 темношкіра жінка з низьким доходом, яка проживала в США.

Материнські результати

Жоден із пріоритетних результатів для даних рекомендацій не був представлений в огляді для цього порівняння.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом добавок з високим вмістом білка підвищує частоту народження МГВ дітей (1 дослідження, 505 новонароджених; ВР 1,58, 95% ДІ 1,03-2,41). Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом добавок з високим вмістом білка, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів (1 дослідження, 505 жінок; ВР 1,14, 95% ДІ 0,83-1,56). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом добавок з високим вмістом білка має незначний ефект або не впливає на частоту

мертворождення (1 дослідження, 529 дітей; ВР 0,81, 95% ДІ 0,31-2,15; достовірність доказів знижена в зв'язку з неточностями) і смерті новонароджених (1 дослідження, 529 новонароджених; ВР 2,78, 95% ДІ 0,75-10,36).

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Вартість добавок з високим вмістом білка є відносно високою. Можливі також витрати на транспортування, зберігання і навчання.

Справедливість

У багатьох КНСД менш сприятливі наслідки вагітності і найгірше охоплення ДПД спостерігаються серед серед жінок, які є бідними, менш освіченими і проживають в сільських районах²⁹. Багато країн з обмеженими ресурсами як і раніше ведуть боротьбу з бідністю і голодом, особливо серед сільського населення⁴⁸. Отже, надання харчових добавок під час вагітності може зменшити нерівність за рахунок поліпшення харчування матерів і підвищення охоплення ДПД жінок з неблагополучних груп населення.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань і інформації і що вони зазвичай цінують будь-які отримані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини та позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Вони також вказують, що жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою до служби охорони здоров'я, якщо рекомендації даються поспішно або в повчальній манері (докази з високим рівнем достовірності)²². Якісні докази, що стосуються думок працівників охорони здоров'я про ДПД, вказують, що вони, можливо, хотіли б надавати загальні рекомендації з питань здоров'я і спеціальну інформацію з питань, пов'язаних з вагітністю (докази з низьким рівнем достовірності), але часом вважають, що не мають відповідної підготовки, достатньо ресурсів або часу, щоб надавати допомогу, надаючи інформацію, підтримку і турботу, яку хочуть жінки (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Здійснимість

Забезпечення добавками з високим вмістом білка може бути пов'язано з логістичними проблемами, оскільки ці продукти займають багато місця і вимагають відповідного транспорту і складських приміщень для забезпечення постійного постачання. Якісні докази з КНСД вказують, що працівники охорони здоров'я вважають, що брак ресурсів може обмежити використання рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

А.2 Препарати заліза і фолієвої кислоти

А.2.1 Щоденний прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти

Рекомендація А.2.1. Для профілактики анемії, післяпологового сепсису, народження дітей з малою масою тіла і передчасних пологів вагітним рекомендується щоденний прийом всередину препаратів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо^a і фолієвої кислоти^b в дозі 400 мкг (0,4 мг)^c. (Рекомендовано)

Коментарі

• Дана рекомендація замінює попередню рекомендацію з Керівництва ВООЗ Щоденний додатковий прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти вагітними (2012)³⁶ і повинна розглядатися разом з рекомендацією А.2.2 щодо періодичного прийому препаратів заліза.

- В умовах, якщо анемія у вагітних є серйозною проблемою охорони громадського здоров'я (тобто якщо принаймні у 40% вагітних рівень гемоглобіну (Hb) <110 г/л), щоденний прийом препаратів заліза в дозі 60 мг в перерахунку на елементарне залізо краще прийому в меншій дозі.

- У I та III триместрах вагітності анемію діагностують, якщо рівень Hb <110 г/л, у II триместрі – якщо рівень Hb <105 г/л⁵⁰.

- Якщо у вагітної діагностована анемія, щоденна доза препаратів заліза повинна бути збільшена до 120 мг в перерахунку на елементарне залізо, поки рівень Hb не стане нормальним (Hb 110 г/л або вище)^{34, 51}. Потім може бути відновлений прийом препаратів заліза в стандартній для вагітних дозі для профілактики рецидиву анемії.

- Ефективне спілкування з вагітними з питань дієти і здорового харчування, в тому числі надання інформації про харчові джерела вітамінів і мінеральних речовин, а також про різноманітність харчування, – є невід'ємною частиною профілактики анемії і надання якісної ДПД.

- Ефективні стратегії спілкування необхідні для підвищення прийнятності та прихильності до схем прийому препаратів.

- Зацікавлені сторони можуть розглянути способи нагадування вагітним про необхідність прийому препаратів або надання допомоги в усуненні побічних ефектів.

- У районах, ендемічних з інфекцій, які можуть викликати анемію за рахунок крововтрати, підвищеного руйнування або зниженого утворення еритроцитів, таких, як малярія і анкілостомідози, повинні впроваджуватися заходи з профілактики, діагностики та лікування цих інфекцій.

- Препарати заліза доступні у вигляді капсул або таблеток (в тому числі у вигляді розчинних таблеток і розчинних таблеток з модифікованим вивільненням)⁵². Дотримання контролю якості важливо, аби гарантувати, що препарати виробляються, упаковуються і зберігаються в контрольованому незабрудненому середовищі⁵³.

- Покращення розуміння етіології анемії (наприклад, висока поширеність малярії, гемоглобінопатії) і поширеності факторів ризику на місцевому рівні необхідні, щоб надати інформацію для адаптації рекомендацій.

- Щоб полегшити моніторинг і оцінку, необхідні стандартизовані визначення побічних ефектів.

- Необхідні розробка та поліпшення комплексних систем спостереження, щоб зв'язати результати оцінки частоти анемії та дефіциту заліза на місцевому рівні з даними національної та глобальної систем спостереження.

- Щоб досягти найбільш незахищених груп населення і забезпечити своєчасне і безперервне постачання препаратів, зацікавлені сторони можуть розглянути питання перерозподілу обов'язків з постачання препаратів заліза в спільнотах з низькою доступністю працівників охорони здоров'я (див. рекомендацію Е.6.1 в розділі «Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості ДПД»).

Примітки:

^a 60 мг заліза міститься в 300 мг сульфату заліза гептагідрату, 180 мг фумарату заліза і 500 мг глюконату заліза.

^b Прийом препаратів фолієвої кислоти слід починати якомога раніше (в ідеалі до зачаття) для профілактики дефектів нервової трубки (ДНТ).

^c Дана рекомендація замінює попередню з Керівництва ВООЗ «Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women» (2012).

Коментар робочої групи: Вагітні, які, як вважається, є схильними до високого ризику народження потомства з ДНТ, це жінки, у яких в особистому або сімейному анамнезі спостерігалася вагітність з ДНТ у плода; які приймають протисудомні препарати; мають мутації в ферментах, пов'язаних з фолатами (наприклад, MTHFR –

метилентетрагідрофолатредуктази), інсулінозалежний цукровий діабет, ожиріння (ІМТ > 30 кг/м²), синдром мальабсорбції, а також пацієнтки з хірургічним втручанням з приводу ожиріння в анамнезі.

(Джерело: *Good clinical practice advice: Micronutrients in the periconceptional period and pregnancy. Int J Gynecol Obstet. 2019. 144: 317-321. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12739>*)

Профілактика дефектів нервової трубки (ДНТ) у плода.

1. Жінкам з низьким ризиком розвитку ДНТ або інших вроджених аномалій, чутливих до фолієвої кислоти, у яких партнер-чоловік також має низький ризик, потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом пероральних полівітамінів, що містять 0,4 мг фолієвої кислоти і вітамін В₁₂, принаймні, за 2-3 місяці до зачаття, протягом всієї вагітності і протягом 4-6 тижнів після пологів або до тих пір, поки триває грудне вигодовування (рекомендація сильна, якість доказів помірні).
2. Жінкам з помірним ризиком розвитку ДНТ або інших вроджених аномалій, чутливих до фолієвої кислоти, або жінкам, чий партнер-чоловік має помірний ризик, потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом полівітамінів, що містять 1,0 мг фолієвої кислоти і вітаміну В₁₂, починаючи як мінімум за 3 місяці до зачаття. Жінки повинні продовжувати цей режим до 12 тижнів вагітності (рекомендація сильна, якість доказів висока). Починаючи з 12 тижнів вагітності, щоденний прийом полівітамінів з 0,4-1,0 мг фолієвої кислоти повинен продовжуватися протягом всієї вагітності і 4-6 тижнів після пологів або до тих пір, поки триває грудне вигодовування (рекомендація сильна, якість доказів помірні).
3. Жінкам з високим ризиком розвитку ДНТ або партнерам чоловічої статі з ДНТ, які виявлені безпосередньо у них самих або у їхніх дітей, потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом 4,0-5,0 мг фолієвої кислоти і вітаміну В₁₂ протягом як мінімум 3 місяців до зачаття і до 12 тижнів вагітності. Починаючи з 12 тижнів вагітності, щоденний прийом добавок повинен складатися з полівітамінів з 0,4-1,0 мг фолієвої кислоти протягом всієї вагітності і 4-6 тижнів після пологів або до тих пір, поки триває грудне вигодовування (рекомендація сильна, якість доказів висока).

(Джерело: *Douglas Wilson R, Van Mieghem T, Langlois S, Church P. SOGC Guideline №410: Prevention, Screening, Diagnosis, and Pregnancy Management for Fetal Neural Tube Defects. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(1):124-139.e8. <https://www.jogc.com/>*)

Резюме доказів і міркувань

Ефекти щоденного прийому будь-яких препаратів заліза і фолієвої кислоти порівняно з його відсутністю (ДБ Таблиця А.2.1)

Докази щодо ефектів щоденного прийому препаратів заліза і / або фолієвої кислоти отримані з Кокранівського огляду 61 дослідження, проведеного в країнах з низьким, середнім і високим доходом⁵⁴. Серед них 23 дослідження проведені в країнах, в яких є ризик зараження малярією, в двох з них представлені результати, які стосуються малярії. В цілому, в мета-аналіз огляду включено 44 дослідження, в яких брали участь 43274 жінки. Дослідження порівнювали групу щоденного перорального прийому препаратів заліза з фолієвою кислотою або іншими вітамінами і мінеральними речовинами або без них з різними контрольними групами (прийом тільки препаратів фолієвої кислоти, плацебо, відсутність втручання, прийом інших препаратів вітамінів або мінеральних речовин без заліза або фолієвої кислоти). Більшість доказів отримані з досліджень, які порівнюють призначення препаратів заліза з його відсутністю. У більшості досліджень жінки починали приймати препарати після 20-го тижня вагітності і продовжували до пологів. Найчастіше препарати заліза призначалися в дозі 60 мг/добу (діапазон 30-240 мг/добу) в перерахунку на залізо, фолієвої кислоти – в дозі 400 мкг/добу.

Материнські результати

Дані про анемію аналізувалися різними способами і в різні моменти часу під час вагітності та в післяпологовому періоді. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що щоденний прийом препаратів заліза може знизити ризик анемії на момент пологів (діагностується, якщо рівень Hb <110 г/л на 37-му тижні вагітності або пізніше) (14 досліджень, 2199 жінок; ВР 0,30, 95% ДІ 0,19-0,46) і тяжкої анемії після пологів (діагностується, якщо рівень Hb <80 г/л) (8 досліджень, 1339 жінок; ВР 0,04, 95% ДІ 0,01-0,28).

Докази з низьким рівнем достовірності демонструють також, що щоденний прийом препаратів заліза може підвищити рівень Hb у матері ближче до пологів (34-й тиждень вагітності і пізніше) (19 досліджень, 3704 жінки; РС: на 8,88 г/л вище, 95% ДІ 6,96-10,8 г/л) і може підвищити частку жінок з високим рівнем Hb ближче до пологів (рівень Hb > 130 г/л на 34-й тижні вагітності і пізніше) (8 досліджень, 2156 жінок; ВР 3,07, 95% ДІ 1,18-8,02).

Щодо материнської захворюваності докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що щоденний прийом препаратів заліза, ймовірно, знижує ризик післяпологових інфекцій у матері (4 дослідження, 4374 жінки; ВР 0,68, 95% ДІ 0,5-0,92). Докази з низьким рівнем достовірності демонструють, що щоденний прийом препаратів заліза має незначний ефект або не впливає на частоту прееклампсії (4 дослідження, 1704 жінки; ВР 1,63, 95% ДІ 0,87-3,07) і кровотечі під час вагітності (2 дослідження, 1157 жінок; ВР 1,48, 95% ДІ 0,51-4,31). Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що прийом препаратів заліза, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту післяпологової кровотечі (4 дослідження, 1488 жінок; ВР 0,93, 95% ДІ 0,59-1,49). Докази щодо інших показників материнської захворюваності, в тому числі передчасного відшарування плаценти і переливання крові, мають дуже низький рівень достовірності.

Докази з низьким рівнем достовірності демонструють, що щоденний прийом препаратів заліза має незначний ефект або не впливає на материнську смертність (2 дослідження, 12560 жінок; ВР 0,33, 95% ДІ 0,01-8,19). Задоволеність жінок оцінена в одному малому дослідженні (49 жінок), в якому виявлені незначні відмінності між групою щоденного прийому препаратів заліза і контрольною групою.

Побічні ефекти. Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що щоденний прийом препаратів заліза, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту будь-яких побічних ефектів (11 досліджень, 2425 жінок; ВР 1,29, 95% ДІ 0,83-2,02), і може мати незначний ефект або не впливає на частоту закрепів (4 дослідження, 1 495 жінок; ВР 0,95, 95% ДІ 0,62-1,43), печії (3 дослідження 1323 жінки; ВР 1,19, 95% ДІ 0,86-1,66) і блювання (4 дослідження, 1392 жінки; ВР 0,88, 95% ДІ 0,59-1,30). Докази того, що щоденний прийом препаратів заліза має незначний ефект або не впливає на частоту нудоти, мають низький рівень достовірності (4 дослідження, 1377 жінок; ВР 1,21, 95% ДІ 0,72-2,03). Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що щоденний прийом препаратів заліза знижує частоту діареї (3 дослідження, 1088 жінок; ВР 0,55, 95% ДІ 0,32-0,93).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності демонструють, що щоденний прийом препаратів заліза може знижувати частоту народження маловагих новонароджених (<2500 г) (11 досліджень, 17613 новонароджених; ВР 0,84, 95% ДІ 0,69-1,03). Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що щоденний прийом препаратів заліза не знижує ризик передчасних пологів до 37-го тижня вагітності (13 досліджень, 19286 жінок; ВР 0,93, 95% ДІ 0,84-1,03), але знижує ризик передчасних пологів до 34-го тижня вагітності (5 досліджень, 3749 жінок; ВР 0,51, 95% ДІ 0,29-0,91).

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що щоденний прийом препаратів заліза може мати незначний ефект або не впливає на частоту вад розвитку (4 дослідження, 14636 новонароджених; ВР 0,88, 95% ДІ 0,58-1,33). Докази із середнім рівнем достовірності показують, що щоденний прийом препаратів заліза, ймовірно, має незначний ефект або не

впливає на частоту смерті новонароджених (4 дослідження, 16603 новонароджених; ВР 0,91, 95% ДІ 0,71-1,18). Інфекції новонароджених та народження МГВ дітей не вивчалися як результати.

Додаткові міркування

- За основними наслідками результати аналізів досліджень за підгрупами, як правило, узгоджувалися з загальними даними. Більш детальну інформацію можна знайти в веб-додатку (ДБ Таблиця А.2.1).

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Препарати заліза і фолієвої кислоти для щоденного прийому є відносно дешевими і коштують менше 1 дол. США на 1 вагітну²⁷.

Справедливість

Дефіцит заліза і паразитарні захворювання частіше зустрічаються в КНСД і серед неблагополучних груп населення. Крім того, серед населення, яке є бідним, менш освіченим і проживає в сільських районах, спостерігається найбільш висока материнська, малюкова і дитяча смертність²⁹. Підвищення охоплення ефективними заходами в області харчування, які попереджують анемію, особливо серед найбільш неблагополучних груп населення, може зменшити нерівність щодо здоров'я матерів і новонароджених.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що доступність препаратів заліза може активно стимулювати взаємодію жінок з працівниками охорони здоров'я, що надають ДПД (докази з низьким рівнем достовірності)²². Однак, там, де прийом препаратів пов'язаний з додатковими витратами або препарати є недоступними (внаслідок нестачі ресурсів), жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД (докази з високим рівнем достовірності). Більш низькі дози заліза можуть рідше викликати побічні ефекти і, отже, можуть бути більш прийнятними для жінок.

Здійснимість

Якісні докази, що стосуються думки працівників охорони здоров'я, вказують, що нестача ресурсів, яка виявляється як відсутністю препаратів, так і браком відповідним чином навченого персоналу, щоб розподіляти їх, може обмежувати впровадження (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

А.2.2 Періодичний прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти

Рекомендація А.2.2. Якщо щоденний прийом препаратів заліза неможливий через побічні ефекти і поширеність анемії серед вагітних в популяції не перевищує 20%, для поліпшення материнських і неонатальних результатів вагітним рекомендується періодичний прийом всередину препаратів заліза в дозі 120 мг в перерахунку на елементарне залізо 1 раз на тиждень і фолієвої кислоти в дозі 2800 мкг (2,8 мг) 1 раз на тиждень. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

• Дана рекомендація замінює попередню з публікації ВООЗ «Рекомендації: періодичний додатковий прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти вагітними без анемії» (2012)⁵⁵ і повинна розглядатися разом з рекомендацією А.2.1.

- В цілому, якщо поширеність анемії серед вагітних менше 20%, вона не вважається серйозною проблемою охорони громадського здоров'я³³.

- Перед початком періодичного прийому препаратів заліза необхідне точне вимірювання рівня гемоглобіну, щоб підтвердити відсутність анемії у вагітної. Отже, ця рекомендація може потребувати розвиненої системи охорони здоров'я, що дозволяє проводити точні дослідження рівня гемоглобіну і контролювати його під час вагітності.

- Якщо при наданні ДПД у жінки діагностована анемія (Hb <110 г/л), вона повинна отримувати препарати заліза в дозі 120 мг в перерахунку на елементарне залізо і препарати фолієвої кислоти в дозі 400 мкг (0,4 мг) всередину щодня, поки рівень гемоглобіну не стане нормальним (Hb 110 г/л або вище)^{34, 51}. Потім вона може відновити щоденний (або періодичний, якщо щоденний прийом неприйнятний через побічні ефекти) прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти в стандартній для вагітних дозі для профілактики рецидиву анемії.

- Зацікавлені сторони можуть розглянути способи нагадування вагітним про необхідність періодичного прийому препаратів або надання допомоги в усуненні побічних ефектів.

Примітка:

120 мг заліза міститься в 600 мг сульфату заліза гептагідрату, 360 мг фумарату заліза і 1000 мг глюконату заліза

Резюме доказів і міркувань

Ефекти періодичного прийому препаратів заліза і фолієвої кислоти в порівнянні з щоденним прийомом (ДБ Таблиця А.2.2)

Докази щодо ефективності періодичного прийому препаратів заліза і фолієвої кислоти отримані з Кокранівського огляду, який включав 27 досліджень з 15 країн. Однак в мета-аналіз увійшли докази тільки з 21 дослідження (включали 5490 жінок)⁵⁶. Всі дослідження проведені в КНСД, в яких є ризик зараження малярією (Аргентина, Бангладеш, В'єтнам, Гватемала, Індія, Індонезія, Ісламська Республіка Іран, Китай, Малаві, Малайзія, Мексика, Пакистан, Республіка Корея, Таїланд і Шрі-Ланка). Однак тільки в одному дослідженні спеціально зазначено, що воно проводилося в районах, ендемічних з малярії.

Більшість з вивчених режимів припускали щотижневий прийом препаратів найчастіше в дозі 120 мг в перерахунку на залізо (діапазон 80-200 мг) і порівнювалися зі щоденним прийомом препаратів найчастіше в дозі 60 мг в перерахунку на залізо (діапазон 20-120 мг). Якщо в дослідженні жінки приймали також препарати фолієвої кислоти, то в групі періодичного прийому їх призначали щотижня (діапазон 400-3500 мкг) і порівнювали зі стандартною щоденною дозою в контрольній групі.

Материнські результати

Дані про анемію представлені в дослідженнях по-різному. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що відмінності у впливі на анемію до моменту пологів періодичного і щоденного прийому препаратів заліза можуть бути незначними або відсутніми (4 дослідження, 676 жінок; ВР 1,22, 95% ДІ 0,84-1,80). Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що анемія ближче до пологів (діагностується при Hb <110 г / л на 34-му тижні вагітності або пізніше), ймовірно, частіше спостерігається при періодичному, ніж при щоденному прийомі препаратів заліза (8 досліджень, 1385 жінок; ВР 1,66, 95% ДІ 1,09-2,53), а також що періодичний прийом препаратів заліза з меншою ймовірністю призводить до рівня гемоглобіну понад 130 г/л (15 досліджень, 2616 жінок; ВР 0,53, 95% ДІ 0,38-0,74). Тяжка анемія не відзначена в жодній з груп в 6 дослідженнях, які виявили такий результат (1240 жінок). Докази про середній рівень гемоглобіну ближче до пологів і частоту тяжкої анемії після пологів мають дуже низький рівень достовірності.

Обмежені докази, що стосуються материнської захворюваності, отримані з одного малого дослідження (110 жінок), оцінені як вкрай невизначені. Інфекції у матерів і їх задоволеність в цьому огляді не оцінені.

Побічні ефекти. Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що періодичний прийом препаратів заліза, ймовірно, рідше супроводжується нудотою, ніж щоденний (7 досліджень, 1034 жінки; ВР 0,60, 95% ДІ 0,37-0,97). Однак докази, що стосуються інших специфічних (закрепів, діареї, печії і блювання) і будь-яких інших побічних ефектів, мають дуже низький рівень достовірності.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що періодичний прийом препаратів заліза може мати подібну дію на частоту народження новонароджених з малою масою тіла (<2500 г), як і щоденний прийом (8 досліджень, 1898 новонароджених; ВР 0,82, 95% ДІ 0,50-1,22). Однак докази, що стосуються впливу на частоту передчасних пологів (до 37 і 34-го тижня вагітності), оцінені як вкрай невизначені. Докази щодо порівняльного впливу періодичного і щоденного прийому препаратів заліза на неонатальну смертність також вкрай невизначені. Такі результати, як інфекції у новонароджених і народження МГВ дітей, не включені до огляду.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Періодичний прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти може бути трохи дешевшим ніж постійний внаслідок нижчої сумарної дози заліза на тиждень.

Справедливість

Періодичний прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти може менше впливати на нерівність щодо здоров'я, ніж щоденний, оскільки серед неблагополучних груп населення частіше зустрічається анемія.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що доступність препаратів заліза може активно стимулювати взаємодію жінок з працівниками охорони здоров'я, що надають ДПД (докази з низьким рівнем достовірності)²². Однак, там, де прийом препаратів пов'язаний з додатковими витратами або препарати є недоступними (внаслідок нестачі ресурсів), жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД (докази з високим рівнем достовірності). Жінки можуть вважати періодичний прийом препаратів заліза більше прийнятним, особливо якщо вони мають побічні ефекти при щоденному прийомі.

Здійснимість

Ймовірно, якщо періодичний прийом препаратів заліза коштує дешевше, ніж щоденний, то його легше здійснити в умовах обмежених ресурсів.

А.3 Прийом препаратів кальцію

Рекомендація А.3. У групах населення зі зниженим споживанням кальцію з їжею для зниження ризику прееклампсії вагітним рекомендується щоденний прийом всередину препаратів кальцію в дозі 1,5-2 г в перерахунку на кальцій. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Дана рекомендація відповідає представленій в «Рекомендації ВООЗ з профілактики та лікування прееклампсії і еклампсії» (2011)⁵⁷ (сильна рекомендація, якість доказів середня) і замінює попередню з «Рекомендації ВООЗ: додатковий прийом препаратів кальцію вагітними» (2013)³⁸.

- Консультування вагітних з питань харчування повинно пропагувати достатнє вживання кальцію за допомогою споживання доступних на місцях багатих кальцієм продуктів харчування.

- Розподіл добової дози препаратів кальцію на кілька прийомів може підвищувати прийнятність. Рекомендована схема прийому – 1,5-2 г/добу всередину в три прийоми переважно під час прийому їжі.

- Можливі несприятливі взаємодії при одночасному прийомі препаратів заліза і кальцію. Отже, бажано, щоб ці препарати призначалися з інтервалом в кілька годин, а не одночасно³⁸.

- Оскільки чітких даних про терміни початку прийому препаратів кальцію немає, то зацікавлені сторони можуть прагнути почати його з першого відвідування в рамках ДПД з урахуванням можливої проблематичності прихильності.

- Щоб досягти найбільш незахищених груп населення і забезпечити своєчасне і безперервне постачання препаратів, зацікавлені сторони можуть розглянути питання перерозподілу обов'язків із постачання препаратів кальцію в спільнотах з низькою доступністю працівників охорони здоров'я (див. рекомендацію Е.6.1 в розділі «Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості ДПД»).

- Впровадження та вплив цієї рекомендації слід відстежувати на рівні системи охорони здоров'я регіону та країни з використанням чітко визначених критеріїв та індикаторів, пов'язаних з цілями, узгодженими на місцях. Слід оцінювати успіхи і невдачі, щоб мати дані для включення цієї рекомендації в комплекс заходів в рамках ДПД.

- Інші рекомендації ВООЗ з профілактики та лікування прееклампсії і еклампсії представлені в Керівництві ВООЗ 2011 року⁵⁷ та доступні на сайті: <http://apps.who.int/>

Резюме доказів і міркувань

Ефекти додаткового прийому препаратів кальцію у порівнянні з його відсутністю (для результатів, відмінних від артеріальної гіпертензії / прееклампсії) (ДБ Таблиця А.3)

Дані про ефективність додаткового прийому препаратів кальцію щодо результатів, відмінних від артеріальної гіпертензії / прееклампсії, отримані з Кокранівського огляду⁵⁸. Він включав дані 23 досліджень, в яких включено 18587 вагітних. Мета огляду – визначити ефективність препаратів кальцію щодо материнських і перинатальних наслідків, відмінних від артеріальної гіпертензії. Останнє вивчено в окремому Кокранівському огляді⁵⁹, на який зроблено посилання, щоб підкріпити наявні рекомендації ВООЗ щодо додаткового прийому препаратів кальцію для попередження прееклампсії в групах населення з низьким споживанням кальцію з їжею^{38, 57}.

У 14 дослідженнях добова доза кальцію склала від 1000 до 2000 мг, в інших була нижче 1000 мг. У 11 дослідженнях прийом препаратів кальцію починали з 20-го тижня вагітності або пізніше, в 5 – до 20-го тижня вагітності, в інших – терміни початку прийому не уточнені. У 16 дослідженнях первинним результатом була частота артеріальної гіпертензії вагітних. Дані для кожного результату, відмінного від артеріальної гіпертензії, були отримані в декількох дослідженнях. Ці дані представлені в цьому розділі.

Материнські результати

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом препаратів кальцію не впливає на частоту анемії у матерів (1 дослідження, 1098 жінок; ВР 1,04, 95% ДІ 0,90-1,22) і кесарева розтину (9 досліджень, 7440 жінок; ВР 0,99, 95% ДІ 0,89-1,10). Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів

кальцію, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на материнську смертність (2 дослідження, 8974 жінки; ВР 0,29, 95% ДІ 0,06-1,38), а також на ризик інфекцій сечових шляхів (3 дослідження, 1743 жінки; ВР 0,95, 95% ДІ 0,69-1,30). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів кальцію може мати незначний ефект або не впливає на збільшення ваги під час вагітності (3 дослідження; РС – 29,46 г/тиждень, 95% ДІ від -119,80 до 60,89 г / тиждень). Задоволеність жінок не вивчалась у жодному з досліджень, включених до Кокранівського огляду.

Побічні ефекти. Додатковий прийом препаратів кальцію має незначний ефект або не впливає на ризик «будь-яких побічних ефектів» – комплексний результат, який включає головний біль, блювання, біль в попереку, набряки, неприємні відчуття у піхві, дизурію, диспепсію і біль в животі (1 дослідження, 8312 жінок; ВР 1,02, 95% ДІ 0,93-1,12) і, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на ризик сечокам'яної хвороби (3 дослідження, 13419 жінок; ВР 1,11, 95% ДІ 0,48-2,54), ниркової кольки (1 дослідження, 8312 жінок; ВР 1,67, 95% ДІ 0,40-6,99) і порушення функції нирок (1 дослідження, 4589 жінок; ВР 0,91, 95% ДІ 0,51-1,64); всі докази оцінені як з середнім рівнем достовірності. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів кальцію має незначний ефект або не впливає на ризик жовчнокам'яної хвороби (1 дослідження, 518 жінок; ВР 1,35, 95% ДІ 0,48-3,85).

Наслідки для плода та новонародженого

Додатковий прийом препаратів кальцію має незначний ефект або не впливає на частоту народження дітей з малою масою тіла (<2500 г), на що вказують докази із середнім рівнем достовірності внаслідок неузгодженості (6 досліджень, 14162 жінки; ВР 0,93, 95% ДІ 0,81-1,07). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів кальцію може мати незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів до 37-го тижня вагітності (13 досліджень, 16139 жінок; ВР 0,86, 95% ДІ 0,70-1,05). Однак після стратифікації за дозою (<1000 мг і ≥ 1000 мг) докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом препаратів кальцію у високих дозах, ймовірно, знижує частоту передчасних пологів (12 досліджень, 15479 жінок; ВР 0,81, 95% ДІ 0,66-0,99).

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів кальцію може мати незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (8 досліджень, 15785 жінок; ВР 0,87, 95% ДІ 0,72-1,06), докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що він, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту мертвородження і внутрішньоутробної загибелі плоду (6 досліджень, 15269 жінок; ВР 0,91, 95% ДІ 0,72-1,14).

Додаткові міркування

- У «Рекомендаціях ВООЗ з профілактики та лікування прееклампсії і еклампсії» (2011 р.) рекомендація щодо прийому препаратів кальцію зазначена наступним чином: «У районах зі зниженим споживанням кальцію з їжею додатковий прийом препаратів кальцію (у дозі 1,5-2 г/добу в перерахунку на кальцій) рекомендується всім вагітним для зниження ризику прееклампсії, особливо тим, у кого є підвищений ризик цього стану (наполеглива рекомендація)»⁵⁷. Ця рекомендація заснована на доказах середньої якості, які демонструють зниження ризику прееклампсії на 64% (ДІ 35-80%) на тлі додаткового прийому кальцію жінками або в групах населення з низьким споживанням кальцію з їжею⁵⁷.

- При вивченні доказів, представлених в огляді для результатів, відмінних від артеріальної гіпертензії, ГРР погодилася, що ефективність препаратів кальцію для профілактики передчасних пологів, можливо, невід'ємна від їх ефективності для профілактики прееклампсії, оскільки передчасні пологи часто є наслідком прееклампсії.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

ГРР зазначила, що вартість препаратів кальцію (3 × 1 таблетка по 600 мг на день протягом 6 місяців = US \$ 11,50)²⁷ є відносно високою в порівнянні з препаратами заліза і фолієвої кислоти. Вага препаратів також може мати фінансову і логістичну значимість для зберігання і транспортування.

Справедливість

У багатьох КНСД жінки, які є бідними, менш освіченими та проживають в сільських районах, мають більш несприятливі наслідки вагітності, ніж більш благополучні жінки²⁹. Передчасні пологи – найчастіша причина неонатальної смертності, причому більшість випадків доводиться на КНСД. Отже, ефективні заходи з харчування, які проводяться серед неблагополучних груп населення з метою зниження частоти передчасних пологів, можуть зменшити нерівність щодо здоров'я.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань та інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які отримані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини і позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Таблетки карбонату кальцію можуть викликати дискомфорт у багатьох жінок через великий розмір і порошкоподібну текстуру⁵⁹. Крім того, втручання зазвичай передбачає прийом трьох таблеток на день, що істотно збільшує кількість таблеток, які щодня приймаються жінкою (на додаток до препаратів заліза і фолієвої кислоти). Це може впливати як на прийнятність, так і на дотримання рекомендацій, і вимагає оцінки в контексті програми.

Здійснимість

Крім вартості, додатковий прийом препаратів кальцію може бути пов'язаний з питаннями логістики (препарати є об'ємними і вимагають відповідного транспортування і зберігання для підтримки запасів в медичних закладах) і іншими труднощами (наприклад, з прогнозуванням). Якісні докази, які стосуються думок працівників охорони здоров'я, вказують, що недолік ресурсів може обмежити використання рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

А.4 Прийом вітаміну А

Рекомендація А.4. Призначати вітамін А для профілактики гемералопії (погіршення сутінкового зору) рекомендується тільки вагітним, які проживають в районах, де дефіцит вітаміну А є серйозною проблемою охорони громадського здоров'я. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Дана рекомендація замінює попередню з публікації ВООЗ (2011)⁶⁰.
- Додатковий прийом вітаміну А не рекомендований для поліпшення материнських і перинатальних наслідків.
- Дефіцит вітаміну А вважається серйозною проблемою охорони громадського здоров'я, якщо у 5% жінок і більше в анамнезі є вказівки на епізоди погіршення сутінкового зору під час останньої за попередні 3-5 років вагітності, що закінчилася народженням живої дитини, або якщо у 20% вагітних і більше рівень ретинолу в сироватці крові становить менше 0,70 мкмоль/л⁶¹. Визначення дефіциту вітаміну А як проблеми охорони громадського здоров'я передбачає оцінку його поширеності в популяції за допомогою певних біохімічних і клінічних показників.

- Слід заохочувати вагітних отримувати належне харчування, що найкращим чином досягається дотриманням правильної збалансованої дієти, і звертатися до Керівництва ВООЗ щодо здорового харчування⁴¹.

- У районах, де показаний додатковий прийом вітаміну А в зв'язку з його дефіцитом, його можна призначати щодня або щотижня. Згідно з чинними рекомендаціями ВООЗ, щоденна доза може досягати 10000 МО, щотижнева – 25000 МО⁶⁰.

- Одноразовий прийом вітаміну А в дозі більше 25000 МО не рекомендується, оскільки його безпека невідома. Крім того, одноразовий прийом вітаміну А в дозі більше 25000 МО з 15-го по 60-й день з моменту зачаття може мати тератогенну дію⁶⁰.

- Переваги додаткового прийому вітаміну А в групах населення, які отримують щодня понад 8000 МО або 2400 мкг вітаміну А, не доведені. Плановий додатковий прийом препаратів вітаміну А в цих групах пов'язаний з ризиком несприятливих явищ (при споживанні в дозах більше 10000 МО)⁶².

Резюме доказів і міркувань

Ефекти додаткового прийому вітаміну А в порівнянні з його відсутністю (ДБ Таблиця А.4)

Докази отримані з Кокранівського систематичного огляду 19 досліджень прийому вітаміну А (з іншими препаратами або без них) в порівнянні з його відсутністю (застосуванням плацебо або інших препаратів) за участю понад 310000 жінок⁶³. Всі дослідження, за винятком одного, проведеного в Сполученому Королівстві, проведені в КНСД, в тому числі в Бангладеш, Гані, Індії, Індонезії, Китаї, Малаві, Непалі, Об'єднаній Республіці Танзанія і Південній Африці. Більшість досліджень проводили в групах населення з дефіцитом вітаміну А, одне дослідження включало тільки ВІЛ-інфікованих жінок. Дослідження суттєво різнилися за дизайном, в тому числі за дозами препаратів і термінами початку прийому. В аналіз ефективності прийому вітаміну А окремо, в порівнянні з плацебо або з відсутністю лікування включені 10 досліджень.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом вітаміну А під час вагітності в групах населення з дефіцитом вітаміну А, ймовірно, знижує ризик анемії у матерів (3 дослідження, 15649 жінок; ВР 0,64, 95% ДІ 0,43-0,94), однак це, можливо, має незначний ефект або не впливає на материнську смертність (4 дослідження, 101574 жінки; ВР 0,88, 95% ДІ 0,65-1,20). Докази з низьким рівнем достовірності для комплексного результату, які оцінюють інфекції у матерів (в тому числі лихоманку протягом більш ніж одного тижня після пологів, лихоманку після пологів більше 38°C, субклінічний мастит і / або бактеріальний вагіноз), вказують, що додатковий прийом препаратів вітаміну А може знижувати частоту інфекцій у матерів (5 досліджень, 17313 жінок; середній ВР 0,45, 95% ДІ 0,2-0,99). Побічні ефекти і інші материнські результати, які стосуються рекомендацій з ДПД, не представлені.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом вітаміну А має незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (76176 жінок; ВР 1,01, 95% ДІ 0,95-1,07), неонатальну смертність (3 дослідження, 89556 новонароджених; ВР 0,97, 95% ДІ 0,90-1,05) і частоту мертвонародження (2 дослідження, 122850 новонароджених; ВР 1,04, 95% ДІ 0,98-1,10). Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом вітаміну А, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту народження маловагих дітей (<2500 г) (4 дослідження, 14599 новонароджених; ВР 1,02, 95% ДІ 0,89-1,16), а докази з низьким рівнем достовірності вказують, що він має незначний ефект або не

впливає на частоту передчасних пологів (5 досліджень, 40137 жінок; ВР 0,98, 95% ДІ 0,94-1,01). Частота інфекцій і вад розвитку у новонароджених в дослідженнях не представлена.

Додаткові міркування

- Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом вітаміну А знижує частоту гемералопії (погіршення сутінкового зору) у вагітних, які живуть в місцевостях з високою поширеністю цього захворювання (2 дослідження, приблизно 100000 жінок; ВР 0,79, 95% ДІ 0,64-0,98).

- Самовільні аборти і тератогенна дія відзначені при прийомі вітаміну А в високих дозах протягом 60 днів після зачаття. Однак експертна група ВООЗ на консультації, проведеної в 1998 р, дійшла висновку, що добова доза до 3000 мкг після 60-го дня вагітності, ймовірно, є безпечною, особливо в районах, де поширений дефіцит вітаміну А⁶².

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Препарати вітаміну А є відносно дешевими: їх вартість приблизно US \$ 0,30 на жінку в місяць (при прийомі в дозі 10000 МО/добу або 25000 МО/тиждень)²⁷. Препарати вітаміну А можуть призначатися щодня і щотижня.

Справедливість

Ефективні заходи з питань харчування в неблагополучних групах населення можуть зменшити нерівність щодо здоров'я за рахунок поліпшення харчування матерів і зміцнення їх здоров'я.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань і інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які отримані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини та позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²².

Здійснимість

Якісні докази демонструють, що там, де додатковий прийом препаратів пов'язаний з додатковими витратами (докази з високим рівнем достовірності) або рекомендований захід є недоступним внаслідок нестачі ресурсів (докази з низьким рівнем достовірності), жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД⁴⁵.

А.5 Прийом препаратів цинку

Рекомендація А.5. Призначення вагітним препаратів цинку рекомендується тільки в рамках наукових досліджень. (Рекомендовано при певних умовах – наукові дослідження)

Коментарі

• Багато з включених досліджень схильні до ризику помилок, що вплинуло на достовірність доказів огляду даних про ефективність додаткового прийому препаратів цинку.

• Докази з низьким рівнем достовірності того, що додатковий прийом препаратів цинку може знижувати частоту передчасних пологів, вимагають проведення подальших досліджень. Те ж стосується й інших випадків, для яких отримані вкрай невизначені докази (наприклад, перинатальна смертність, частота сепсису у новонароджених), особливо в групах населення з дефіцитом цинку, для яких відсутня стратегія поліпшення харчування. Мета подальших досліджень – з'ясувати взаємодію препаратів заліза і / або кальцію і цинку при одночасному прийомі. ГРР вважає, що поліпшення харчування може бути більш

рентабельною стратегією, і що необхідно більше даних про рентабельність стратегій поліпшення харчування.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти додаткового прийому препаратів цинку в порівнянні з його відсутністю (ДБ Таблиця А.5)

Докази отримані з Кокранівського огляду 21 дослідження, в якому брали участь більше 17000 жінок⁶⁴. Більшість досліджень проведені в КНСД, в тому числі в Бангладеш, Гані, Єгипті, Індонезії, Ісламській Республіці Іран, Китаї, Непалі, Пакистані, Перу, Чилі та Південній Африці. Шість досліджень проведені в Данії, Сполученому Королівстві і США. Щоденний додатковий прийом препаратів цинку порівнювали з його відсутністю або з прийомом плацебо. Дослідження сильно розрізнялися за кількістю включених жінок (діапазон 56-4926 жінок), дозою цинку (діапазон 5-90 мг/добу), станом харчування та споживання цинку на момент включення в дослідження, термінами початку і тривалості додаткового прийому препаратів (в одному дослідженні прийом препаратів починали до зачаття, в більшості інших – в I або в II триместрі вагітності, в 2 дослідженнях – після 26 тижня вагітності і до пологів) і дотриманням рекомендацій щодо прийому препаратів.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів цинку, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на ризик інфекцій у матерів (3 дослідження, 1185 жінок; ВР 1,06; 95% ДІ 0,74-1,53). Докази, що стосуються частоти кесарева розтину, прееклампсії і побічних ефектів (порушення смаку та нюху у матерів), мають дуже низький рівень достовірності. В огляд в якості результатів включені частота анемії, материнська смертність і задоволеність жінок.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів цинку, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на ризик народження МГВ дітей (8 досліджень, 4252 новонароджених; ВР 1,02; 95% ДІ 0,94-1,11) або народження маловагих новонароджених (14 досліджень, 5643 новонароджених; ВР 0,93, 95% ДІ 0,78-1,12). Однак докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів цинку може знижувати частоту передчасних пологів (16 досліджень, 7637 жінок; ВР 0,86, 95% ДІ 0,76-0,97), особливо у жінок з передбачуваним низьким споживанням цинку і поганим харчуванням (14 досліджень, 7099 жінок; ВР 0,87, 95% ДІ 0,77-0,98). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів цинку може мати незначний ефект або не впливає на частоту вад розвитку (6 досліджень, 1240 новонароджених; ВР 0,67, 95% ДІ 0,33-1,34) і макросомії (визначається в оглядах як «висока маса тіла при народженні»; 5 досліджень, 2837 новонароджених; ВР 1,00, 95% ДІ 0,84-1,18). Докази, що стосуються перинатальної смертності і частоти сепсису у новонароджених, мають дуже низький рівень достовірності.

Додаткові міркування

- Дослідження були клінічно гетерогенними, в зв'язку з цим не зрозуміло, які дози препаратів цинку і терміни їх призначення, якщо такі були вказані, можуть знижувати частоту передчасних пологів. Докази, які підтверджують те, що додатковий прийом препаратів цинку викликає побічні ефекти, незначні або відсутні. Крім того, не уточнена взаємодія препаратів заліза і / або кальцію і цинку при одночасному прийомі. Анемія у матерів в огляді не оцінювалася.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Вартість препаратів цинку становить приблизно 1,30 дол. США за 100 таблеток по 20 мг (тобто менше 3,00 дол. США за 6 місяців прийому по 20 мг/добу)²⁷.

Справедливість

Ефективні заходи, спрямовані на поліпшення харчування матерів із неблагополучних груп населення, можуть зменшити нерівність в випадку охорони здоров'я. Звіт ВООЗ демонструє відмінності показників неонатальної, малюкової та дитячої смертності, а також поширеності відставання в зрості залежно від економічної ситуації, рівня освіти та місця проживання в КНСД. Поширеність відставання в зрості може бути хорошим індикатором дефіциту цинку в КНСД³⁹.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань і інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які надані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини та позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²².

Здійснимість

Можливо більш виправдано збагачувати цинком продукти харчування, ніж забезпечувати додатковий прийом препаратів цинку, особливо в умовах високої поширеності відставання дітей у зрості.

А.6 Прийом добавок, що містять комплекси мікронутрієнтів

Рекомендація А.6. Прийом добавок, що містять комплекси мікронутрієнтів, для поліпшення материнських і перинатальних наслідків вагітним не рекомендується. (Не рекомендовано)

Коментарі

- Є деякі докази додаткової користі застосування комплексів мікронутрієнтів (MMN), які містять 13-15 різних компонентів (включаючи залізо і фолієву кислоту), в порівнянні з прийомом тільки препаратів заліза і фолієвої кислоти. Однак є також деякі докази несприятливих наслідків застосування комплексів мікронутрієнтів, а також деякі суттєві прогалини в доказах. Хоча ГРР погодилася, що в цілому даних, аби підтвердити рекомендацію, недостатньо, вона вважає, що в країнах з високою поширеністю дефіциту поживних речовин особи, відповідальні за розробку політики, можуть розцінити, що сприятливі наслідки додаткового прийому комплексів мікронутрієнтів для здоров'я матерів переважають несприятливі, і вирішити застосовувати комплекси мікронутрієнтів, які містять залізо та фолієву кислоту.

- Для вирішення питань, які мікронутрієнти покращують материнські і перинатальні наслідки і яка їхня оптимальна комбінація в одному препараті, необхідні додаткові дослідження.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти додаткового прийому MMN (містять 13-15 різних мікронутрієнтів) в порівнянні з додатковим прийомом препаратів заліза і фолієвої кислоти (ДБ Таблиця А.6)

Докази отримані з Кокранівського огляду 17 досліджень, в яких брала участь 137791 жінка⁶⁵. Однак дані для цього порівняння взяті тільки з 14 досліджень. Всі дослідження проведені в КНСД: Бангладеш (2), Буркіна-Фасо (1), Гвінеї-Бісау (1), Зімбабве (1),

Індонезії (2), Китаї (2), Мексиці (1), Непалі (2), Нігері (1) і Пакистані (1). Дослідження порівнювали додатковий прийом препаратів, що містять 13-15 мікронутрієнтів (у тому числі залізо і фолієву кислоту), з додатковим прийомом тільки препаратів заліза і фолієвої кислоти, за винятком одного дослідження, в якому в контрольній групі призначали тільки препарати заліза. Дев'ять досліджень оцінювали препарати, які містять 15 мікронутрієнтів, в тому числі вітаміни А, В₁, В₂, В₆, В₁₂, С, D і Е, мідь, фолієву кислоту, йод, залізо, ніацин, селен і цинк, в тих же дозах, що в міжнародному препараті Організації об'єднаних націй, що містить комплекс мікроелементів (UNIMMAP)⁶⁶. Докази з досліджень UNIMMAP об'єднали з доказами з досліджень MMN, що містять 13 і 14 мікронутрієнтів, і використовували в окремих аналізах досліджень за підгрупами за допомогою методу випадкових ефектів. Проведені аналізи досліджень за підгрупами залежно від дози заліза (60 або 30 мг) у контрольній групі. Аналізи представлені в web-додатку (ДБ Таблиця А.6).

Материнські результати

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом MMN має ефект, подібний до додаткового прийому тільки препаратів заліза і фолієвої кислоти (стандартна допомога), щодо анемії у матерів (5 досліджень; ВР 0,98, 95% ДІ 0,85-1,13). Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що порівняно з прийомом тільки препаратів заліза і фолієвої кислоти прийом MMN, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту кесарева розтину (4 дослідження; ВР 1,03, 95% ДІ 0,75-1,43), а докази з низьким рівнем достовірності вказують, що він може мати незначний ефект або не впливає на материнську смертність (3 дослідження; ВР 0,97, 95% ДІ 0,63-1,48). Доказів, що стосуються задоволеності жінок і побічних ефектів не було.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом MMN знижує ризик народження маловагих новонароджених в порівнянні з додатковим прийомом тільки препаратів заліза і фолієвої кислоти (14 досліджень; ВР 0,88, 95% ДІ 0,85-0,91), але докази із середнім рівнем достовірності вказують, що він, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на ризик народження МГВ дітей (13 досліджень; ВР 0,98, 95% ДІ 0,96-1,00). Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом MMN має незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів (14 досліджень; ВР 0,95, 95% ДІ 0,88-1,03). Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом MMN, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (11 досліджень; ВР 1,00, 95% ДІ 0,85-1,19), неонатальну смертність (11 досліджень; ВР 0,99, 95% ДІ 0,90-1,08) і частоту мертвородження (14 досліджень; ВР 0,97, 95% ДІ 0,86-1,09). Докази, що стосуються частоти вад розвитку, мають низький рівень достовірності і є непереконливими (1 дослідження, 1200 жінок; ВР 0,99, 95% ДІ 0,14-7,00). Докази з високим рівнем достовірності з оглядів, обмежених тільки дослідженнями UNIMMAP, узгоджуються із загальними результатами, за винятком того, що вони демонструють, що додатковий прийом UNIMMAP знижує ризик народження МГВ дітей у порівнянні з додатковим прийомом тільки препаратів заліза і фолієвої кислоти (8 досліджень; ВР 0,85, 95% ДІ 0,77-0,94). Результати аналізів досліджень за підгрупами в залежності від дози препаратів заліза в контрольній групі в цілому узгоджуються з загальними результатами. Однак в підгрупі досліджень, які порівнюють додатковий прийом MMN з додатковим прийомом препаратів заліза в дозі 60 мг і фолієвої кислоти в дозі 400 мкг, не можна виключити несприятливого впливу MMN на неонатальну смертність (6 досліджень; ВР 1,22, 95% ДІ 0,95-1,57).

Додаткові міркування

- Окремий огляд, який вивчав вплив додаткового прийому MMN під час вагітності на здоров'я дітей за об'єднаними даними дев'яти досліджень, включених в Кокранівський огляд, не виявив їх сприятливого впливу на дитячу смертність, зростання і когнітивні функції⁶⁷.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Додатковий прийом UNIMMAP коштує близько 3 дол. США за вагітність, в той час як додатковий прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти коштує менше 1 дол. США²⁷.

Справедливість

Ефективні заходи щодо поліпшення харчування матерів в неблагополучних групах населення можуть зменшити нерівність щодо здоров'я матерів і новонароджених за рахунок зміцнення здоров'я матерів і профілактики хвороб, пов'язаних з дефіцитом поживних речовин. Однак відмінності у вартості MMN і препаратів заліза і фолієвої кислоти можуть впливати на їх доступність для неблагополучних груп населення, особливо у віддалених і сільських районах, оскільки часто очікується, що вони повинні самі платити за відвідування і препарати на додаток до оплати більш високих транспортних витрат через великі відстані, які їм необхідно долати для отримання ДПД⁶⁸.

Прийнятність

Якісні дані вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань та інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які надані рекомендації (у тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини і позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Однак працівники охорони здоров'я вказують, що значною прогалиною є відсутність належного інформування з питань додаткового прийому MMN⁶⁸.

Здійснимість

Для споживачів заходи з додаткового прийому MMN здійсненні так само, як і заходи з додаткового прийому препаратів заліза і фолієвої кислоти, якщо вони є доступними і безкоштовними, і стикаються з тими ж проблемами дотримання рекомендацій. Однак з боку осіб, які надають допомогу, можливий ряд бар'єрів, таких, як зміна регуляторних норм і стратегій (наприклад, тарифів, маркування, імпорту, державного нагляду), які забезпечують стаке виробництво MMN (місцевих або імпортованих), доступність і якість препаратів. Очікується значна неоднорідність в тому, що стосується здійсненності заходу всередині країн і в різних країнах⁶⁸.

А.7 Прийом вітаміну В₆ (піридоксину)

Рекомендація А.7. Прийом вітаміну В₆ (піридоксину) для поліпшення материнських і перинатальних наслідків вагітним не рекомендується. (Не рекомендовано)

Коментарі

- Слід заохочувати вагітних отримувати належне харчування, що найкращим чином досягається дотриманням правильної збалансованої дієти, і звертатися до Керівництва ВООЗ зі здорового харчування⁴¹.

- ГРР погодилася, що даних про користь і ризик планового додаткового прийому вітаміну В₆ під час вагітності недостатньо, якщо такі взагалі є. Однак дослідження щодо впливу планового додаткового прийому вітаміну В₆ під час вагітності на материнські і перинатальні наслідки не вважаються пріоритетними.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти додаткового прийому препаратів вітаміну В₆ в порівнянні з його відсутністю (ДБ Таблиця А.7)

Докази були отримані з Кокранівського огляду 4 досліджень за участю приблизно 1646 вагітних⁶⁹. Дослідження проведені в КВД між 1960 і 1984 рр. Вітамін В₆ (піридоксин) призначали внутрішньом'язово одноразово (100 мг) або всередину в капсулах або таблетках (від 2,6 до 20 мг / добу) і порівнювали з відсутністю лікування або призначенням плацебо. У це порівняння увійшли дані тільки 2 з 4 досліджень.

Материнські результати

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів піридоксину всередину може мати незначний ефект або не впливає на частоту прееклампсії (2 дослідження, 1197 жінок; ВР 1,71, 95% ДІ 0,85-3,45). Інші материнські результати, що мають відношення до рекомендацій з ДПД, в огляді не представлені.

Наслідки для плода та новонародженого

У дослідженнях не було даних про частоту народження маловагих дітей, передчасних пологів та інших випадків, що належать до рекомендацій з ДПД. Середня маса тіла при народженні оцінена тільки в одному малому дослідженні, але докази вкрай невизначені. Даних про частоту вад розвитку немає.

Додаткові міркування

- Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що вітамін В₆, ймовірно, зменшує нудоту під час вагітності (див. резюме доказів для рекомендації D.1, в розділі D «Допомога при частих симптомах»).

- Дефіцит тільки вітаміну В₆ зустрічається рідко; в більшості випадків він спостерігається в комбінації з дефіцитом інших вітамінів групи В⁷⁰.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.A «Передумови».

Ресурси

В якості окремої добавки вітамін В₆ (піридоксину гідрохлорид в таблетках) може коштувати приблизно 2,50 дол. США за 90 таблеток по 10 мг⁷¹.

Справедливість

Ефективні заходи, спрямовані на поліпшення харчування матерів із неблагополучних груп населення, можуть зменшити нерівність в випадку охорони здоров'я.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань і інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які надані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини та позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²².

Здійснимість

Якісні докази вказують, що там, де додатковий прийом препаратів пов'язаний з додатковими витратами (докази з високим рівнем достовірності) або рекомендований захід є недоступним внаслідок нестачі ресурсів (докази з низьким рівнем достовірності), жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД⁴⁵.

А.8 Прийом вітамінів Е і С

Рекомендація А.8. Прийом вітамінів Е і С для поліпшення материнських і перинатальних наслідків вагітним не рекомендується. (Не рекомендовано)

Коментарі

- ГРР зазначила, що додатковий прийом комбінованих препаратів вітамінів Е і С вивчався головним чином в контексті профілактики прееклампсії. Вітамін С покращує біодоступність препаратів заліза для прийому всередину, але це питання не розглядалося в Кокранівських оглядах. Крім того, докази з низьким рівнем достовірності вказують, що препарати вітаміну С при застосуванні окремо можуть попереджати передчасний розрив плодових оболонок. З цієї причини ГРР погодилася, що майбутні дослідження повинні вивчати прийом вітаміну С окремо від прийому комбінованих препаратів вітамінів Е і С.

- Слід заохочувати вагітних отримувати належне харчування, що найкращим чином досягається дотриманням правильної збалансованої дієти, і звертатися до Керівництва ВООЗ зі здорового харчування⁴¹. Споживання достатньої кількості вітаміну С з їжею є відносно легким завданням.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти додаткового прийому препаратів вітамінів Е і С в порівнянні з його відсутністю (ДБ Таблиця А.8)

Докази були отримані з двох Кокранівських систематичних оглядів, включали дані 17 досліджень, проведених в країнах з низьким, середнім і високим доходом^{72, 73}. Дослідження вивчали ефективність додаткового прийому комбінованих препаратів вітамінів Е і С в порівнянні з його відсутністю або плацебо. Вітамін Е найчастіше застосовувався в дозі 400 МО/добу (15 досліджень), вітамін С – в дозі 1000 мг/добу (13 досліджень). У 14 дослідженнях первинним результатом була частота прееклампсії, в 9 досліджень включали жінок з «високим» або «підвищеним» ризиком прееклампсії. В більшості досліджень додатковий прийом вітамінів починали в II триместрі вагітності.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом комбінованих препаратів вітамінів Е і С, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на ризик прееклампсії (14 досліджень, 20878 жінок; ВР 0,91 95% ДІ 0,79-1,06) і еклампсії (8 досліджень, 19471 жінка; ВР 1,67, 95% ДІ 0,82-3,41). Докази із середнім рівнем достовірності демонструють також, що додатковий прийом вітамінів Е і С, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на материнську смертність (7 досліджень, 17120 жінок; ВР 0,60, 95% ДІ 0,14-2,51) і частоту кесарева розтину (6 досліджень, 15297 жінок; ВР 1,02, 95% ДІ 0,97-1,07).

Побічні ефекти. Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом вітамінів Е і С пов'язаний з підвищеним ризиком болю в животі під час вагітності (1 дослідження, 1877 жінок; ВР 1,66, 95% ДІ 1,16-2,37; абсолютний ефект – на 32 на 1000 жінок вище).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з високим рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом вітамінів Е і С не має істотного впливу на частоту народження МГВ дітей (11 досліджень, 20202 жінки; ВР 0,98, 95% ДІ 0,91-1,06). Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом вітамінів Е і С, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів (11 досліджень, 20565 новонароджених; ВР 0,98, 95% ДІ 0,88-1,09), інфекцій у новонароджених (5 досліджень, 13324 новонароджених; ВР 1,10, 95% ДІ 0,73-1,67) і вад розвитку (4 дослідження, 5511 новонароджених; ВР 1,16, 95% ДІ 0,83-1,63).

Додаткові міркування

- Докази з високим рівнем достовірності, що стосуються болю в животі, отримані в великому добре спланованому дослідженні, в якому біль в животі спостерігалася у 7,9% в групі жінок, які отримували вітаміни Е і С, і у 4,8% – в групі плацебо.

- Незважаючи на достовірність доказів щодо цих ефектів вітамінів Е і С, їх біологічне пояснення відсутнє.

- Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом вітамінів Е і С, ймовірно, знижує ризик передчасного відшарування плаценти (7 досліджень, 14922 жінки; ВР 0,64, 95% ДІ 0,44-0,93; абсолютний ефект – на 3 випадки на 1000 менше), але має незначний ефект або не впливає на ризик кровотечі будь-якої етіології під час вагітності (2 дослідження, 12256 жінок; ВР 1,25, 95% ДІ 0,85-1,82).

- Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом вітамінів Е і С підвищує ризик ПРПО ближче до пологів (на 37-му тижні вагітності або пізніше; 2 дослідження, 2504 жінки; ВР 1,77, 95% ДІ 1,37-2,28; абсолютний ефект – на 52 випадки на 1000 більше).

- Дослідження, яке є основним джерелом даних з ПРПО, було достроково припинено через отримані результати, коли в нього була включена лише чверть запланованого числа учасниць (10000 жінок).

- Докази з низьким-середнім рівнем достовірності, що належать тільки до вітаміну С, вказують на те, що препарати вітаміну С в якості окремої добавки (в дозах від 100 до 1000 мг) можуть знижувати ризик дострокового ПРПО (5 досліджень, 1282 жінки; ВР 0,66, 95% ДІ 0,48-0,91) і ПРПО ближче до пологів (1 дослідження, 170 жінок; ВР 0,55, 95% ДІ 0,32-0,94).

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Вітамін Е (токоферол) в дозі 400 МО/добу коштує приблизно 8 дол. США на місяць прийому. Вартість препаратів вітаміну С сильно варіює; вітамін С у вигляді жувальних таблеток по 1000 мг коштує приблизно 3 дол. США на місяць прийому⁷⁴.

Справедливість

Ефективні заходи, які спрямовані на зниження частоти прееклампсії, можуть зменшити нерівність щодо здоров'я, оскільки летальні випадки прееклампсії спостерігаються головним чином в неблагополучних групах населення.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань і інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які надані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини і позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²².

Здійснимість

Якісні докази демонструють, що там, де додатковий прийом вітамінів пов'язаний з додатковими витратами (докази з високим рівнем достовірності) або рекомендований захід є недоступним внаслідок нестачі ресурсів (докази з низьким рівнем достовірності), жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД⁴⁵.

А.9 Прийом вітаміну D

Рекомендація А.9. Прийом вітаміну D для поліпшення материнських і перинатальних наслідків вагітним не рекомендується. (Не рекомендовано)

Коментарі

- Ця рекомендація замінює попередню рекомендацію з публікації ВООЗ «Рекомендації: додатковий прийом вітаміну D вагітними» (2012)⁷⁵.

- Вагітним слід пояснити, що найбільш важливим фактором утворення вітаміну D є сонячне світло. Час, який необхідно перебувати на сонці, невідомий і залежить від багатьох змінних, таких, як площа відкритої шкіри, час дня, широта, пора року, пігментація шкіри (більш темна шкіра утворює менше вітаміну D, ніж світліша) і застосування сонцезахисних засобів⁷⁵.

- Слід заохочувати вагітних отримувати належне харчування, що найкращим чином досягається дотриманням правильної збалансованої дієти, і звертатися до Керівництва ВООЗ зі здорового харчування⁴¹.

- При виявленому дефіциті вітаміну D під час вагітності препарати вітаміну D можуть призначатися в дозі, яка відповідає нормі добової потреби, тобто 200 МО/добу (5 мкг/добу).

- Згідно з результатами Кокранівського огляду, є 23 дослідження щодо додаткового прийому вітаміну D під час вагітності, які тривають або неопубліковані⁷⁶. Дані, отримані в цих дослідженнях, повинні допомогти прояснити наявні невизначеності щодо впливу вітаміну D, особливо на частоту передчасних пологів, а також інші сприятливі і несприятливі наслідки його застосування в комбінації з іншими вітамінами і мінеральними речовинами, особливо з кальцієм.

Коментар робочої групи:

На момент розробки даної клінічної настанови недостатньо даних, щоб рекомендувати скринінг всіх вагітних жінок на дефіцит вітаміну D і прийом вітаміну D для профілактики передчасних пологів і / або преєклампсії^{21, 22}.

Вагітні жінки можуть приймати вітамін D в кількості від 250 до 600 МО на добу, поки не з'являться докази на користь іншої дози²¹.

Скринінг на дефіцит вітаміну D (визначається як рівень 25-гідроксивітаміну D <20 нг/дл або <50 нмоль/л) показаний вагітним жінкам, які вважаються схильними до високого ризику дефіциту вітаміну D, наприклад, вегетаріанцям / веганам або тим, хто обмежено піддається впливу сонця (холодний клімат, проживання в північних широтах, носіння сонцезахисного і зимового одягу), а також етнічним меншинам.

Дефіцит вітаміну D лікується за допомогою дозування 1000-2000 МО на добу^{2, 21, 22}.

(Джерело: Good clinical practice advice: Micronutrients in the periconceptual period and pregnancy. Int J Gynecol Obstet. 2019. 144: 317-321. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12739>)

Резюме доказів і міркувань

Докази отримані з Кокранівського систематичного огляду, що включав 15 досліджень за участю 2833 жінок⁷⁶. Дев'ять досліджень проведені в КНСД (Бангладеш, Бразилії, Індії, Ісламській Республіці Іран і Китаї) і шість – у КВД (Новій Зеландії, Росії, Сполученому Королівстві та Франції). Кількість учасниць варіювала від 40 до 400. Дев'ять досліджень порівнювали ефективність додаткового прийому вітаміну D в якості окремої добавки в порівнянні з його відсутністю або плацебо, шість – ефективність додаткового прийому препаратів вітаміну D і кальцію порівняно з його відсутністю або плацебо. Дози і схеми прийому препаратів вітаміну D сильно розрізнялися в різних дослідженнях.

а) Ефекти додаткового прийому вітаміну D в якості окремої добавки порівняно з його відсутністю або плацебо (ДБ Таблиця А.9)

В цей порівняльний аналіз увійшли дані 9 досліджень. У 6 дослідженнях вивчали добові дози вітаміну D в інтервалі від 400 до 2000 МО. Два дослідження вивчали одноразове призначення препарату в дозі 200000 МО приблизно на 28-му тижні вагітності, одне

дослідження – щотижневе застосування в дозі 35000 МО протягом III триместру і ще одне дослідження – призначення 1-4 дози вітаміну D (сумарна доза 60000-480000 МО) в залежності від вихідного рівня 25-гідроксивітаміну D в сироватці.

Материнські результати

Докази, які стосуються частоти прееклампсії, ГЦД, кесарева розтину, материнської смертності, побічних ефектів вкрай невизначені (тобто всі докази оцінені як вкрай невизначені).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом вітаміну D може знижувати частоту народження маловагих новонароджених (3 дослідження, 493 жінки; ВР 0,40, 95% ДІ 0,24-0,67) і передчасних пологів (до 37-го тижня вагітності) (3 дослідження, 477 жінок; ВР 0,36, 95% ДІ 0,14-0,93), але може мати незначний ефект або не впливає на частоту смерті новонароджених (2 дослідження, 282 жінки, ВР 0,27; 95% ДІ 0,04-1,67) і мертвонародження (3 дослідження, 540 жінок; ВР 0,35, 95% ДІ 0,06-1,99).

b) Ефекти додаткового прийому вітаміну D і кальцію в порівнянні з його відсутністю або плацебо (ДБ Таблиця А.9)

В цей порівняльний аналіз увійшли дані 6 досліджень. Дози вітаміну D варіювали від 200 до 1250 МО/добу, дози кальцію – від 375 до 1250 мг/добу.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що додатковий прийом препаратів вітаміну D і кальцію, ймовірно, знижує частоту прееклампсії (3 дослідження, 798 жінок; ВР 0,51; 95% ДІ 0,32-0,80), але докази з низьким рівнем достовірності вказують, що він може мати незначний ефект або не впливає на частоту ГЦД (1 дослідження, 54 жінки, 1 подія; ВР 0,43, 95% ДІ 0,05-3,45).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів вітаміну D і кальцію, ймовірно, підвищує частоту передчасних пологів (до 37-го тижня вагітності) (3 дослідження, 798 жінок; ВР 1,57, 95% ДІ 1,02-2,43). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що додатковий прийом препаратів вітаміну D і кальцію має незначний ефект або не впливає на неонатальну смертність (1 дослідження, 660 жінок; ВР 0,20, 95% ДІ 0,01-4,14).

Додаткові міркування

- Внаслідок обмеженості наявних на сьогоднішній день фактичних даних, які дозволяють оцінити користь і ризик для здоров'я матерів і немовлят прийому вітаміну D у вигляді окремої добавки, даний захід в рамках планової ДПД не рекомендується⁷⁵.

- Занепокоєність викликають докази із середнім рівнем достовірності, які демонструють, що додавання вітаміну D до препаратів кальцію, ймовірно, підвищує частоту передчасних пологів. Цей потенційно несприятливий ефект потребує подальшого вивчення.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Додатковий прийом препаратів вітаміну D може коштувати від 2 дол. США на місяць в залежності від призначеної дози⁷⁴.

Справедливість

Ефективні заходи, спрямовані на поліпшення харчування матерів із неблагополучних груп населення, можуть зменшити нерівність у випадку охорони здоров'я.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах схильні розглядати ДПД як джерело знань і інформації, і що вони зазвичай цінують будь-які надані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини та позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²².

Здійснимість

Якісні докази демонструють, що там, де додатковий прийом препаратів пов'язаний з додатковими витратами (докази з високим рівнем достовірності) або рекомендований захід є недоступним внаслідок нестачі ресурсів (докази з низьким рівнем достовірності), жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД⁴⁵.

А.10 Обмеження споживання кофеїну

Рекомендація А.10. Для зниження ризику переривання вагітності і народження дітей з малою масою тіла вагітним, які споживають велику кількість кофеїну (більше 300 мг/добу)^a, рекомендується зменшити його споживання. (Рекомендовано при певних умовах)

Примітка:

^a *Маються на увазі будь-які препарати, напої або продукти, які містять кофеїн (тобто заварена кáva, чай, безалкогольні напої типу коли, енергетичні напої з кофеїном, шоколад, таблетки з кофеїном).*

Коментарі

- Слід інформувати вагітних, що щоденне високе споживання кофеїну (> 300 мг/добу), ймовірно, пов'язано з підвищенням ризику переривання вагітності і народження дітей з малою масою тіла.

- Кофеїн – психостимулятор, який міститься в чаї, каві, безалкогольних напоях, шоколаді, горіхах, колі і деяких безрецептурних лікарських засобах. Кáva, ймовірно, є найбільш поширеним джерелом високого споживання кофеїну. Чашка розчинної кави може містити приблизно 60 мг кофеїну. Однак порція завареної кави деяких марок може містити більше 150 мг кофеїну.

- Чаї, які містять кофеїн (чорні і зелені), і безалкогольні напої (кола і холодний чай) зазвичай містять менше 50 мг кофеїну в 1 порції (250 мл).

Резюме доказів і міркувань

а) Ефекти вживання кави без кофеїну в порівнянні з вживанням кави, що містить кофеїн (докази з РКД) (ДБ Таблиця А.10а)

Деякі докази, що стосуються ефектів споживання кофеїну, отримані з Кокранівського огляду, який включав два РКД⁴⁰. Докази містилися тільки в одному дослідженні, проведеному в Данії. В цьому дослідженні 1207 вагітних, які пили більше трьох чашок кави в день, з метою оцінки ефектів зменшення споживання кофеїну під час вагітності були рандомізовані у дві групи: які вживали розчинну каву без кофеїну (досліджувана група) і вживали розчинну каву, що містить кофеїн (контрольна група). Чашка кави з кофеїном в цьому дослідженні містила, за оцінками, 65 мг кофеїну. Інші джерела кофеїну, такі, як кола, чай і шоколад, не обмежувалися. Середнє добове споживання кофеїну в групі жінок, які вживали каву без кофеїну було 117 мг/добу (міжквартильний інтервал (IQR): 56-228 мг) в

порівнянні з 317 мг/добу (IQR 229-461 мг) в групі жінок, які вживали каву, що містить кофеїн.

Материнські результати

В огляді не представлений жоден показник з цільових материнських результатів рекомендацій з ДПД.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності з одного дослідження демонструють, що обмеження споживання кофеїну (заміна кави, що містить кофеїн, на каву без кофеїну) може мати незначний ефект або не впливає на частоту народження МГВ дітей (1150 новонароджених; ВР 0,97, 95% ДІ 0,57-1,64), середня вага при народженні (1197 новонароджених; РС 20,00, 95% ДІ від -48,68 до 88,68) і частоту передчасних пологів (1153 новонароджених; ВР 0,81, 95% ДІ 0,48-1,37).

Даних щодо частоти вад розвитку і перинатальної смертності немає.

b) Ефекти високого споживання кофеїну в порівнянні з помірним, низьким споживанням кофеїну і відмовою від нього (докази з нерандомізованого дослідження) (ДБ Таблиця А.10b)

ГРР визнала докази з РКД недостатніми, щоб дати рекомендації з обмеження споживання кофеїну, оцінено додаткові докази з оглядів нерандомізованих досліджень (НРД). В двох оглядах НРД вивчалось питання: «Чи є зв'язок між споживанням кофеїну матір'ю і ризиком народження маловагих дітей?»^{77, 78}, ще в двох – питання: «Чи є зв'язок між споживанням кофеїну матір'ю і ризиком переривання вагітності?»^{79, 80}. В цих оглядах низьке споживання було визначено як споживання кофеїну менше 150 мг/добу, високе – як споживання понад 300 або 350 мг/добу. Всі 4 огляди враховували дані щодо куріння і інших змінних і проводили мета-аналізи «доза-ефект».

Наслідки для плода та новонародженого: низька маса при народженні

Докази із середнім рівнем достовірності з одного огляду демонструють, що високе споживання кофеїну (понад 300 мг), ймовірно, пов'язане з більш високим ризиком народження маловагих дітей, ніж низьке споживання або відмова від кофеїну (12 досліджень, відношення шансів (ВШ): 1,38, 95% ДІ 1,10-1,73)⁷⁸. Докази з дуже низьким-середнім рівнем достовірності з іншого огляду були стратифіковані в залежності від дози; показано, що дуже низьке споживання кофеїну може бути пов'язано з більш низькою частотою народження маловагих дітей, ніж низьке (5 досліджень; ВР 1,13, 95% ДІ 1,06-1,21), помірне (7 досліджень; ВР 1,38, 95% ДІ 1,18-1,62) і високе (8 досліджень; ВР 1,60, 95% ДІ 1,24-2,08) споживання кофеїну⁷⁷.

Наслідки для плода та новонародженого: мертвонародження

В оглядах представлені дані про частоту «переривання вагітності» – комплексному наслідку, що включає мертвонародження і мимовільні викидні. Докази із середнім рівнем достовірності з одного огляду⁸⁰ демонструють, що будь-яке споживання кофеїну, ймовірно, підвищує ризик переривання вагітності в порівнянні з контрольною групою (відмова від кофеїну) (18 досліджень; ВР 1,32, 95% ДІ 1,24-1,40). Однак частота переривання вагітності, ймовірно, вище у вагітних з помірним (18 досліджень; ВР 1,28, 95% ДІ 1,16-1,42) і високим (17 досліджень, ВР 1,60, 1,46-1,76), але не з низьким споживанням кофеїну (13 досліджень; ВР 1,04, 95% ДІ 0,94-1,15) порівняно з контрольною групою. Рівень достовірності цих доказів з НРД був підвищений до середнього в зв'язку з наявністю зв'язку «доза-ефект». Він спостерігався також в іншому огляді, але докази були менш достовірними⁷⁹.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.А «Передумови».

Ресурси

Обговорення з вагітною можливих ризиків високого споживання кофеїну під час вагітності – відносно дешевий захід.

Справедливість

Малоймовірно, що заходи, спрямовані на обмеження споживання кави під час вагітності, вплинуть на нерівність у випадку охорони здоров'я, оскільки споживання кави, як правило, асоціюється з достатком. Чи є споживання кофеїну в складі інших продуктів проблемою для вагітних з неблагополучних груп населення, не визначено.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах зазвичай цінують будь-які надані рекомендації (в тому числі з питань дієти або харчування), які можуть сприяти народженню здорової дитини і позитивному досвіду вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Якісні докази, що стосуються думок працівників охорони здоров'я про ДПД, вказують на те, що вони, можливо, хотіли б надавати загальні рекомендації з питань здоров'я і спеціальну інформацію з питань, пов'язаних з вагітністю (докази з низьким рівнем достовірності), але часом вважають, що не мають відповідної підготовки, достатньо ресурсів або часу, щоб надавати допомогу, надаючи інформацію, підтримку і турботу, яку хочуть жінки (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Здійснимість

Обмежити використання може нестача відповідним чином навченого персоналу, необхідного, щоб проводити заходи щодо пропаганди здорового способу життя (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

В. Обстеження вагітної і плода

В.1 Обстеження вагітної

Передумови

Артеріальна гіпертензія вагітних – важлива причина материнської і перинатальної захворюваності та смертності. За оцінками, приблизно чверть випадків смерті і вкрай тяжких ускладнень у вагітних викликані прееклампсією і еклампсією⁹. Скринінг прееклампсії під час вагітності - невід'ємна частина якісної ДПД. Зазвичай він складається з вимірювання артеріального тиску і оцінки протеїнурії при кожному контакті з вагітною в рамках ДПД. При виявленні прееклампсії показано спеціальне лікування для попередження еклампсії та інших несприятливих материнських і перинатальних результатів⁵⁷. ГРР не оцінювала докази і не давала рекомендацій щодо цих заходів, які вона вважає невід'ємним компонентом належної клінічної практики в рамках ДПД.

При розробці рекомендацій з ДПД, які стосуються обстеження вагітних, ГРР розглядала докази та іншу релевантну інформацію щодо заходів, спрямованих на виявлення наступних станів.

Анемія. Діагностується, якщо рівень гемоглобіну (Hb) в крові нижче 110 г/л. Анемія – друга за частотою в світі причина непрацездатності, а також одна з найбільш серйозних глобальних проблем охорони громадського здоров'я. Поширеність анемії серед вагітних в світі приблизно 38%³³. Показано, що часто застосовується клінічний метод діагностики анемії (оцінка кольору кон'юнктиви), який є досить неточним. В КВД частиною стандартної ДПД є загальний аналіз крові, який дозволяє кількісно оцінити рівень Hb⁸¹. Однак цей та

інші наявні методи можуть бути дорогими, складними і непрактичними для використання в умовах сільських районів і КНСД. Отже, необхідний дешевий і надійний метод діагностики анемії для районів, де відсутні лабораторії або обмежений доступ до них. ВООЗ розробила колориметричний метод визначення рівня Hb – дешевий метод дослідження, при якому краплю нерозбавленої крові капають на спеціально виготовлений хроматографічний папір і зіставляють її з діапазоном кольорів, які відповідають різним значенням рівня Hb з кроком 20 г/л⁸². При використанні гемоглобінометру нерозбавлену кров розміщують в мікрокувет, який вставляють в гемоглобінометр (або фотометр), щоб виміряти рівень Hb⁸².

Безсимптомна бактеріурія (ББ). Це частий стан, пов'язаний з підвищенням ризику інфекцій сечовивідних шляхів (цистити і пієлонефриту) у вагітних. Майже у 80% випадків в культурі виділяють *Escherichia coli*; інші збудники – *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis* і стрептококи групи В (СГВ)⁸³. Методи діагностики ББ включають посів середньої порції сечі (золотий стандарт), забарвлення препаратів за Грамом і дослідження з допомогою тест-смужок. Щоб отримати результат посіву сечі може знадобитися до 7 днів, діагностично значущим вважається наявність 10⁵ колонієутворюючих одиниць (КУО) одного збудника в 1 мл сечі⁸⁴. Для забарвлення за Грамом використовують барвники (кристалічний фіолетовий і сафранін О), щоб розрізнити Грам-позитивні (фіолетові) і Грам-негативні (червоні) мікроорганізми в мазках на предметних скельцях. Тест-смужки для дослідження сечі на нітрити, які в нормі в сечі не виявляються, і лейкоцити, які визначають реакцією на лейкоцитарну естеразу, виявляють в сечі відповідно бактерії і лейкоцити. ББ підвищує ризик передчасних пологів. Отже, при її виявленні проводять активне лікування антибактеріальними засобами (див. також рекомендацію С.1 в розділі С «Профілактичні заходи»).

Насильство з боку статевого партнера (НСП). Визначається як будь-яка поведінка в рамках статевих відносин, яка є причиною фізичної, психічної або сексуальної шкоди для людей, які перебувають у цих відносинах; в даний час визнається глобальною проблемою охорони громадського здоров'я. У світі майже третина жінок, які перебували в інтимних відносинах, відчували фізичне і / або сексуальне насильство з боку статевого партнера⁸⁵. Психологічне насильство (приниження, образи, залякування і контроль поведінки, наприклад, заборона зустрічатися з друзями або членами сім'ї) також несприятливо впливає на здоров'я людини⁸⁵. НСП пов'язано з частими проблемами у жінок, які в тому числі стосуються репродуктивного здоров'я (наприклад, ПСШ, включаючи ВІЛ-інфекцію, незаплановану вагітність, штучний і / або мимовільний аборт), депресією, вживання психоактивних речовин і інші проблеми в області психічного здоров'я⁸⁵. НСП під час вагітності – запобіжний фактор ризику різних несприятливих наслідків, в тому числі загибелі матері і плоду. Мета розслідування можливого НСП – виявлення жінок, які піддавалися або піддаються НСП, з метою проведення заходів, що поліпшують результати. Деякі уряди і професійні спільноти рекомендують проводити скринінг НСП у всіх жінок, а не тільки опитувати жінок, які мають ознаки НСП⁸⁶.

На додаток до рекомендацій ГРР до вище переліченого в цьому розділі включені рекомендації з діагностики гестаційного цукрового діабету, виявлення тютюнокуріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин, ТБ і ВІЛ-інфекції з відповідних чинних настанов ВООЗ щодо цих станів.

Цінності жінок

Дані для рекомендацій з ДПД були отримані з результатів попереднього аналізу того, що жінки хочуть від ДПД, і які результати є значимими для них¹³. Показано, що для жінок з країн з високим, середнім і низьким рівнем забезпеченості ресурсами є значимим отримання «позитивного досвіду вагітності». В контексті обстеження жінки цінують можливість проведення скринінгу і досліджень з метою оптимізації їх здоров'я і здоров'я їхніх дітей за

умови, що кожна процедура чітко пояснена і проведена працівниками охорони здоров'я, які знають, підтримують і є коректними (високий рівень достовірності доказів).

В.1.1 Анемія

Рекомендація В.1.1. Рекомендованим методом діагностики анемії під час вагітності є клінічний аналіз крові. В умовах, якщо неможливо провести клінічний аналіз крові, рекомендується на місці надати перевагу визначенню рівня гемоглобіну за допомогою гемоглобінометру перед колориметричним методом. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- ГРР погодилася, що високі періодичні витрати на дослідження рівня Hb за допомогою гемоглобінометру можуть знизити здійсненність цього методу в умовах обмежених ресурсів, коли може застосовуватися колориметричний метод (КМ) визначення рівня Hb, розроблений ВООЗ.

- Інші низькотехнологічні методи діагностики анемії на місцях потребують розробки та / або вивчення.

Резюме доказів і міркувань

Точність визначення рівня Hb на місцях за допомогою гемоглобінометру і колориметричного методу в діагностиці анемії (ДБ Таблиця В.1.1)

Докази були отримані з огляду діагностичної точності, виконаного для рекомендацій з ДПД⁸¹. Докази для огляду отримані тільки з одного дослідження (671 жінка)⁸⁷. Дослідження, проведене в Малаві, вивчило діагностичну точність визначення рівня Hb на місцях за допомогою гемоглобінометру (HemoCue®) і КМ порівняно із загальним аналізом крові, виконаним автоматичним лічильником (лічильник Коултера), як еталонного методу.

Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що чутливість і специфічність визначення рівня Hb за допомогою гемоглобінометру в діагностиці анемії (Hb <110 г/л) приблизно 0,85 (95% ДІ 0,79-0,90) і 0,80 (95% ДІ 0,76-0,83) відповідно, в той час як чутливість і специфічність КМ нижчі і складають приблизно 0,75 (95% ДІ 0,71-0,80) і 0,47 (95% ДІ 0,41-0,53) відповідно.

Для тяжкої анемії (визначалася в дослідженні як анемія з рівнем Hb <60 г/л) докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що чутливість і специфічність дослідження за допомогою гемоглобінометру приблизно 0,83 (95% ДІ 0,44-0,97) і 0,99 (95% ДІ 0,98-1,00) відповідно, в той час як чутливість і специфічність КМ приблизно 0,50 (95% ДІ 0,15 0,85) і 0,98 (95% ДІ 0,97-0,99) відповідно.

Додаткові міркування

- Ці дані означають, що якщо поширеність анемії складає 38%, то в абсолютних числах дослідження за допомогою гемоглобінометру, ймовірно, не виявить приблизно 57 жінок з анемією (95% ДІ 38-80) з кожної 1000 обстежених, в той час як КМ, ймовірно, не виявить близько 95 жінок з анемією (95% ДІ 76-110) з кожної 1000 обстежених. Якщо поширеність тяжкої анемії в популяції складає 5%, дослідження за допомогою гемоглобінометру, ймовірно, не виявить близько 9 жінок з тяжкою анемією (95% ДІ 2-27) з кожної 1000 обстежених, в той час як КМ, ймовірно, не виявить близько 25 жінок з тяжкою анемією (95% ДІ 3-43) з кожної 1000 обстежених.

- Основне обмеження доказів – мала кількість виявлених жінок з тяжкою анемією, що впливає на точність оцінок. Однак докази вказують на те, що дослідження за допомогою гемоглобінометру, ймовірно, точніше КМ. Оскільки прямих порівнянь діагностичної точності немає, а ДІ для чутливості і специфічності двох методів перекриваються, існує деяка невизначеність з приводу їх відносної точності.

- В огляді вивчена також діагностична точність клінічного методу діагностики анемії (4 дослідження, 1853 жінки): його чутливість в діагностиці анемії (Hb <110 г/л) 0,64 (95% ДІ 22-94), специфічність 0,63 (95% ДІ 23-91). Таким чином, КМ може бути більш чутливим, але менш специфічним, ніж клінічний метод.

- В умовах, де вагітні в плановому порядку додатково приймають препарати заліза, наслідки невиявлення жінок з тяжкою анемією набагато серйозніші, ніж невиявлення жінок з легкою або середньою анемією, оскільки жінкам з тяжкою анемією зазвичай потрібне додаткове лікування. Отже, точність методів дослідження рівня Hb на місцях в діагностиці тяжкої анемії під час вагітності, ймовірно, важливіша, ніж їх здатність виявляти рівень Hb <110 г/л.

Дослідження різних методів визначення рівня Hb в Малаві виявило, що дослідження з допомогою гемоглобінометру найзручніше для користувача⁸².

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.1 «Обстеження вагітної. Передумови».

Ресурси

Будь-який працівник охорони здоров'я після мінімального навчання може проводити як дослідження за допомогою гемоглобінометру, так і КМ. За оцінками, одне дослідження за допомогою гемоглобінометру і КМ коштує приблизно 0,75 дол. США і 0,12 дол. США відповідно⁸². Обидва методи вимагають наявності голок для проколювання пальця, ватних кульок, рукавичок і тампонів для обробки шкіри Sterets®. Більш висока вартість дослідження за допомогою гемоглобінометру обумовлена використанням витратних матеріалів (кювет і контрольних заходів), витратами на обладнання і технічне обслуговування.

Справедливість

Найбільш висока поширеність анемії відзначається в Африці і Південно-Східній Азії, де основними факторами, які сприяють її розвитку, є паразитарні хвороби³³. Анемія підвищує ризики перинатальних ускладнень у матерів і новонароджених і є причиною попереджуваної смертності. Точні, дешеві, прості у використанні методи діагностики анемії можуть зменшити нерівність щодо здоров'я за допомогою поліпшення діагностики і подальшого лікування анемії у жінок, особливо тяжкої, в умовах обмежених ресурсів.

Прийнятність

Якісні докази, отримані в різноманітних умовах, вказують, що жінки зазвичай цінують обстеження, що сприяє їх благополуччю під час вагітності (докази із середнім рівнем достовірності)²². Однак докази з КНСД вказують, що там, де дослідження, ймовірно, пов'язані з додатковими витратами або рекомендовані заходи є недоступними внаслідок нестачі ресурсів, жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Якісні докази, отримані від працівників охорони здоров'я з різних КНСД, вказують на те, що нестача ресурсів, яка виявляється відсутністю діагностичного обладнання, засобів для можливого лікування, а також браком персоналу, навченого відповідним чином, щоб надавати допомогу, можуть обмежувати впровадження рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

В.1.2 Безсимптомна бактеріурія

Рекомендація В.1.2. Для діагностики ББ під час вагітності рекомендується посів середньої порції сечі. В умовах, якщо посів сечі є недоступним, для діагностики ББ під час вагітності

рекомендується на місцях виконувати забарвлення препарату середньої порції сечі за Грамом, що краще ніж застосування тест-смужок. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментар робочої групи: ББ у жінок визначається при дослідженні зразка середньої порції сечі, в якому виявлено ріст однакових бактерій у кількості $\geq 10^5$ колонієутворюючих одиниць (КУО)/мл у двох послідовних зразках²⁹. (Джерело: *The European Association of Urology Guidelines. Urological Infections. 2021. <https://uroweb.org/>*)

Коментарі

- Ця рекомендація повинна розглядатися разом з рекомендацією С.1 щодо лікування ББ (див. розділ «Профілактичні заходи»).

- ГРР погодилася, що більш висока вартість забарвлення препаратів за Грамом може знижувати здійсненність методу в умовах обмежених ресурсів. В цьому випадку можуть застосовуватися тест-смужки.

- ГРР погодилася, що з урахуванням зв'язку ББ з передчасними пологами та невизначеності щодо дослідження сечі і лікування в умовах різної поширеності ББ, ця проблема є пріоритетною темою наукових досліджень. Особливо необхідно вивчити результати, пов'язані зі здоров'ям, та інші релевантні результати, в тому числі прийнятність, здійсненність і частоту стійкості до антибактеріальних засобів, при порівнянні двох підходів: діагностики ББ на місцях з подальшим лікуванням і діагностики на місцях з підтвердженням посівом і лікуванням за результатами посіву. Крім того, необхідна розробка більш досконалих методів діагностики ББ на місцях для підвищення точності і здійсненності діагностики і зниження частоти невіправданого лікування ББ. Необхідні також дослідження для визначення поширеності ББ, при якій можуть бути більш ефективними цілеспрямовані, а не універсальні методи діагностики і лікування.

Резюме доказів і міркувань

Точність забарвлення препаратів сечі за Грамом на місцях і використання тест-смужок в діагностиці ББ (ДБ Таблиця В.1.2)

Докази були отримані з огляду ДТ методів дослідження сечі на місцях, виконаного для рекомендацій з ДПД⁸⁸. Дані для забарвлення сечі за Грамом були отримані з 4 досліджень (1904 вагітних), дані для використання тест-смужок – з 8 досліджень (5690 вагітних). Більшість досліджень були проведені у КНСД. Середня поширеність ББ, за даними досліджень, склала 8%. Забарвлення за Грамом вважалося позитивним, якщо при мікроскопії з масляною імерсією виявлялася 1 бактерія і більше в полі зору; результат дослідження за допомогою тест-смужки вважався позитивним, якщо виявлялися нітрити або лейкоцити. Еталонним методом, з яким порівнювали результати, був посів сечі, діагностичним порогом вважалося виявлення 10^5 КУО/мл.

Однак рівень достовірності доказів діагностичної точності як забарвлення за Грамом, так і дослідження за допомогою тест-смужок дуже низький. За оцінками, загальна чутливість і специфічність забарвлення за Грамом становить 0,86 (95% ДІ 0,80-0,91) і 0,97 (95% ДІ 0,93-0,99) відповідно, загальна чутливість і специфічність дослідження сечі за допомогою тест-смужок – 0,73 (95% ДІ 0,59-0,83) і 0,89 (95% ДІ 0,79-0,94) відповідно. Дослідження сечі тільки за допомогою тест-смужок на нітрити менш чутливе, але більш специфічне, ніж дослідження за допомогою тест-смужок на нітрити і лейкоцити.

Додаткові міркування

- Висока точність діагностики ББ важлива, щоб уникнути непотрібного лікування жінок, особливо зважаючи на зростаючу резистентність до антибактеріальних засобів. З огляду на невизначеність представлених вище доказів і припускаючи, що поширеність ББ становить 9%, при фарбуванні за Грамом і дослідженні за допомогою тест-смужок буде

отримано 18 і 118 хибно позитивних результатів на 1000 жінок відповідно. Це означає, що в умовах, де вагітних лікують з приводу ББ, діагностика ББ за допомогою тест-смужок може приводити до того, що багато жінок отримають непотрібне лікування.

- Дослідження сечі передбачає використання різних тест-смужок: крім тест-смужок на нітрити і лейкоцити воно може включати також застосування тест-смужок для виявлення білка і глюкози в сечі. Однак точність дослідження за допомогою тест-смужок в діагностиці станів, при яких спостерігається протеїнурія (пreekлампися) і глюкозурія (цукровий діабет), вважається низькою.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.1 «Обстеження вагітної. Передумови».

Ресурси

Тест-смужки дешевші ніж забарвлення препаратів сечі за Грамом, оскільки останнє вимагає навченого персоналу, лабораторного обладнання і постачання (мікроскоп, предметні скельця, реагенти, бунзеновський пальник або нагрівальний столик). Забарвлення за Грамом вимагає більше часу для виконання і отримання результатів, ніж дослідження за допомогою тест-смужок (10-30 хвилин в порівнянні з 60 секундами).

Справедливість

Передчасні пологи – провідна причина загибелі новонароджених в світі, більшість випадків приходить на КНСД. Отже, своєчасне виявлення і усунення чинників ризику передчасних пологів можуть зменшити нерівність щодо здоров'я.

Прийнятність

Якісні докази, отримані в різноманітних умовах, вказують, що жінки розглядають ДПД як джерело знань, інформації та клінічного досвіду, і що вони зазвичай цінують запропоноване обстеження і надані рекомендації (докази з високим рівнем достовірності)²². Однак жінки з меншою ймовірністю звертаються за ДПД, якщо дослідження і процедури не пояснені належним чином або якщо вони відчувають, що працівники охорони здоров'я ігнорують або не звертають уваги на їхню думку і традиції. Крім того, якщо забарвлення препаратів за Грамом пов'язане з більш тривалим очікуванням або вимагає повернення за результатами, це є менш прийнятним для жінок, тому що може мати додаткові витрати і незручності (докази з високим рівнем достовірності). Працівники охорони здоров'я вважають за краще дослідження за допомогою тест-смужок, оскільки воно пов'язане з меншими зусиллями (немає необхідності маркувати зразки для лабораторного дослідження, проводити його і призначати повторні відвідування для видачі результатів) і може давати додаткову інформацію, що стосується інших станів (пreekлампися та цукровий діабет) (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Якісні докази вказують, що в умовах КНСД відсутність діагностичного обладнання в закладах, які надають ДПД, відбиває у жінок бажання відвідувати їх, і що працівники охорони здоров'я часто не мають діагностичного обладнання, засобів і навичок для проведення досліджень (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵. Отже, дослідження сечі за допомогою тест-смужок, яке є дешевшим і легшим при проведенні, може бути більш здійсненим в умовах обмежених ресурсів.

В.1.3: Насильство з боку статевого партнера

Рекомендація В.1.3. Клінічне дослідження можливості насильства з боку статевого партнера (НСП) має бути ретельно розглянуто під час візитів з допологової допомоги при оцінці станів, які можуть бути викликані або ускладнені НСП, щоб поліпшити клінічний діагноз і

подальший догляд, якщо є здатність надати підтримку (включаючи направлення у відповідних випадках) при дотриманні мінімальних вимог ВООЗ^a. (Рекомендовано при певних умовах)

Примітка:

^a *Мінімальними вимогами є: протокол / стандартна робоча процедура; навчання про те, як запитувати про НСП та забезпечити мінімальну відповідь; приватна обстановка; забезпечення конфіденційності; наявність системи перенаправлення; наявність часу, щоб забезпечити відповідне розкриття інформації.*

Коментарі

• Ця рекомендація узгоджується з публікацією 2013 р. «Реагування на насильство з боку статевого партнера і сексуальне насильство щодо жінок: клінічні та політичні рекомендації ВООЗ»⁸⁶. Докази клінічного дослідження непрямі (сильна рекомендація), а докази універсального скринінгу оцінені як такі, що мають низьку або середню якість (умовна рекомендація).

• «Універсальний скринінг» або «рутинне обстеження» (тобто опитування всіх жінок при всіх зверненнях за медичною допомогою) про НСП не рекомендується. Однак в керівних принципах ВООЗ ДПД визначається як місце, де можна проводити регулярне розслідування, якщо медичні працівники добре навчені методам надання першої допомоги і дотримуються мінімальних вимог⁸⁶.

• Приклади станів під час вагітності, які можуть бути викликані або ускладнені НСП, включають⁸⁶:

- травматичне пошкодження, особливо якщо воно повторюється і з розпливчастими або неправдоподібними поясненнями;

- нав'язливий партнер або чоловік, присутній на консультаціях;

- несприятливі репродуктивні наслідки, включаючи множинні незаплановані вагітності та / або переривання, затримку в зверненні за ДПД, несприятливі результати пологів, повторні ПСШ;

- незрозумілі або рецидивуючі сечостатеві симптоми;

- вживання алкоголю та інших речовин;

- самопошкодження, суїцидальні спроби, симптоми депресії і тривоги.

• ГРР погодилася з тим, що, незважаючи на брак доказів, важливо дати рекомендацію через високу поширеність і важливість НСП. ДПД дає можливість дізнатися про НСП серед жінок, для яких можуть існувати перешкоди в доступі до медичної допомоги, а також дає можливість для подальшого спостереження під час ДПД з підтримкою відповідних втручань, таких як консультування і заходи щодо розширення прав і можливостей. Однак дані про користь та потенційну шкоду клінічних досліджень і наступних втручань відсутні або сумнівні.

• Мінімальними умовами для медичних працівників, щоб запитати жінок про насильство, є безпечність (тобто партнер під час співбесіди відсутній) і те, що ідентифікація НСП супроводжується відповідною відповіддю. Крім того, медичні працівники повинні бути навчені правильно ставити запитання і відповідним чином відповідати жінкам, які повідомляють про насильство⁸⁶.

• Дослідження НСП необхідно, щоб відповісти на наступні питання:

- Які найбільш ефективні стратегії виявлення, профілактики та лікування НСП під час вагітності?

- Чи впливає регулярне опитування про насильство на відвідуваність ДПД?

- Чи можуть втручання, спрямовані на партнерів вагітних жінок, запобігти НСП?

• Докладне керівництво про реагування на НСП і сексуальне насильство щодо жінок можна знайти в клінічних і політичних рекомендаціях ВООЗ 2013 р.⁸⁶, доступних за посиланням: <http://www.who.int/>

Коментар робочої групи: Закон України від 7 грудня 2017 року № 2229-VIII «Про запобігання та протидію домашньому насильству» визначає організаційно-правові засади запобігання та протидії домашньому насильству, основні напрями реалізації державної політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, спрямовані на захист прав та інтересів осіб, які постраждали від такого насильства.

(Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/>)

Медицина допомога надається відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 01.02.2019 № 278 «Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 березня 2019 року за № 262/33233.

(Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/>)

Резюме доказів і міркувань

Ефекти універсального скринінгу НСП порівняно з його відсутністю (стандартною допомогою) (ДБ Таблиця В.1.3)

Докази для скринінгу НСП отримані з Кокранівського огляду, що включав два дослідження, проведені в міських умовах КВД (Канада і США), в яких брали участь 663 вагітні⁸⁹. В одному дослідженні 410 жінок у терміні до 26 тижнів вагітності були рандомізовані для проходження комп'ютерного скринінгу жорстокого поводження з пам'яткою для працівника охорони здоров'я (з передачею результатів оцінки працівнику охорони здоров'я) або без неї до консультації в рамках ДПД. В іншому дослідженні (кластерне РКД) працівники охорони здоров'я проводили скринінг при особистій бесіді і оцінювали 15 факторів ризику, в тому числі НСП, у жінок між 12 і 30 тижнями вагітності в досліджуваних кластерах, в той час як в контрольних кластерах жінкам надавали звичайну ДПД.

Докази з низьким рівнем достовірності, отримані в огляді, вказують, що скринінг може виявити більше вагітних, які піддаються жорстокому поводженню, ніж звичайна ДПД (2 дослідження, 663 жінок; ВШ 4,28, 95% ДІ 1,77-10,36).

Додаткові міркування

- Крім того, в огляді були об'єднані дані в порівнянні скринінгу НСП і його відсутності в інших умовах надання медичної допомоги (включали вагітних і невагітних). Оцінка сумарного ефекту була на користь скринінгу НСП (7 досліджень, 4393 жінки; ВШ 2,35, 95% ДІ 1,53-3,59).

- В іншому Кокранівському огляді оцінювалися заходи з профілактики та боротьби з НСП⁹⁰. Докази з невизначеним рівнем достовірності з одного дослідження вказують, що вагітні, яким проводять заходи (наприклад, кілька консультацій) з профілактики та боротьби з НСП, можуть відзначати зменшення частоти епізодів жорстокого поводження з ними під час вагітності і після пологів (306 жінок; ВР 0,62, 95% ДІ 0,43-0,88), проте докази, які стосуються цього питання і інших випадків, в основному непереконливі.

- Більшість доказів з огляду отримані в КВД, де НСП за попередні 12 місяців піддавалися від 3 до 6% жінок. Однак у багатьох умовах, особливо там, де економічні та соціально-культурні фактори сприяють формуванню культури, більш терпимої до жорстокого поводження з жінками, його ймовірність протягом життя складає більше 30%. Варто зазначити, що поширеність НСП серед молодих жінок (молодше 20 років) досягає 30%. Це вказує на те, що жорстоке поводження зазвичай починається на ранніх етапах відносин⁸⁵.

- Тяжке НСП під час вагітності, таке, як побої, навмисне удушення або нанесення опіків, загроза зброєю або застосування зброї проти жінки, сексуальне насильство⁸⁵, частіше зустрічається серед жінок, що знаходяться у відносинах, які відрізняє жорстокість і поза вагітністю.

- Практичні рекомендації з відповідних заходів представлені в клінічному Керівництві ВООЗ «Медична допомога жінкам, які піддаються жорстокому поводженню з боку статевого партнера або сексуальному насильству» (2014 р.)⁹¹.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.1 «Обстеження вагітної. Передумови».

Ресурси

Розслідування щодо НСП можна проводити під час особистої бесіди або надаючи жінці паперовий або комп'ютерний опитувальник. Хоча вартість впровадження цих методів може бути різною, вона повинна бути відносно низькою. Подальше усунення НСП і підтримувальні заходи, які пов'язані зі скринінгом, однак, вимагають складного навчання і, отже, значних витрат. ГРР визнала, що в умовах обмежених ресурсів навчання і ресурси слід направляти в першу чергу на впровадження відповідних заходів першої лінії, а не на скринінг НСП.

Справедливість

НСП широко поширене в багатьох КНСД і серед неблагополучних груп населення^{92, 93}. Ефективні заходи з виявлення НСП серед неблагополучних груп населення можуть виявити осіб, у яких підвищений ризик несприятливих наслідків, пов'язаних з НСП, і сприяти проведенню відповідних підтримувальних втручань, що зменшують нерівність. Однак необхідні додаткові докази.

Прийнятність

Якісні дані про думки жінок з питань ДПД, отримані в різних умовах, вказують, що вагітні бажали б, щоб їх спостерігав доброзичливий і підтримувальний працівник охорони здоров'я, у якого є час, щоб обговорити питання цього характеру в конфіденційній обстановці (докази з високим рівнем достовірності)²². Однак, докази, отримані в КНСД, вказують на низьку ймовірність того, що жінки будуть позитивно реагувати на поверхневий обмін інформацією з працівниками охорони здоров'я, які можуть здаватися квапливими, неуважними і іноді вести себе образливо (докази з високим рівнем достовірності). Крім того, для деяких жінок, особливо які проживають в патріархальних спільнотах, де домінують чоловіки, і де фінансова залежність жінок від своїх чоловіків може вплинути на готовність обговорювати НСП, особливо якщо працівник охорони здоров'я – чоловік, питання про НСП можуть бути неприйнятними²².

З точки зору працівників охорони здоров'я якісні докази, отримані переважно в КВД, вказують на те, що працівники охорони здоров'я часто вважають тяжким питати про НСП з таких причин: вони вважають, що не мають достатньо знань, досвіду або часу, щоб чуйно обговорювати НСП; перешкодою є присутність партнера жінки; вони можуть самі піддаватися НСП; у них немає знань і рекомендацій про наявність додаткових підтримувальних заходів (консультування, соціальні працівники та інше) (докази з високим рівнем достовірності). Працівники охорони здоров'я надають великого значення моделі безперервної допомоги, що надається акушерками (БДА), як способу формування позитивних, довірчих і чуйних взаємин з вагітними (докази із середнім рівнем достовірності) (див. рекомендацію Е.2 в розділі Е «Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості ДПД»).

Здійснимість

Після виявлення НСП потрібні складні, багатогранні, культурно адаптовані заходи щодо його усунення, які можуть бути важко здійсненними в умовах обмежених ресурсів. Однак, фактичні дані, що з'являються з КВД, демонструють, що середньої тривалості консультування з розширення прав і можливостей, надання захисту / підтримки, в тому числі забезпечення безпеки, які здійснюють навчені працівники охорони здоров'я, можуть бути ефективними. Здійснимість таких заходів в умовах КНСД потребує вивчення⁸⁶.

В.1.4 Гестаційний цукровий діабет

Рекомендація В.1.4. Відповідно до критеріїв ВООЗ, гіперглікемію, вперше виявлену під час вагітності, слід кваліфікувати як гестаційний цукровий діабет (ГЦД) або як маніфестний цукровий діабет під час вагітності. (Рекомендовано)

Коментарі

- Ця рекомендація запозичена з публікації ВООЗ «Діагностичні критерії та класифікація гіперглікемії, вперше виявленої під час вагітності» (2013) (настійність рекомендації і якість доказів не визначені)⁹⁴.

- В даний час ВООЗ не має рекомендацій щодо того, чи проводити скринінг ГЦД та, якщо так, то яким чином. Стратегії скринінгу ГЦД вважаються пріоритетом наукових досліджень, особливо в КНСД.

- Маніфестний цукровий діабет під час вагітності відрізняється від ГЦД тяжчою гіперглікемією і тим, що вона не зникає після вагітності, як при ГЦД.

- Систематичний огляд когортних досліджень демонструє, що у жінок з гіперглікемією (маніфестний цукровий діабет і ГЦД), виявленою під час вагітності, є підвищений ризик несприятливих наслідків вагітності, в тому числі макросомії, прееклампсії / гестаційної артеріальної гіпертензії і дисточії плічок. Лікування ГЦД, яке зазвичай передбачає поетапний підхід, що складається зі зміни способу життя (консультування з питань харчування і фізичної активності) з подальшим застосуванням цукрознижуючих засобів для прийому всередину або препаратів інсуліну, якщо це необхідно, ефективно знижує частоту цих несприятливих результатів⁹⁴.

- Є багато питань щодо рентабельності різних стратегій скринінгу, поширеності ГЦД та маніфестного цукрового діабету відповідно до діагностичних критеріїв 2013 року в різних популяціях, а також відносного впливу ранньої діагностики на результати вагітності⁹⁴.

- Звичайним терміном для діагностики ГЦД є інтервал між 24 і 28-м тижнями вагітності. У деяких умовах застосовують скринінг факторів ризику для того, щоб визначити показання до перорального тесту толерантності до глюкози (прийом всередину 75 г глюкози, дослідження протягом 2 годин). До них належать ІМТ більше 30 кг/м², ГЦД в анамнезі, макросомія в анамнезі, сімейний анамнез цукрового діабету, приналежність до етнічних груп з високою поширеністю цукрового діабету⁹⁵. Крім того, на цукровий діабет може вказувати глюкозурія за даними дослідження за допомогою тест-смужок (2+ або більше – одноразово або 1+ – двічі або більше). При її наявності можна розглянути питання про проведення перорального тесту толерантності до глюкози⁹⁵.

- Підхід до лікування жінок, у яких діагностовано маніфестний цукровий діабет під час вагітності (тобто тяжка гіперглікемія, вперше виявлена під час вагітності), зазвичай відрізняється від такого у жінок з ГЦД, особливо якщо діагноз встановлений на ранніх термінах вагітності. Тим не менше, принципи лікування подібні, в обох випадках потрібно направлення на консультацію до лікаря-ендокринолога і більш пильне спостереження.

- Додаткова інформація і міркування щодо цієї рекомендації можна знайти в публікації ВООЗ 2013⁹⁴, яка є на сайті: <https://apps.who.int/>

В.1.5 Вживання тютюну

Рекомендація В.1.5. Починаючи з ранніх термінів вагітності і при кожному відвідуванні в рамках ДПД, працівники охорони здоров'я повинні питати всіх вагітних про вживання тютюну (в теперішній час і в минулому) і про пасивне куріння. (Рекомендовано)

Коментарі

- Ця сильна рекомендація, заснована на доказах низької якості, запозичена з «Рекомендацій ВООЗ з профілактики та лікування вживання тютюну і пасивного куріння під час вагітності» (2013)⁹⁶. Нижче представлені споріднені рекомендації з цієї публікації.

- Працівники охорони здоров'я повинні регулярно давати рекомендації і проводити психосоціальні заходи, що сприяють відмові від вживання тютюну, всім вагітним, які вживають або нещодавно кинули вживати тютюн (сильна рекомендація, заснована на доказах середньої якості).

- У всіх медичних закладах має бути заборонено куріння, щоб піклуватися про здоров'я всього персоналу, пацієток і відвідувачів, включаючи вагітних (сильна рекомендація, заснована на доказах низької якості).

- Працівники охорони здоров'я повинні надати вагітним, їх партнерам і членам сім'ї рекомендації та інформацію щодо ризику пасивного куріння (ПК) при будь-яких варіантах куріння тютюну, а також стратегії обмеження ПК вдома (сильна рекомендація, заснована на доказах низької якості).

- Працівники охорони здоров'я при будь-якій можливості повинні безпосередньо взаємодіяти з партнерами і членами сімей вагітних, щоб інформувати їх про ризик ПК під час вагітності при будь-яких варіантах куріння тютюну, пропагувати боротьбу з ПК і пропонувати допомогу у відмові від куріння (сильна рекомендація, заснована на доказах низької якості).

- Додаткові рекомендації зі стратегії запобігання вживанню тютюну і боротьби з ним можна знайти в Рекомендаціях ВООЗ 2013 р.⁹⁶, які доступні за посиланням: <https://www.who.int/>

***Коментар робочої групи:** надання медичної допомоги для попередження та зменшення вживання тютюнових виробів здійснюється відповідно до Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 № 601.*

В.1.6 Вживання психоактивних речовин

Рекомендація В.1.6. Починаючи з ранніх термінів вагітності і при кожному відвідуванні в рамках ДПД працівники охорони здоров'я повинні питати всіх вагітних про вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (в теперішній час і в минулому). (Рекомендовано)

Коментарі

- Ця сильна рекомендація, заснована на доказах низької якості, запозичена з «Рекомендацій ВООЗ з виявлення та лікування вживання психоактивних речовин і викликаних ними станів під час вагітності» (2014)⁹⁷. Основні принципи цієї публікації спрямовані на пріоритет профілактики, гарантії доступності профілактики і лікування, повагу до незалежності жінок, надання всебічної допомоги та захист від дискримінації та стигматизації.

- ГРР, відповідальна за цю рекомендацію, зазначила, що важливо запитувати жінок про вживання психоактивних речовин при кожному відвідуванні в рамках ДПД, оскільки деякі жінки з більшою ймовірністю повідомляють цю конфіденційну інформацію тільки після встановлення довірчих відносин.

- Необхідно повідомити вагітним про можливі несприятливі наслідки вживання алкоголю та інших психоактивних речовин для їх здоров'я і здоров'я дитини.

- Є валідовані методи скринінгу вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (див. Додаток 3 в Рекомендаціях 2014 р.⁹⁷).

- Працівники охорони здоров'я повинні бути готовими втрутитися або направити на консультацію всіх вагітних, у яких виявлено вживання алкоголю і / або психоактивних речовин (в теперішній час і в минулому).

- Нижче наведені представлені в публікації рекомендації для жінок, у яких виявлена залежність від алкоголю або психоактивних речовин.

- Працівники охорони здоров'я повинні якомога раніше рекомендувати вагітним, які мають залежність від алкоголю або психоактивних речовин, припинити їх вживання і, якщо це необхідно і може бути застосовано, запропонувати лікування під наглядом лікарів або направити на таке лікування (сильна рекомендація, заснована на доказах дуже низької якості).

- Медичні працівники повинні запропонувати короткострокові заходи всім вагітним, які вживають алкоголь або психоактивні речовини (сильна рекомендація, заснована на доказах низької якості).

- Вирішено, що, незважаючи на низьку якість доказів ефективності короткострокових психосоціальних заходів, сприятливі наслідки (можливе зменшення вживання алкоголю і психоактивних речовин) переважають будь-які можливі несприятливі наслідки, які розцінені як мінімальні.

- Короткострокові заходи – це структурований терапевтичний нетривалий сеанс (зазвичай протягом 5-30 хвилин), запропонований з метою допомогти особі припинити або обмежити вживання психоактивних речовин.

- Додаткові рекомендації про заходи і стратегії виявлення і лікування вживання психоактивних речовин і викликаних ними станів під час вагітності можна знайти в Керівництві ВООЗ 2014 року⁹⁷ за посиланням: <https://www.who.int/>

В.1.7 Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) і сифіліс

Рекомендація В.1.7. При високій поширеності ВІЛ^a обстеження і консультування з ініціативи медичного працівника для виключення ВІЛ-інфекції слід вважати компонентом стандартної медичної допомоги вагітним в будь-яких умовах надання ДПД. При низькій поширеності ВІЛ обстеження і консультування з ініціативи медичного працівника для вагітних в рамках ДПД може розглядатися як ключовий компонент заходів з елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини, інтеграції тесту на наявність ВІЛ-інфекції в комплекс досліджень на наявність сифілісу, вірусних інфекцій та інших ключових досліджень, доречних в даних умовах, а також зміцнення наявних систем охорони здоров'я матері і дитини. (Рекомендовано)

Коментарі

- Ця рекомендація запозичена з публікації ВООЗ «Консолідовані рекомендації щодо послуг з тестування на ВІЛ» (2015 р.)⁹⁸ (настійність рекомендації і якість доказів не визначені).

- Обстеження і консультування з ініціативи медичного працівника означає обстеження на наявність ВІЛ-інфекції, яке планово пропонують в медичних закладах. Воно включає надання інформації до обстеження та отримання згоди на нього з можливістю відмовитися від обстеження. Доведено, що прийнятність обстеження і консультування з ініціативи медичного працівника є високою, а також, що ця модель підвищила застосування обстеження на наявність ВІЛ-інфекції в КНСД⁹⁸.

- Проведення обстеження на наявність ВІЛ-інфекції в рамках ДПД є причиною того, що велика кількість жінок в багатьох країнах знають, інфіковані вони ВІЛ чи ні, що дозволяє їм та їхнім дітям отримувати переваги антиретровірусної терапії (АРТ).

- ВООЗ рекомендує починати АРТ всім вагітним, у яких виявлено ВІЛ-інфекцію, при будь-якому числі лейкоцитів CD4 і продовжувати її позитивно⁹⁹. Ця рекомендація заснована на доказах, які демонструють, що проведення АРТ всім ВІЛ-інфікованим вагітним і жінкам, які годують груддю, покращує їх результати для здоров'я, попереджає передачу ВІЛ від матері до дитини та горизонтальну передачу ВІЛ від жінок неінфікованим статевим партнерам.

- Нижче представлені інші рекомендації, які належать до ДПД, з «Консолідовані рекомендації щодо послуг з тестування на ВІЛ»⁹⁸.

- Щодо виявлення: необхідні законодавчі ініціативи для забезпечення захисту конфіденційності даної інформації, а також політика, закони і нормативні акти, які попереджають дискримінацію і пропагують прийняття ВІЛ-інфікованих і толерантність до них; це допоможе створити середовище, яке полегшить розкриття інформації щодо наявності ВІЛ-інфекції (сильна рекомендація, докази низької якості).

- Щодо повторного обстеження: в умовах поширеної епідемії ВІЛ-інфекції^b повторне обстеження жінок, у яких не виявлено ВІЛ, проводять в III триместрі вагітності, під час пологів або післяпологового періоду внаслідок високого ризику зараження ВІЛ під час вагітності (сильна рекомендація, якість доказів не визначена).

- Щодо повторного обстеження: в умовах обмеженої епідемії ВІЛ-інфекції^c повторне обстеження жінок, у яких не виявлено ВІЛ, показано жінкам, які мають ВІЛ-інфікованого статевого партнера або належать до групи ризику^d (настійність рекомендації і якість доказів не визначені).

- Щодо повторного обстеження перед початком АРТ: національні програми повинні включати повторне обстеження всіх вперше і раніше виявлених ВІЛ-інфікованих перед їх реєстрацією в програмі і початком АРТ (настійність рекомендації і якість доказів не визначені).

- Щодо стратегій обстеження: в умовах, якщо поширеність ВІЛ-інфекції серед обстеженого населення більше 5%, діагноз ВІЛ-інфекції встановлюють при позитивному результаті двох послідовних досліджень; в умовах, де поширеність ВІЛ-інфекції серед обстеженого населення менше 5%, діагноз ВІЛ-інфекції встановлюють при позитивному результаті трьох послідовних досліджень (настійність рекомендації і якість доказів не визначені).

- Щодо перерозподілу обов'язків: громадські працівники охорони здоров'я, які навчені і працюють під контролем, можуть самостійно проводити безпечно та ефективно обстеження для виключення ВІЛ-інфекції за допомогою експрес-методів (сильна рекомендація, докази середньої якості).

- Додаткові рекомендації з обстеження для виключення ВІЛ-інфекції можна знайти в Рекомендаціях ВООЗ 2015 року⁹⁸.

- Крім того, «Керівництво щодо термінів початку АРТ і ДКП ВІЛ-інфекції» 2015 р.⁹⁹ доступно за посиланням: <https://www.euro.who.int/>

- Для профілактики передачі сифілісу від матері до дитини всі вагітні повинні бути обстежені при першому відвідуванні в рамках ДПД в I триместрі вагітності. Додаткові рекомендації зі скринінгу представлені в публікації ВООЗ «Профілактика передачі сифілісу від матері до дитини» (2006 р.)¹⁰⁰, яка доступна за посиланням: <https://www.who.int/>

- Останні рекомендації ВООЗ щодо лікування хламідійної інфекції, гонореї, сифілісу і профілактики передачі вірусу Зіка статевим шляхом (2016 р.)¹⁰¹⁻¹⁰⁴ доступні за посиланням: <https://www.who.int/>

Примітки:

^a Згідно з публікацією ВООЗ «Consolidated guidelines on HIV testing services» (2015 р.), поширеність ВІЛ вважають високою, якщо серед обстеженого населення вона складає більше 5%, низькою – якщо вона менше 5%⁹⁸.

^b Про поширену епідемію ВІЛ-інфекції кажуть, коли ВІЛ-інфекція постійно присутня в загальній популяції. У числовому вираженні поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних, які звертаються за ДПД, є постійно вищою понад 1%⁹⁸.

^c Про обмежену епідемію ВІЛ-інфекції кажуть, коли ВІЛ-інфекція швидко поширюється в певній групі населення (або групі ризику, див. наступну примітку), але не присутня постійно в загальній популяції⁹⁸.

^d В Рекомендаціях ВООЗ (2015 р.) визначені наступні групи ризику: чоловіки, які мають статеві зносини з чоловіками, ув'язнені і особи, які знаходяться в інших умовах ізоляції, споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники секс-індустрії і трансгендери⁹⁸.

Коментар робочої групи: Обстеження вагітних на ВІЛ, вірусні гепатити В та С в Україні проводиться згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я, затвердженими наказами Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2022 року № 692 «Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»»; від 15.01.2021 року № 49 «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті В у дорослих»; від 15.01.2021 року № 51 «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих».

В.1.8 Туберкульоз

Рекомендація В.1.8. Якщо поширеність туберкульозу (ТБ) серед населення становить 100 випадків на 100000 осіб і більше, систематичний скринінг активних форм ТБ слід розглядати як компонент допологової допомоги. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Ця рекомендація адаптована і запозичена з публікації ВООЗ «Систематичний скринінг активних форм туберкульозу: принципи та рекомендації» (2013), в якій вона розцінена як умовна рекомендація, заснована на доказах дуже низької якості¹⁰⁵.

- Систематичний скринінг визначається як систематичне виявлення осіб з підозрою на активні форми ТБ в попередньо визначених цільових групах за допомогою лабораторних, інструментальних досліджень або інших методів, які можуть бути проведені швидко. Варіанти початкового скринінгу включають скринінг симптомів (кашель тривалістю більше 2 тижнів або будь-які симптоми, підозрілі щодо ТБ, в тому числі кашель будь-якої тривалості, кровохаркання, схуднення, лихоманка або нічна пітливість) або скринінг за допомогою рентгенографії органів грудної клітини. Застосування рентгенографії органів грудної клітки у вагітних не має значного ризику, проте необхідно дотримуватися національних рекомендацій щодо проведення рентгенографії під час вагітності¹⁰⁵.

- Перед тим як починати скринінг, повинні з'явитися якісні діагностика, лікування, підтримка хворих і організація допомоги, а також потужності для збільшення масштабів її надання відповідно до очікуваного зростання виявлення ТБ, яке можливе в результаті скринінгу.

- Експертна група, відповідальна за цю рекомендацію, зазначила, що впровадження скринінгу може бути неможливим в умовах обмежених ресурсів.

- Нижче представлені інші рекомендації, що мають відношення до ДПД, з тієї ж публікації¹⁰⁵.

- Систематичний скринінг показаний членам сімей та близьким хворих на ТБ (сильна рекомендація, докази дуже низької якості).
- Систематичний скринінг активних форм ТБ показаний всім ВІЛ-інфікованим при кожному відвідуванні медичного закладу (сильна рекомендація, докази дуже низької якості).
- Систематичний скринінг активних форм ТБ може проводитися також в інших групах населення, які мають дуже обмежений доступ до медичної допомоги, наприклад серед осіб, які проживають в міських нетрях або віддалених місцях з обмеженим доступом до медичної допомоги, безхатченків та інших незахищених і відокремлених груп населення, в тому числі серед мігрантів та біженців (умовна рекомендація, докази дуже низької якості).
- ТБ підвищує ризик передчасних пологів, перинатальної смертності та інших ускладнень вагітності. У порівнянні з пізнім, ранній початок лікування ТБ пов'язаний з поліпшенням результатів для матерів і немовлят¹⁰⁵.
- Щоб системи охорони здоров'я знали поширеність ТБ серед вагітних в даній місцевості, корисно вказувати наявність вагітності в реєстрах, за допомогою яких відстежують скринінг і лікування ТБ.
- Додаткові інформація та міркування, які стосуються цієї рекомендації, можна знайти в Рекомендаціях ВОЗ 2013 р.¹⁰⁵

Коментар робочої групи:

Обстеження вагітних на ТБ в Україні проводиться згідно з відповідним галузевим стандартом медичної допомоги, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.10.2021 року № 2161 «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі».

В.2 Обстеження плода

Передумови

Оцінка розвитку і стану плода – важлива складова ДПД. ГРР розглянула докази і іншу інформацію, що стосуються наступних заходів з оцінки розвитку та стану плода у здорових вагітних, які не мають ризику несприятливих перинатальних наслідків.

Щоденний обрахунок рухів плода. Зниження частоти рухів плода, яку оцінює жінка, пов'язане з погіршенням перинатальних наслідків, в тому числі із загибеллю плода¹⁰⁶. Щоденний обрахунок рухів плода, наприклад кардіфський метод «рахунок до десяти» із застосуванням спеціальних таблиць, – це метод скринінгу стану плода, при якому жінка щодня рахує рухи плода. Його мета – знизити перинатальну смертність за допомогою інформування працівників охорони здоров'я щодо можливості погіршення стану плода¹⁰⁷. Щоденний обрахунок рухів плода може проводитися в плановому порядку всіма вагітними, у яких підвищений ризик несприятливих перинатальних наслідків. Раннє виявлення внутрішньоутробної гіпоксії може привести до своєчасного клінічного втручання і зниження частоти несприятливих перинатальних наслідків, а може стривожити жінку і привести до непотрібних клінічних втручань. Можливо також, що інтервал між зниженням частоти рухів і загибеллю плода виявиться занадто коротким, щоб вжити ефективні заходи¹⁰⁸.

Вимірювання висоти стояння дна матки (ВДМ). Вимірювання ВДМ – поширений метод оцінки розвитку плода, при якому вимірювання проводять за допомогою мірної стрічки, щоб виявити затримку внутрішньоутробного росту (ЗВУР) плода. Крім того, це може сприяти виявленню багатоплідної вагітності, макросомії, багатоводдя і маловоддя. Якщо плід розвивається нормально, то з 24-го тижня вагітності ВДМ \pm 2 см відповідає терміну вагітності в тижнях¹⁰⁹. Інші методи оцінки розвитку плода включають пальпацію живота з метою визначення положення дна матки щодо анатомічних орієнтирів, таких, як пупок і мечоподібний відросток, вимірювання окружності живота і повторні УЗД для оцінки

розмірів плода¹⁰⁹. Слід надавати перевагу точним недорогим методам виявлення відхилень у розвитку плода, оскільки УЗД - найбільш точний метод скринінгу – є ресурсоемним і не має широкої доступності в КНСД.

Кардіотокографія (КТГ) під час вагітності. КТГ – це метод безперервної реєстрації частоти серцевих скорочень плода і тону мати за допомогою ультразвукового датчика, розміщеного на передній черевній стінці жінки. КТГ широко застосовується під час вагітності для оцінки стану плода, переважно за наявності високого ризику ускладнень, а також під час пологів.

Ультразвукове дослідження плода. УЗД застосовується під час вагітності в різних ситуаціях, наприклад при сумнівах щодо правильності розвитку плода або ускладненнях. Несприятливі наслідки вагітності можливі за відсутності очевидних факторів ризику, тому висунуто припущення, що УЗД під час вагітності, що проводиться всім жінкам, виявиться корисним, оскільки дозволить раніше виявити приховані проблеми¹¹⁰, такі, як багатоплідна вагітність, ЗВУР, вади розвитку, неправильне положення і передлежання плода, передлежання плаценти, а також точно визначати гестаційний вік, що в свою чергу веде до своєчасного і належного лікування ускладнень вагітності.

Ультразвукове доплерівське дослідження плода. Доплерівське дослідження дозволяє вивчати пульсові хвилі в артерії пуповини (і інших артеріях плода), щоб оцінювати стан плода в III триместрі вагітності. Цей метод широко застосовується під час вагітності високого ризику для виявлення внутрішньоутробної гіпоксії і, таким чином, зниження перинатальної смертності^{111, 112}. Отже, він може також бути корисним, якщо проводиться в рамках ДПД при нормальному перебігу вагітності для виявлення внутрішньоутробної гіпоксії та прогнозування ускладнень, особливо ЗВУР і прееклампсії. Доплерівське дослідження корисно для диференціальної діагностики ЗВУР і конституційних особливостей (МГВ плід)¹¹³. Воно може проводитися під час УЗД або окремо. Метод дозволяє кількісно оцінити кровотік в артерії пуповини у вигляді пульсаційного індексу або індексу резистентності¹¹⁴. Високий опір кровотоку часто вказує на підвищення ризику ЗВУР і прееклампсії, а також на необхідність подальшого обстеження.

***Коментар робочої групи:** В Україні замість терміну «внутрішньоутробна гіпоксія» використовують діагноз: дистрес плода.*

Цінності жінок

Дані для рекомендацій з ДПД отримані з результатів попереднього аналізу того, що жінки хочуть від ДПД, і які результати є значимими для них¹³. Докази свідчать, що для жінок з країн з високим, середнім і низьким рівнем забезпеченості ресурсами значимо отримання «позитивного досвіду вагітності». В контексті обстеження жінки цінують можливість проведення скринінгу і досліджень з метою оптимізації їх здоров'я і здоров'я їхніх дітей за умови, що кожна процедура чітко пояснена і проведена працівниками охорони здоров'я, які знають, підтримують і поважають (високий рівень достовірності доказів).

В.2.1 Щоденний обрахунок рухів плода

Рекомендація В.2.1. Щоденний обрахунок рухів плода, наприклад такими методами, як «рахунок до десяти», рекомендується тільки в рамках наукових досліджень. (Рекомендовано при певних умовах – наукові дослідження)

Коментарі

- Обрахунок рухів плода – це метод спостереження за станом плода при якому вагітна сама обраховує і записує кількість рухів. Описано різні методи; від використаного методу залежить подальший моніторинг, наприклад, якщо зафіксовано менше шести виразних рухів протягом 2 годин¹¹⁵ або менше 10 рухів протягом 12 годин (кардіфський метод «рахунок до десяти»)¹⁰⁶.

- Незважаючи, що щоденний обрахунок рухів плода не рекомендований, здорові вагітні повинні бути інформовані про значення рухів плода в III триместрі вагітності і необхідність повідомлення про зниження частоти рухів працівникам охорони здоров'я.

- У рамках належної клінічної практики медичним працівникам, що надають ДПД, рекомендується запитувати вагітну про рухи плода при кожному відвідуванні. При зниженні частоти або інтенсивності рухів показаний моніторинг (наприклад, щоденний обрахунок рухів) або, за необхідності, обстеження.

- ГРР погодилася, що необхідні додаткові дослідження ефективності щоденного обрахунку рухів плода в III триместрі вагітності, особливо в умовах КНСД, де поширеність мертвородження неясної етіології є високою.

Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Australian Government Department of Health, 2020.

22.2.2. Інформація про рухи плода

Рекомендація заснована на консенсусі XVI

На ранніх термінах вагітності слід надавати жінкам усну і письмову інформацію про нормальні рухи плода. Ця інформація повинна включати опис змін характеру рухів протягом розвитку плода, нормальних циклів бадьорості / сну і факторів, які можуть змінити сприйняття матір'ю рухів плода.

Схвалені Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в жовтні 2017 року; термін дії закінчується в жовтні 2022 року.

Рекомендація заснована на консенсусі XVII

Порадити жінкам, стурбованим зниженням рухів плода, негайно звернутися до свого лікаря.

Схвалені Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в жовтні 2017 року; термін дії закінчується в жовтні 2022 року.

22.2.3. Моніторинг рухів плода

Рекомендація практичне зауваження JJ

Занепокоєння матері з приводу зниження рухів плода превалює над будь-яким визначенням зниження рухів плода, заснованим на обрахунку кількості рухів плода.

Схвалені Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в жовтні 2017 року; термін дії закінчується в жовтні 2022 року.

Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, 2016.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти щоденного обрахунку рухів плода в порівнянні зі стандартною ДПД (ДБ Таблиця В.2.1)

Докази щодо ефектів щоденного обрахунку рухів плода, були отримані з Кокранівського огляду¹⁰⁷. В порівняльний аналіз включені дані двох РКД, проведених в КВД. Одне дослідження було великим багатоцентровим кластерним РКД (68654 жінки), проведеним в Бельгії, Ірландії, Швеції, Сполученому Королівстві і США. У ньому

порівнювали метод «рахунок до десяти» із застосуванням таблиць зі стандартною ДПД при неускладненій вагітності у терміні між 28 і 32-м тижнями. Жінок, які отримували стандартну ДПД, запитували про рухи плода при кожному відвідуванні. Інше дослідження – багатоцентрове РКД, проведене в Норвегії, яке включало 1123 жінки, – порівнювало модифікований метод «рахунок до десяти» зі стандартною допомогою.

Материнські результати

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що щоденний обрахунок рухів плода має незначний ефект або не впливає на частоту кесарева розтину (1 дослідження, 1076 жінок; ВР 0,93, 95% ДІ 0,60-1,44), вакуум-екстракції або застосування акушерських щипців (1 дослідження, 1076 жінок; ВР 1,04, 95% ДІ 0,65-1,66).

Щодо задоволеності жінок докази з низьким рівнем достовірності вказують, що щоденний обрахунок рухів плода може знижувати середню оцінку за шкалою тривожності (1 дослідження, 1013 жінок; стандартизована РС - 0,22, 95% ДІ від -0,35 до -0,10).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що щоденний обрахунок рухів плода має незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів (1 дослідження, 1076 новонароджених; ВР 0,81, 95% ДІ 0,46-1,46) і народження маловагих дітей (1 дослідження, 1076 новонароджених; ВР 0,98, 95% ДІ 0,66-1,44).

У норвезькому дослідженні (1076 жінок) перинатальних смертей не було. Докази з низьким рівнем достовірності з великого кластерного РКД, в якому була представлена зважена РС частоти мертвородження в кластерах з втручанням і без нього, вказують, що щоденний обрахунок рухів плода має незначний ефект або не впливає на частоту мертвородження (зважена РС 0,23, 95% ДІ від -0,61 до 1,07).

Додаткові міркування

- Ці дослідження були проведені в КВД з низькою частотою мертвородження, отже, дані про ефективність не можуть бути застосованими до умов з високою частотою мертвородження.

- В кластерному РКД, незважаючи на обрахунок рухів плода, більшість плодів, у яких цей метод виявив погіршення стану, загинули до моменту надання допомоги матерям.

- В кластерному РКД відзначена тенденція до збільшення частоти КТГ і госпіталізації під час вагітності в досліджуваному кластері. Частота госпіталізації в досліджуваній групі була також вищою в норвезькому РКД¹⁰⁷.

- Дані ще одного РКД, що не опубліковане до моменту виконання Кокранівського огляду, підтвердили дані огляду, що щоденний обрахунок рухів плода може знижувати рівень тривожності у матері¹¹⁵.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.2 «Обстеження плода. Передумови».

Ресурси

Обрахунок рухів плода – сам по собі дешевий захід, але може приводити до витрат, пов'язаних з непотрібними додатковими втручаннями, або до госпіталізації.

Справедливість

Глобальний тягар перинатальної захворюваності і смертності несуть КНСД. Жінки, які є бідними, менш освіченими і проживають в сільських районах КНСД, мають більш низьке охоплення ДПД і менш сприятливі результати вагітності, ніж жінки з більш благополучних груп населення²⁹. Отже, прості, ефективні, дешеві заходи ДПД, спрямовані на оцінку стану

плода, можуть зменшити нерівність щодо здоров'я за допомогою поліпшення діагностики ускладнень в умовах обмежених ресурсів.

Прийнятність

Якісні дані демонструють, що жінки зазвичай цінують знання і інформацію, які вони можуть отримати від працівників охорони здоров'я під час відвідування в рамках ДПД, за умови, що отримані належні пояснення, а інформація надана в послідовній, турботливій формі з урахуванням культурних особливостей (докази з високим рівнем достовірності)²². Показано також, що медичні працівники хотіли б надавати жінкам належну інформацію та поради, але часом вважають, що недостатньо для цього підготовлені (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Здійснимість

З точки зору жінок, які проживають далеко від закладів, що надають ДПД, у яких немає коштів або часу відвідувати їх регулярно, а також з точки зору працівників охорони здоров'я з обмеженими ресурсами, якщо ефективність цього заходу буде доведена, він може бути практичним і рентабельним методом моніторингу стану плода (докази з високим рівнем достовірності)^{22, 45}.

В.2.2 Вимірювання висоти стояння дна матки

Рекомендація В.2.2. Заміна пальпації живота вимірюванням висоти стояння дна матки (ВДМ) з метою оцінки розвитку плода для поліпшення перинатальних наслідків не рекомендується. Відхід від звичайної в даних умовах практики (пальпація живота або вимірювання ВДМ) не рекомендується. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Планове вимірювання ВДМ практикується в багатьох умовах надання ДПД. Внаслідок дефіциту чітких доказів точності методу і його переваг перед пальпацією живота для оцінки стану плода ГРР не рекомендує зміни практики.
- ГРР погодилася, що є скоріше дефіцит доказів щодо вимірювання ВДМ, а не недостатня ефективність методу, особливо в умовах КНСД.
- Крім помилкового враження благополуччя, яке можливо як при вимірюванні ВДМ, так і при пальпації живота, інших несприятливих наслідків вимірювання ВДМ немає.
- Необхідні дослідження, щоб визначити роль вимірювання ВДМ у виявленні відхилень у розвитку плода та інших факторів ризику перинатальної захворюваності (наприклад, багатоплідної вагітності, багатоводдя) в умовах, якщо недоступне УЗД під час вагітності.

Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Australian Government Department of Health, 2020.

22.1.3. Оцінка зросту плода

Рекомендація практичне зауваження GG

Необхідно направляти жінок після 24 тижнів вагітності з ВДМ на ≥ 3 см меншою за очікувану, з одноразовим вимірюванням ВДМ нижче 10-го перцентиля або з декількома вимірюваннями, які демонструють повільне або статичне зростання плода, виходячи за перцентилі, для ультразвукового вимірювання розмірів плода.

Схвалені Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в жовтні 2017 року; термін дії закінчується в жовтні 2022 року.

Рекомендація практичне зауваження НН

Слід направляти жінок з недостовірним вимірюванням ВДМ (наприклад, при ІМТ >35 кг/м², лейоміомі матки великих розмірів, багатоводді) для оцінки розмірів плода за допомогою УЗД.

Схвалені Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в жовтні 2017 року; термін дії закінчується в жовтні 2022 року.

Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, 2016.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти вимірювання ВДМ в порівнянні з пальпацією живота (ДБ Таблиця В.2.2)

Докази щодо ефектів вимірювання ВДМ були отримані з Кокранівського огляду єдиного дослідження, проведеного в Данії, в якому брали участь 1639 вагітних, включених в дослідження приблизно на 14 тижні¹⁰⁹. Вимірювання ВДМ або пальпацію живота проводили з 28 тижня вагітності. Більшість жінок обстежилися, принаймні, тричі, результати вимірювань відзначали на графіку.

Материнські результати

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що в порівнянні з пальпацією живота вимірювання ВДМ має незначний ефект або не впливає на частоту кесарева розтину (1639 жінок; ВР 0,72, 95% ДІ 0,31-1,67) і індукції пологів (1639 жінок; ВР 0,84, 95% ДІ 0,45-1,58).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що в порівнянні з пальпацією живота вимірювання ВДМ, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на виявлення МГВ плода під час вагітності (1639 жінок; ВР 1,32, 95% ДІ 0,92-1,90); докази з низьким рівнем достовірності вказують, що це може мати незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (1639 жінок; ВР 1,25, 95% ДІ 0,38-4,07). Інші результати, які стосуються рекомендацій з ДПД, в огляді не представлені.

Додаткові міркування

- ГРР розглянула також докази, отримані з огляду діагностичної точності вимірювання ВДМ для передбачення народження МГВ дітей (вага при народженні <10-го перцентилю), в якому цей результат був сурогатним результатом для ЗВУР¹¹⁶. Огляд ДТ включав 7 досліджень, проведених в КВД, які використовували різні порогові значення для визначення МГВ дітей. Чутливість вимірювання ВДМ склала 0,27-0,76, що означає, що метод не виявляє до 73% вагітностей, які завершуються народженням МГВ дітей. Однак специфічність зазвичай була високою (0,79-0,92). Це означає, що нормальне значення ВДМ є прийнятним показником здоров'я дитини. На практиці це може значити, що на УЗД буде спрямована деяка кількість жінок з нормальним перебігом вагітності; проте більшість випадків народження МГВ дітей можуть бути пропущені. Порівнянних даних про ДТ пальпації живота немає.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.2 «Обстеження плода. Передумови».

Ресурси

Пальпація живота і вимірювання ВДМ – дешеві заходи, на які основні витрати йдуть на навчання персоналу. Для вимірювання ВДМ необхідні мірні стрічки.

Справедливість

Глобальний тягар перинатальної захворюваності і смертності несуть КНСД. Жінки, які є бідними, менш освіченими і проживають в сільських районах КНСД, мають більш низьке охоплення ДПД і менш сприятливі результати вагітності, ніж жінки з більш благополучних груп населення²⁹. Отже, прості, ефективні, дешеві заходи ДПД, спрямовані на оцінку стану плода, можуть зменшити нерівність щодо здоров'я за допомогою поліпшення діагностики ускладнень в умовах обмежених ресурсів.

Прийнятність

Вимірювання ВДМ і пальпація живота – неінвазивні методи обстеження плода, які широко застосовуються, і для яких немає свідочств неприйнятності. Однак в деяких умовах жінки відчують почуття сорому під час фізикального дослідження, що має делікатно враховуватися працівниками охорони здоров'я (докази з низьким рівнем достовірності)²².

Здійснимість

Обидва методи вважаються однаково здійсненними за умови наявності мірних стрічок.

В.2.3 Кардіотокографія під час вагітності

Рекомендація В.2.3. Рутинна кардіотокографія (КТГ) під час вагітності для поліпшення материнських і перинатальних наслідків не рекомендується. (Не рекомендовано)

Коментарі

- КТГ – це метод безперервної реєстрації частоти серцевих скорочень плода і тону мати за допомогою ультразвукового датчика, розміщеного на передній черевній стінці жінки.

- Доказів ефективності або інших міркувань на користь проведення КТГ під час вагітності (до пологів) в рамках планової ДПД в даний час немає.

- Дефіцит доказів користі КТГ під час вагітності високого ризику передбачає, що вивчення КТГ під час нормальної вагітності не є пріоритетом наукових досліджень.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти планової КТГ під час вагітності в порівнянні з її відсутністю (ДБ Таблиця В.2.3)

Кокранівський огляд, присвячений плановій КТГ під час вагітності, не виявив відповідних досліджень планової КТГ, і у всіх 6 включених дослідженнях брали участь жінки з вагітностями високого ризику¹¹⁷.

Додаткові міркування

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що КТГ під час вагітності високого ризику може мати незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність і частоту кесарева розтину¹¹⁷.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.2 «Обстеження плода. Передумови».

Ресурси

Апарати для КТГ є високовартісними (приблизно від 450 дол. США)⁴, вимагають технічного обслуговування, постачання гелю для УЗД та персоналу, навченого роботі з апаратом і інтерпретації результатів.

Примітка: ⁴ Груба оцінка на основі пошуку в Інтернеті.

Справедливість

Прості, ефективні, дешеві заходи ДПД, спрямовані на оцінку стану плода, можуть зменшити нерівність щодо здоров'я за допомогою поліпшення діагностики ускладнень в умовах обмежених ресурсів, пов'язаних з тягарем перинатальної смертності.

Прийнятність

Якісні дані, отримані в різних умовах, вказують, що жінки зазвичай цінують застосування технологій в спостереженні за перебігом вагітності (докази з високим рівнем достовірності), і дефіцит сучасного обладнання в закладах, що надають ДПД, в КНСД може відбивати у жінок бажання відвідувати їх (докази із середнім рівнем достовірності)²². У деяких КНСД жінки вірять, що вагітність – це нормальний стан, і можуть чинити опір проведенню КТГ, якщо тільки у них не було ускладнень під час попередньої вагітності (докази з високим рівнем достовірності). Прийнятність може бути додатково знижена, якщо проведення КТГ не обгрунтовано належним чином (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Медичні працівники в КНСД вважають, що недолік сучасного обладнання і навчання обмежує впровадження заходів цього типу (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

В.2.4 Ультразвукове дослідження

Рекомендація В.2.4. Рекомендується виконувати одне ультразвукове дослідження (УЗД) на терміні до 24-го тижня вагітності (раннє УЗД плода) для уточнення гестаційного віку, поліпшення діагностики вад розвитку та багатоплідної вагітності, зниження частоти індукції пологів при перенесеній вагітності та формування позитивного досвіду вагітності. (Рекомендовано)

Коментарі

- УЗД на більш пізніх термінах немає додаткових переваг перед раннім УЗД, а також не може компенсувати відсутність раннього УЗД. Тому УЗД після 24-го тижня вагітності (пізнє УЗД) не рекомендується вагітним, яким не проведено раннє УЗД. Однак зацікавленим сторонам слід розглядати доцільність пізнього УЗД вагітним, яким УЗД не проводили раніше, з метою визначення кількості плодів, передлежання плода і локалізації плаценти.

- ГРР зазначила, що вплив впровадження УЗД під час вагітності на результати щодо здоров'я населення і системи охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів і сільській місцевості не вивчено. Однак впровадження УЗД в цих умовах з метою виключення ускладнень вагітності та підтвердження життєздатності плода для жінки і її сім'ї в поєднанні з оцінкою гестаційного віку, діагностикою, направленням на консультацію і лікуванням може достовірно підвищити використання ДПД, знизити частоту ускладнень і смертність.

- В даний час в декількох країнах проводиться дослідження, яке повинно надати додаткові докази щодо впливу на здоров'я і звернення за медичною допомогою, а також інформацію про можливості впровадження УЗД в умовах обмежених ресурсів і сільській місцевості¹¹⁸.

- ГРР визнала, що застосування раннього УЗД під час вагітності не знижує перинатальну смертність. ГРР зробила акцент на інші переваги УЗД (згадані вище) і більш точно визначення гестаційного віку, яке допомагає при підозрі на передчасні пологи і знижує частоту стимуляції пологової діяльності з приводу перенесеної вагітності.

- ГРР визнає, що впровадження і широкомасштабне застосування цієї рекомендації в умовах обмежених ресурсів буде пов'язано з різноманітними труднощами, в тому числі політичними (планування зборів і тарифів), логістичними (технічне обслуговування обладнання, постачання, технічна підтримка), інфраструктурними (забезпечення надійного електропостачання та безпечного зберігання) і фінансовими.

- ГРР зазначила, що УЗД під час вагітності – захід, обов'язки з проведення якого можуть бути передані від навчених спеціалістів з УЗД та лікарів навченим медичним сестрам, акушеркам і молодшим клініцистам за умови забезпечення постійного навчання, утримання персоналу, підвищення якості допомоги і спостереження за її наданням.

Коментар робочої групи: в Україні УЗД під час вагітності проводять виключно лікарі з ультразвукової діагностики, які пройшли підготовку з пренатальної діагностики.

Рекомендується виконувати два обов'язкові УЗД у терміні до 22 тижнів вагітності. Перше УЗД проводиться в терміні вагітності від 11+0-13+6 тижнів вагітності. Основною метою цього УЗД є оцінка анатомічних структур плода, пошук ранніх вад розвитку і мінорних ехо-маркерів, визначення терміну вагітності та передбачуваної дати пологів.

Друге УЗД проводиться в терміні 18-22 тижні вагітності для детальної оцінки анатомічної будови плода, виключення більш пізніх вад розвитку і контролю за перебігом вагітності.

Третє УЗД виконується за показаннями у 28-32 тижні.

(Джерело: *Practice guidelines of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians - Ultrasound Section for ultrasound screening in uncomplicated pregnancy, 2020.* (https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/- додаток 1).

- Зацікавлені сторони можуть відшкодувати / зменшити вартість УЗД під час вагітності, якщо обладнання використовується за іншими показаннями (наприклад, при наданні невідкладної акушерської допомоги) або іншими відділеннями.

- Впровадження та вплив цієї рекомендації на результати щодо здоров'я, використання інфраструктури закладу і справедливість слід відстежувати на рівні системи охорони здоров'я регіону та країни за допомогою чітко визначених критеріїв та індикаторів, пов'язаних з цілями, поставленими на місцевому рівні^a.

- Додаткові рекомендації представлені в публікації ВООЗ «Керівництво щодо ультразвукового дослідження»¹¹⁹, можна знайти на сторінці за посиланням: <https://www.who.int/>

Примітка:

^a Два члени ГРР (Lisa Noguchi і Charlotte Warren) вказали, що їм би хотілося рекомендувати цей захід при певних умовах, коли є кадровий потенціал для проведення ретельного моніторингу та оцінки, щоб забезпечити базовий рівень впровадження (в тому числі достатній потенціал для діагностики та лікування ускладнень) і відстеження потенційного несприятливого впливу на проведення інших обов'язкових заходів щодо охорони здоров'я матерів і новонароджених.

Резюме доказів і міркувань

а) Ефекти УЗД до 24 тижня вагітності (раннього УЗД) в порівнянні з проведенням УЗД за показаннями (ДБ Таблиця В.2.4а)

Докази щодо ефективності раннього УЗД отримані з Кокранівського огляду, що включав 11 РКД, проведених в Австралії, Норвегії, Сполученому Королівстві, США, Швеції та Південній Африці за участю 37505 жінок¹²⁰. У всіх дослідженнях в досліджуваній групі проводили УЗД до 24 тижня вагітності, в контрольній групі його проводили за показаннями (або, в одному дослідженні, проводили «приховане» УЗД, результати якого надавали клініцистам тільки за вимогою). При УЗД зазвичай оцінювали гестаційний вік (біпаріетальний розмір з визначенням окружності голівки і довжини стегна або без них), анатомію плода, кількість плодів, локалізацію плаценти. У більшості робіт УЗД проводили між 10 і 20 тижнями вагітності, в трьох дослідженнях – до 14 тижня, ще в трьох проводили ранне (на 18-20 тижні) і пізні (на 31-33 тижні) УЗД.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що раннє УЗД, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту кесарева розтину (5 досліджень, 22193 жінки; ВР 1,05; 95% ДІ 0,98-1,12). Однак докази з низьким рівнем достовірності вказують, що раннє УЗД може призводити до зниження частоти індукції пологів при перенесеній вагітності (8 досліджень, 25516 жінок; ВР 0,59, 95% ДІ 0,42-0,83).

Щодо задоволеності жінок докази з низьким рівнем достовірності вказують, що після раннього УЗД зменшується кількість жінок, стурбованих перебігом своєї вагітності (1 дослідження, 635 жінок; ВР 0,80, 95% ДІ 0,65-0,99).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що раннє УЗД може підвищувати частоту виявлення вад розвитку (2 дослідження, 17158 жінок; ВР 3,46, 95% ДІ 1,67-7,14). Однак частота виявлення була низькою в обох групах (16 і 4% відповідно), і у 346/387 новонароджених з вадами розвитку (89%) до 24 тижня вагітності вони виявлені не були.

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що раннє УЗД може мати незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (10 досліджень, 35737 пологів; ВР 0,89, 95% ДІ 0,70-1,12) і низьку вагу при народженні (4 дослідження, 15868 новонароджених; ВР 1,04, 95% ДІ 0,82-1,33). Докази із середнім рівнем достовірності демонструють також, що воно, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту народження МГВ дітей (3 дослідження, 17105 новонароджених; ВР 1,05, 95% ДІ 0,81-1,35).

b) Ефекти УЗД після 24-го тижня вагітності (пізнього УЗД) в порівнянні з його відсутністю (ДБ Таблиця В.2.4b)

Дані про ефекти пізнього УЗД були отримані з Кокранівського огляду, що включав 13 РКД, проведених в КВД¹²¹. Більшості жінок в цих дослідженнях було проведено раннє УЗД. Вони були рандомізовані для проведення додаткового УЗД в III триместрі або проведення УЗД за показаннями або «прихованого» УЗД. У цих роботах пізнє УЗД, яке зазвичай проводили між 30 і 36 тижнями вагітності, переслідувало різні цілі, в тому числі оцінку анатомії плода, ваги, об'єму навколоплідних вод і / або зрілості плаценти.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що пізнє УЗД, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту кесарева розтину (6 досліджень, 22663 жінки; ВР 1,03, 95% ДІ 0,92-1,15), вакуум-екстракції або накладання акушерських щипців (5 досліджень, 12310 жінок; ВР 1,05, 95% ДІ 0,95-1,16) і індукції пологів (6 досліджень, 22663 жінки; ВР 0,93, 95% ДІ 0,81-1,07). Задоволеність жінок в огляді не оцінювалася.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що пізнє УЗД, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (8 досліджень, 30675 пологів; ВР 1,01, 95% ДІ 0,67-1,54) і частоту передчасних пологів (2 дослідження, 17151 новонароджений; ВР 0,96, 95% ДІ 0,85-1,08). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що воно може мати незначний ефект або не впливає на частоту народження МГВ дітей (4 дослідження, 20293 новонароджених; ВР 0,98, 95% ДІ 0,74-1,28) і малу вагу при народженні (3 дослідження, 4510 новонароджених; ВР 0,92, 95% ДІ 0,71-1,18).

Додаткові міркування

- Докази щодо застосування УЗД під час вагітності отримані переважно в КВД, де раннє УЗД є стандартним компонентом ДПД, проведеним для точного визначення гестаційного віку і виявлення ускладнень вагітності. Вплив ультразвукового скринінгу в

умовах обмежених ресурсів в даний час невідомий, але низькі материнська і перинатальна смертність, які спостерігаються в КВД, побічно свідчать, що УЗД є важливим компонентом якісної ДПД.

- Докази з Кокранівського огляду щодо ефективності раннього УЗД вказують, що воно знижує ймовірність невиявлення багатоплідної вагітності до 24-26 тижня¹²⁰. З 295 багатоплідних вагітностей, які трапилися в 7 дослідженнях (приблизно 24000 учасниць), раннє УЗД не виявило до 24-26 тижня 1% багатоплідних вагітностей (2/153) порівняно з 39% (56/142) в контрольній групі (ВР 0,07, 95% ДІ 0,03-0,17; ці докази класифіковані авторами огляду як докази низької якості).

- В Кокранівському огляді було оцінено також кілька випадків щодо безпеки для потомства, і не виявлено відмінностей в шкільній успішності, порушеннях зору, слуху, інвалідності і дислексії.

- В декількох країнах (Гватемалі, Демократичній Республіці Конго, Замбії, Кенії і Пакистані) триває кластерне РКД з вивчення УЗД під час вагітності, яке має надати дані про випадки щодо здоров'я, звернення за медичною допомогою, а також інформацію про можливості впровадження в умовах обмежених ресурсів і сільській місцевості¹¹⁸. Дослідження включає двотижневий курс навчання медичних працівників (акушерок, медичних сестер, молодших клініцистів) акушерському УЗД, яке повинно проводитися всім учасницям дослідження на 18-22 і 32-36 тижнях вагітності.

- Точне визначення гестаційного віку важливо для належного проведення заходів, прив'язаних до певного терміну вагітності, а також для лікування ускладнень вагітності, особливо прееклампсії і передчасних пологів, які є основними причинами материнської та перинатальної захворюваності і смертності в КНСД. Раннє УЗД є корисним з цієї точки зору.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.2 «Обстеження плода. Передумови».

Ресурси

Вартість обладнання для УЗД, особливо портативного, знизилася¹²², і в даний час воно доступно за ціною менше 10000 дол. США²⁸. Отже, з огляду на вартість обладнання, технічне обслуговування, постачання (гель для УЗД), запасні акумулятори, базове і безперервне навчання персоналу і спостереження за його роботою, а також витрати для персоналу (дослідження займає 15-45 хвилин), планове УЗД може мати значні фінансові наслідки в умовах КНСД.

Справедливість

Щоб попередити материнську і перинатальну смертність і зменшити нерівність, в КНСД необхідні ефективні заходи щодо підвищення використання і якості ДПД, а також щодо поліпшення досвіду отримання медичної допомоги. Однак, якщо очікується, що жінки будуть самі платити за УЗД, або якщо воно недоступне для вагітних, які проживають в сільській місцевості, внаслідок його нездійсненності, цей захід може сприяти нерівності. Крім того, визначення статі плоду при УЗД в деяких країнах з обмеженими ресурсами має негативний вплив на рівність статей і вимагає моніторингу.

Прийнятність

Якісні докази демонструють, що жінки зазвичай цінують знання і інформацію, які вони можуть отримати від працівників охорони здоров'я, і що вони хочуть обстежуватися з приводу різних станів за умови, що будуть надані належні пояснення, а інформація надана в турботливій формі з урахуванням культурних особливостей (докази з високим рівнем достовірності)²². Докази демонструють також, що в деяких КНСД відсутність сучасного обладнання (наприклад, для УЗД) в закладах, які надають ДПД, відбиває у жінок бажання відвідувати їх (докази з високим рівнем достовірності)²². Це передбачає, що пропозиція щодо

проведення УЗД може залучити жінок до звернення в заклади, які надають ДПД, в тому числі до більш раннього звернення. Спеціальні дослідження, не включені в основний огляд якісних доказів, вказують, що жінки цінують можливість побачити свою дитину під час УЗД і вважають це фактором, що створює позитивний настрій¹²³. Однак є деякі дані про те, що жінки не розуміють, що УЗД є діагностичним методом, і що несприятливі знахідки під час дослідження можуть підвищити стурбованість або засмутити¹²⁴.

Якісні докази, отримані від медичних працівників, демонструють, що вони хотіли б проводити скринінг і обстеження, але часом вважають, що недостатньо для цього підготовлені (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵. Це передбачає, що при належній підготовці та підтримці вони могли б вітати впровадження УЗД з метою більш точної оцінки гестаційного віку і виявлення потенційних факторів ризику, таких, як багатоплідна вагітність.

Здійснимість

Проблеми здійсненності УЗД під час вагітності в КНСД включають закупівлю обладнання, навчання персоналу, забезпечення енергопостачання (стаціонарного або за допомогою запасних акумуляторів), безпечне зберігання, регулярне технічне обслуговування обладнання, підтримання належного та постійного постачання гелю для УЗД, а також постійну технічну підтримку і спостереження.

В.2.5 Ультразвукове доплерівське дослідження судин плода

Рекомендація В.2.5. Регулярне доплерівське дослідження під час вагітності для поліпшення материнських і перинатальних наслідків не рекомендується. (Не рекомендовано)

Коментарі

- ГРР зазначила, що доказова база для застосування доплерівського дослідження судин плода під час вагітностей високого ризику вже існує.
- ГРР погодилася, що користь одноразового доплерівського дослідження судин плода, проведеного всім вагітним в III триместрі, вимагає ретельного вивчення, особливо в умовах КНСД. Майбутні дослідження повинні бути сплановані так, щоб оцінити вплив одноразового доплерівського дослідження на запобіжні причини перинатальної смертності.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти доплерівського дослідження судин плода у порівнянні з його відсутністю (ДБ Таблиця В.2.5)

Дані про ефективність доплерівського дослідження отримані з Кокранівського огляду, що включав 5 досліджень за участю 14624 жінок з КВД (Австралія, Сполучене Королівство і Франція)¹¹⁴. В одній роботі оцінювали одноразове доплерівське дослідження на 28-34 тижні вагітності, в трьох – багаторазові доплерівські дослідження починаючи з 18 тижня вагітності, ще в одній – одноразове або багаторазові доплерівські дослідження на терміні з 26 по 36-й тиждень вагітності. Дані одноразового і багаторазових досліджень були вивчені разом і окремо. У контрольних групах жінки отримували стандартну ДПД без доплерівського дослідження або з «прихованим» доплерівським дослідженням.

Материнські результати

Доступні докази із середнім рівнем достовірності вказують, що доплерівське дослідження під час вагітності, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту кесарева розтину (2 дослідження, 6373 жінки; ВР 0,98, 95% ДІ 0,85-1,13), вакуум-екстракції або накладення акушерських щипців (2 дослідження, 6884 жінки; ВР 1,04, 95% ДІ 0,96-1,12). Інші материнські результати, пріоритетні для рекомендацій з ДПД, в дослідженнях не описані.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що доплерівське дослідження може мати незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (4 дослідження, 11183 жінки; ВР 0,80, 95% ДІ 0,35-1,83). Докази із середнім рівнем достовірності вказують на те, що цей захід, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів (4 дослідження, 12162 жінки; ВР 1,02, 95% ДІ 0,87-1,18).

Додаткові міркування

- Результати аналізів досліджень за підгрупами залежно від числа проведених доплерівських досліджень (одного або декількох) значною мірою узгоджуються із загальними висновками. Однак докази з низьким рівнем достовірності з однієї підгрупи вказують, що одноразове доплерівське дослідження може знижувати перинатальну смертність (1 дослідження, 3890 жінок; ВР 0,36, 95% ДІ 0,13-0,99).

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.В.2 «Обстеження плода. Передумови».

Ресурси

Вартість обладнання для УЗД, особливо портативного, знизилася¹²², і в даний час воно доступно за ціною менше 10000 дол. США²⁸. Отже, з огляду на вартість обладнання, технічне обслуговування, постачання (гель для УЗД), запасні акумулятори, базове і безперервне навчання персоналу і спостереження за ним, а також витрати для персоналу, регулярне доплерівське дослідження може мати значні фінансові наслідки в умовах КНСД.

Справедливість

Наявні дані РКД щодо впливу доплерівського дослідження на материнські і перинатальні наслідки отримані в КВД. Необхідні якісні дослідження цього заходу в КНСД, щоб визначити, чи може виявлення за його допомогою ускладнень вагітності знизити перинатальну смертність і зменшити нерівність.

Прийнятність

Якісні докази демонструють, що жінки зазвичай цінують знання і інформацію, які вони можуть отримати від медичних працівників, і що вони хочуть обстежуватися з приводу різних станів за умови, що надані належні пояснення, а інформація надана в турботливій формі з урахуванням культурних особливостей (докази з високим рівнем достовірності)²². Докази демонструють також, що в деяких КНСД відсутність сучасного обладнання (наприклад, для УЗД) в закладах, які надають ДПД, відбиває у жінок бажання відвідувати їх (докази з високим рівнем достовірності)²². Якісні дані, отримані від працівників охорони здоров'я, демонструють, що вони хотіли б проводити скринінг і обстеження, але часом вважають, що недостатньо для цього підготовлені (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵. Це передбачає, що при належній підготовці та підтримці вони могли б вітати впровадження доплерівського дослідження з метою виявлення потенційних факторів ризику.

Здійснимість

Проблеми здійсненності доплерівського дослідження в КНСД включають закупівлю обладнання, навчання персоналу, забезпечення енергопостачання (стаціонарного або за допомогою запасних акумуляторів), безпечно зберігання, регулярне технічне обслуговування обладнання, підтримання належного та постійного постачання гелю для УЗД, а також постійну технічну підтримку і спостереження.

С. Профілактичні заходи

Передумови

ГРР розглянула докази і іншу релевантну інформацію для рекомендацій про заходи в рамках ДПД, спрямовані на профілактику таких станів.

- **Безсимптомна бактеріурія (ББ).** Визначається як справжня бактеріурія за відсутності симптомів гострої інфекції сечових шляхів. ББ часто спостерігається під час вагітності. За повідомленнями, в деяких КНСД її частота сягає 74%¹²⁵. Майже в 80% випадків в посіві виявляють *Escherichia coli*⁸³. Інші збудники – *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis* і стрептококи групи В (СГВ). У той час як ББ поза вагітністю зазвичай перебігає сприятливо, обструкція сечових шляхів за рахунок здавлення збільшеною маткою у вагітних веде до застою сечі і підвищує ризик гострого пієлонефриту. За відсутності лікування це ускладнення виникає майже у 45% вагітних з ББ¹²⁶, що пов'язане з ризиком передчасних пологів.
- **Рецидивуюча інфекція сечових шляхів (РІСШ).** Це інфекція сечових шляхів (сечового міхура і нирок), що має клінічні прояви, яка виникає після одужання від попередньої інфекції сечових шляхів, зазвичай після лікування. Визначення РІСШ є різними, наприклад, два епізоди інфекції сечових шляхів за попередні 6 місяців або один епізод інфекції сечових шляхів або більше до або під час вагітності в анамнезі¹²⁷. РІСШ є поширеною серед вагітних і пов'язана з несприятливими наслідками вагітності, в тому числі з передчасними пологам та народженням МГВ новонароджених¹²⁷. Пієлонефрит, за оцінками, спостерігається в 2% вагітностей, частота рецидивів протягом тієї ж вагітності або незабаром після неї досягає 23%¹²⁸. Оптимальні методи профілактики РІСШ під час вагітності невідомі.
- **Аллоїмунізація антигеном D.** У Rh-негативних вагітних під час вагітності Rh-позитивним плодом можуть з'явитися антирезусні антитіла, що викликають гемолітичну хворобу новонароджених (ГБН) під час наступних вагітностей. Призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну Rh-негативним жінкам протягом 72 годин після народження Rh-позитивної дитини є ефективним методом профілактики аллоїмунізації антигеном D системи Rh і ГБН¹²⁹. Однак призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну після пологів не попереджає аллоїмунізації в III триместрі вагітності внаслідок прихованої фето-материнської гемотрансфузії.
- **Гельмінтози, що передаються через ґрунт.** Більше 50% вагітних в КНСД страждають на анемію, основним фактором якої в ендемічних районах є гельмінтози³³. Гельмінтози, що передаються через ґрунт, – паразитарні хвороби, викликані переважно аскаридами (*Ascaris lumbricoides*), анкілостомідами (*Necator americanus* і *Ancylostoma duodenale*) і власоглавом (*Trichuris trichiura*). Ці гельмінти, особливо анкілостоміди, харчуються кров'ю і, виділяючи антикоагулянти, викликають кровотечі, що призводить до залізодефіцитної анемії¹³⁰. Вони можуть також зменшувати всмоктування заліза та інших поживних речовин за рахунок зниження апетиту, блювання і діареї¹³¹.
- **Правець новонароджених.** Правець – гостре захворювання, яке викликає екзотоксин, утворений *Clostridium tetani*. Інфекція новонароджених виникає при попаданні на незагоєну пупкову ранку спор збудника, які повсюдно присутні в ґрунті. Щоб бути захищеними від правця при народженні, новонароджені повинні отримати материнські антитіла через плаценту. Правець новонароджених зазвичай розвивається протягом перших двох тижнів життя і характеризується загальним підвищенням м'язового тонусу і болючими судомами; за відсутності лікування в більшості випадків призводить до

смерті¹³². Широкомасштабні програми вакцинації знизили глобальний тягар смертності від правця новонароджених і продовжують знижувати його. За оцінками, кількість випадків знизилася з 146000 у 2000 р. до 58000 (ДІ 20000-276000) в 2010 р.¹³³. Однак оскільки спори збудника поширені в навколишньому середовищі повсюдно, ліквідація правця є біологічно неможливою, і високий рівень охоплення імунізацією залишається вкрай важливим¹³⁴.

На додаток до представлених вище рекомендацій ГРР цей розділ включає дві рекомендації з профілактики захворювань під час вагітності, що мають відношення до планової ДПД, які були запозичені з рекомендацій ВООЗ щодо профілактики малярії та ВІЛ-інфекції.

Цінності жінок

Дані для рекомендацій з ДПД були отримані з результатів попереднього аналізу того, що жінки хочуть від ДПД і які результати є значимими для них¹³. Показано, що для жінок з країн з високим, середнім і низьким рівнем забезпеченості ресурсами значимо отримання «позитивного досвіду вагітності», який включає призначення досліджень за показаннями, а не в плановому порядку, проведення ефективних профілактичних заходів з метою оптимізації перебігу вагітності і здоров'я новонароджених, а також здатність медичних працівників пояснювати і проводити процедури, демонструючи знання, повагу і підтримку (високий рівень достовірності доказів).

С.1 Безсимптомна бактеріурія

Рекомендація С.1. Всім вагітним з ББ рекомендується антибактеріальна терапія протягом семи днів з метою попередження персистуючої бактеріурії, передчасних пологів і народження дітей з малою масою тіла. (Рекомендовано)

Коментарі

- Цю рекомендацію слід розглядати разом з рекомендацією щодо діагностики ББ (Рекомендація В.1.2).
- Зацікавлені сторони можуть розглядати проведення скринінгу і лікування ББ в конкретних умовах в залежності від поширеності ББ і передчасних пологів. Вони можуть бути недоречними при низькій поширеності.
- Докази щодо передчасних пологів мають низький рівень достовірності. Потрібні великі багатоцентрові дослідження, щоб підтвердити, що скринінг і антибактеріальна терапія знижують частоту передчасних пологів і перинатальну смертність в КНСД. Крім того, метою цих досліджень повинна бути оцінка ефективності скринінгу і лікування ББ, яка обумовлена стрептококами групи В (СГВ).
- Дослідження продемонстрували, що бактеріурія, обумовлена СГВ, є ознакою значної колонізації СГВ, яку може не усунути антибактеріальна терапія. Бактеріурія, обумовлена СГВ, є фактором ризику, що у дитини незабаром після народження розвинеться інфекція, яка викликана СГВ. Для її профілактики ВООЗ рекомендує жінкам з колонізацією СГВ вводити антибактеріальні засоби під час пологів (див. «Рекомендації ВООЗ з профілактики та лікування інфекцій у жінок під час вагітності та після пологів»¹³⁵).
- При впровадженні цього заходу слід відстежувати показники передчасних пологів, а також зміни стійкості збудників до антибактеріальних засобів.

Коментар робочої групи:

*Незалежно від запланованого способу розродження, всі жінки повинні пройти допологовий скринінг на СГВ в терміні 36⁺⁰-37⁺⁶ тижнів вагітності, якщо тільки антибіотикопрофілактика СГВ у пологах не показана з приводу бактеріурії СГВ (*Streptococcus agalactiae*) під час вагітності або народження інфікованого СГВ новонародженого в анамнезі. Нові рекомендовані терміни скринінгу забезпечують 5-*

тижневе вікно для отримання достовірних результатів бактеріологічного дослідження, це вікно включає й пологи, що відбудуться до гестаційного віку не менше 41⁺⁰ тижня.

Всі жінки, у яких вагінально-ректальне бактеріологічне дослідження в терміні 36⁺⁰-37⁺⁶ тижнів вагітності виявилось позитивним на СГВ, повинні отримати відповідну інтранатальну антибіотикопрофілактику, крім випадків, якщо розродження проведено шляхом кесарева розтину до початку пологової діяльності при інтактних плодових оболонках.

Щоб максимально підвищити ймовірність виділення СГВ, для отримання зразка матеріалу для бактеріологічного дослідження спочатку проводиться забір матеріалу без використання дзеркал з нижньої частини піхви (близько до входу), а потім – з прямої кишки (через анальний сфінктер) без використання дзеркал. Взяття матеріалу з нижньої частини піхви і прямої кишки значно збільшує виявлення СГВ в порівнянні з взяттям зразків тільки з шийки матки або з піхви без взяття матеріалу з прямої кишки^{37, 43, 44}.

Бактеріурія СГВ в будь-якій концентрації, виявлена під час вагітності, є тяжкою вагінально-ректальною колонізацією матері і вказує на необхідність антибіотикопрофілактики у пологах без необхідності подальшого скринінгу на СГВ вагінально-ректальної культури в терміні 36⁺⁰-37⁺⁶ тижнів вагітності.

Бактеріурія СГВ у кількості 10⁵ КУО/мл і більше, безсимптомна або симптоматична, вимагає термінового лікування і вказує на необхідність інтранатальної антибіотикопрофілактики.

Виявлення безсимптомної бактеріурії СГВ під час вагітності при рівні менше 10⁵ КУО/мл не вимагає антибіотикотерапії при вагітності, але є показанням для антибіотикопрофілактики у пологах.

(Джерело: ACOG Committee Opinion № 797. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns. *Obstet Gynecol* 2020;135:e51–72. <https://www.acog.org/>)

Резюме доказів і міркувань

Ефекти застосування антибактеріальних засобів при ББ в порівнянні з їх відсутністю або плацебо (ДБ Таблиця С.1)

Дані про ефекти антибактеріальних засобів при ББ були отримані з Кокранівського огляду, що включав 14 досліджень за участю приблизно 2000 жінок⁸³. Більшість досліджень були проведені в КВД між 1960 і 1987 рр., застосовували наступні антибактеріальні засоби: сульфаніламід, ампіцилін, нітрофурантоїн і деякі антибіотики, які більше не рекомендовано застосовувати під час вагітності, наприклад тетрациклін. Тривалість лікування широко варіювала в різних дослідженнях від одноразового призначення до безперервного лікування протягом вагітності. Бактеріурію зазвичай діагностували, якщо, принаймні, одноразово в посіві середньої порцію сечі, взятої з дотриманням всіх правил, або сечі, отриманої катетером, виявлено понад 100000 бактерій в 1 мл сечі, проте використовувалися й інші визначення.

Материнські результати

3 материнських результатів, що належать до рекомендацій з ДПД, були представлені тільки інфекції. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що антибактеріальна терапія може знижувати частоту персистоючої бактеріурії (4 дослідження, 596 жінок; ВР 0,30, 95% ДІ 0,18-0,53); проте дані про вплив на частоту пієлонефриту вкрай невизначені.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що антибактеріальна терапія ББ може знижувати частоту народження маловагих новонароджених (8 досліджень, 1437 новонароджених; ВР 0,64, 95% ДІ 0,45-0,93) і передчасних пологів (2 дослідження, 142

жінки; ВР 0,27, 95% ДІ 0,11-0,62). Інші результати, які стосуються рекомендацій з ДПД, не представлені.

Додаткові міркування

- ГРР оцінила також дані про тривалість лікування (одна доза в порівнянні з коротким курсом лікування (4-7 днів)), отримані з суміжного Кокранівського огляду, що включав 13 досліджень за участю 1622 жінок¹³⁶. Десять досліджень вивчали ефективність різної тривалості лікування одним антибактеріальним засобом, інші три – порівнювали ефективність різної тривалості лікування різними препаратами. Використовували широкий спектр антибактеріальних засобів. Результати аналізу зведених даних з персистуючої бактеріурії (7 досліджень), рецидивуючої ББ (8 досліджень) і пієлонефриту (2 дослідження) були розцінені як вкрай невизначені. Однак при проведенні аналізу чутливості, що включав тільки дослідження високої якості, в яких вивчали амоксицилін і нітрофурантоїн, були отримані докази з високим рівнем достовірності, які вказують, що частота персистуючої бактеріурії при короткому курсі лікування нижча, ніж при одноразовому прийомі антибактеріального засобу (2 дослідження, 803 жінок; ВР 1,72, 95% ДІ 1,27-2,33). Докази з високим рівнем достовірності з одного великого дослідження демонструють, що семиденний курс нітрофурантоїну ефективніший за одnodенний курс в зниженні частоти народження маловагих дітей (714 новонароджених; ВР 1,65, 95% ДІ 1,06-2,57). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що одноразове застосування препаратів може бути пов'язано з більш низькою частотою побічних ефектів (7 досліджень, 1460 жінок; ВР 0,70, 95% ДІ 0,56-0,88). Див. web-додаток (ДБ Таблиця С.1).

- ГРР оцінила також докази ДТ забарвлення препаратів сечі за Грамом і дослідження сечі за допомогою тест-смужок (див. Рекомендацію В.1.2 в розділі 3.В).

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.С «Передумови».

Ресурси

Вартість антибактеріальних засобів є різною. Амоксицилін і триметоприм набагато дешевші (близько 1-2 дол. США за тижневий курс лікування), ніж нітрофурантоїн, який може коштувати приблизно 7-10 дол. США за тижневий курс лікування¹³⁷. Повторне дослідження сечі для підтвердження усунення ББ має фінансові наслідки, пов'язані з використанням лабораторних ресурсів і кадрів, а також фінансові наслідки для жінок. Предметом занепокоєності є поява резистентності до антибактеріальних засобів, яка може обмежувати їх вибір¹²⁵.

Справедливість

Передчасні пологи – провідна причина загибелі новонароджених в світі, більшість випадків відбувається у КНСД. Отже, профілактика передчасних пологів серед неблагополучних груп населення може зменшити нерівність щодо здоров'я.

Прийнятність

У КНСД деякі жінки вірять, що вагітність – це нормальний стан, і можуть вважати застосування антибактеріальних засобів в цих умовах (особливо за відсутності симптомів) неприйнятним, якщо тільки у них не було ускладнень під час попередньої вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Інші розглядають ДПД як джерело знань, інформації та медичної безпеки і зазвичай цінують запропоновані заходи і рекомендації (докази з високим рівнем достовірності). Однак звернення за допомогою може бути обмежене, якщо захід такого типу не пояснений належним чином. Крім того, там, де лікування, ймовірно, пов'язано з додатковими витратами, жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Брак ресурсів в КНСД, який виявляється як дефіцитом препаратів і доступності досліджень, так і браком персоналу, навченого надавати релевантну інформацію та проводити дослідження, може обмежувати впровадження (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

С.2 Антибіотикопрофілактика для попередження рецидивуючої інфекції сечових шляхів

Рекомендація С.2. Антибіотикопрофілактика для попередження РСШ рекомендується вагітним тільки в рамках наукових досліджень. (Рекомендовано при певних умовах – наукові дослідження)

Коментарі

- Необхідні подальші дослідження, щоб визначити найбільш ефективні стратегії профілактики РСШ під час вагітності, в тому числі вплив антибіотикопрофілактики на результати, пов'язані з вагітністю, і зміни стійкості збудників до антибактеріальних засобів.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти антибіотикопрофілактики РСШ порівняно з її відсутністю (ДБ Таблиця С.2)

Докази, що стосуються ефективності антибіотикопрофілактики РСШ, були отримані з Кокранівського огляду, що включав тільки одне дослідження, проведене в США, в якому брали участь 200 вагітних¹²⁷. Жінок, госпіталізованих з приводу пієлонефриту, після закінчення гострої фази захворювання, рандомізовано для проведення антибіотикопрофілактики (нітрофурантоїн, 50 мг 3 рази на добу) протягом вагітності в комбінації з ретельним наглядом (регулярні відвідування лікарні і посіви сечі, призначення антибактеріальних засобів при позитивних результатах посіву) або для ретельного спостереження.

Материнські результати

Докази, отримані в одному дослідженні ризику рецидивуючого пієлонефриту і РСШ при проведенні антибіотикопрофілактики, були вкрай невизначеними. Інші материнські результати, які стосуються рекомендацій з ДПД, в цьому дослідженні не представлені.

Наслідки для плода та новонародженого

Дані про ризик народження маловагих дітей і передчасних пологів при проведенні антибіотикопрофілактики були вкрай невизначеними. Інші фетальні і неонатальні наслідки, пов'язані з рекомендаціями з ДПД, в цьому дослідженні не представлені.

Додаткові міркування

- Антибіотикопрофілактика РСШ може підвищувати стійкість збудників до антибактеріальних засобів. Даних про цей потенційний ризик недостатньо.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.С «Передумови».

Ресурси

Вартість антибактеріальних засобів є різною. Триметоприм дешевше нітрофурантоїну, який може коштувати близько 5 дол. США за 28 таблеток по 100 мг¹³⁷.

Справедливість
Вплив невідомий.

Прийнятність

У КНСД деякі жінки вірять, що вагітність – це нормальний стан, і можуть вважати застосування антибактеріальних засобів в цих умовах (особливо за відсутності симптомів) неприйнятним, якщо тільки у них не було ускладнень під час попередньої вагітності (докази з високим рівнем достовірності)²². Інші розглядають ДПД як джерело знань, інформації та медичної безпеки і зазвичай цінують запропоновані ним заходи і рекомендації (докази з високим рівнем достовірності). Однак звернення за допомогою може бути обмежене, якщо захід такого типу не обґрунтовано належним чином. Крім того, там, де лікування, ймовірно, пов'язано з додатковими витратами, жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Брак ресурсів в КНСД, який виявляється як дефіцитом препаратів і доступності досліджень, так і браком персоналу, навченого надавати релевантну інформацію та проводити дослідження, може обмежувати впровадження (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

С.3 Профілактичне призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності

Рекомендація С.3. Профілактичне призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну несенсибілізованим Rh-негативним вагітним на терміні 28-34 тижні вагітності для профілактики аллоімунізації рекомендується тільки в рамках наукових досліджень. (Рекомендовано при певних умовах – наукові дослідження)

Коментарі

- Ця рекомендація, яка виконується при певних умовах, відноситься до профілактичного застосування анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності (але не після пологів), щодо якої є докази з високим рівнем достовірності, що стосуються зниження частоти аллоімунізації антигеном D під час наступних вагітностей¹²⁹. Проте, слід призначати анти-Rh0(D)-імуноглобулін після пологів при наявності показань.

- Визначення поширеності аллоімунізації антигеном D і пов'язаних з нею несприятливих наслідків в умовах КНСД, а також розробка стратегій лікування цього стану вважаються пріоритетом наукових досліджень.

Коментар робочої групи:

Пренатально анти-Rh(D)-імуноглобулін можна вводити внутрішньом'язово або внутрішньовенно, без чіткої різниці в ефективності¹⁴. Його можна вводити одноразово на 28-34 тижні вагітності (у дозі 1500 МО - 300 мкг) або двічі на 28 і 32-34 тижні (у дозі 625 МО або 1500 МО на кожному з цих термінів вагітності). Два мета-аналізи і додаткове РКД показали, що одноразове введення 1500 МО призвело до найменшої частки жінок, у яких виявлені циркулюючі анти-Rh(D)-антитіла під час пологів, що дозволяє припустити, що це оптимальна доза проти сенсибілізації під час вагітності^{11, 13, 15}.

Неінвазивне пренатальне тестування (НІПТ) позаклітинної ДНК в I триместрі вагітності може бути використано для визначення Rh(D)-фактору плода. Мета-аналіз 60000 учасниць показав, що він має дуже високу чутливість (99,9%; 95% ДІ, 99,5-100%) і специфічність (99,2%; 95% ДІ, 89,5-99,5%) в порівнянні з обстеженням крові новонародженого²¹. Тому неінвазивне Rh(D) титрування в I триместрі вагітності може використовуватися для запобігання непотрібного введення анти-Rh(D)-імуноглобуліну під час вагітності (планово або після амніоцентезу).

(Джерело: Visser, G.H.A., Thommesen, T., Di Renzo, G.C., Nassar, A.H., Spitalnik, S.L. FIGO/ICM guidelines for preventing Rhesus disease: A call to action. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2021, 152: 144-147. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13459>)

Анти-D-імуноглобулін у дозі 300 мкг слід вводити в плановому порядку всім Rh-негативним несенсибілізованим жінкам в терміні 28 тижнів вагітності, якщо резус-фактор плода невідомий або відомо, що плід є резус-позитивним. В якості альтернативи можна ввести 2 дози по 100-120 мкг (120 мкг – найнижча доза, доступна в даний час в Канаді): одну в 28 тижнів і одну в 34 тижні (I-A).

Всі вагітні жінки (D-негативні або D-позитивні) повинні пройти скринінг на аллоантитіла за допомогою непрямого антиглобулінового тесту під час першого антенатального візиту і повторно в 28 тижнів вагітності (III-C).

Якщо батьківство точно відомо, то визначення резус-фактора батька дитини може бути запропоновано всім резус-негативним вагітним жінкам, щоб виключити непотрібне введення препаратів крові (III-C).

(Джерело: Fung K.F.K., Eason E., SOGC № 133. Prevention of Rh Alloimmunization, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Vol. 40, Issue 1, 2018, P. e1-e10, <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.007>.)

Станом на 01.06.2022 лікарські засоби анти-D-імуноглобуліну людини (код АТХ J06B B01) відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, мають два дозування 1250 МО (250 мкг) та 1500 МО (300 мкг). Лікарські засоби анти-D-імуноглобуліну людини слід вводити внутрішньом'язово. Забороняється вводити препарати внутрішньовенно!

Для планової антенатальної профілактики призначається одноразова доза, наприклад, 250 мкг або 1250 МО (або 2 мл) у 28-30 тижнів вагітності або дві дози на 28-му та 34-му тижні вагітності.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти профілактичного призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності несенсибілізованим Rh-негативним вагітним в порівнянні з його відсутністю (ДБ Таблиця С.3)

Дані про ефективність профілактичного застосування анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності були отримані з Кокранівського огляду, що включав 2 РКД за участю понад 4500 Rh-негативних вагітних¹³⁸. Більшість учасниць були вперше вагітними. Обидва дослідження порівнювали профілактичне застосування анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності з його відсутністю. В одному дослідженні вивчалася доза 500 МО, в іншому – 250 МО на 28 і 34-му тижні вагітності. Отримано дані для 3902 вагітностей, більш ніж половина учасниць народили Rh-позитивних дітей (2297). Всі жінки, які народили Rh-позитивних дітей, після пологів отримали стандартну профілактику анти-Rh0(D)-імуноглобуліном. Первинним результатом була наявність антирезусних антитіл в крові жінок (сурогатний результат для неонатальної захворюваності).

Материнські результати, які стосуються рекомендацій з ДПД (в тому числі задоволеність жінок і побічні ефекти), в цих дослідженнях не представлені, а представлені перинатальні наслідки нечисленні.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази про вплив профілактичного застосування анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності на аллоїмунізацію антигеном D, що вказують на відсутність ефекту або незначний ефект, є вкрай невизначеними. Також вкрай невизначеними є докази щодо аллоїмунізації в післяпологовому періоді і протягом 12 місяців після пологів у жінок, які народили Rh-позитивних дітей (n = 2297 і 2048 відповідно), частково це пов'язано з рідкістю подій. Також

невизначеними є докази про вплив профілактичного застосування анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності на неонатальну захворюваність (жовтяниця), отримані в одному дослідженні (1882 новонароджених), це також частково пов'язано з рідкістю подій. Інші результати, які стосуються рекомендацій з ДПД, в огляді не представлені.

Додаткові міркування

- Докази з низьким рівнем достовірності з Кокранівського огляду вказують, що у Rh-негативних жінок, які отримали анти-Rh0(D)-імуноглобулін під час вагітності, рідше спостерігається позитивна проба Клейхауера (яка виявляє еритроцити плода в крові матері) під час вагітності (1 дослідження, 1884 жінки; ВР 0,60, 95% ДІ 0,41-0,88) і на момент пологів Rh-позитивною дитиною (1 дослідження, 1189 жінок; ВР 0,60, 95% ДІ 0,46-0,79).

- В Кокранівському огляді частота аллоімунізації антигеном D під час вагітності, в післяпологовому періоді і протягом 12 місяців після пологів серед жінок в контрольній групі складала 0,6; 1,1 і 1,5% відповідно.

- Частота аллоімунізації антигеном D під час наступних вагітностей в дослідженнях не представлена.

- Немає доказів щодо оптимальної дози анти-Rh0(D)-імуноглобуліну під час вагітності. Застосовувалися різні режими введення. В даний час проводяться два дослідження, перераховані в Кокранівському огляді, які після завершення, можливо, допоможуть відповісти на питання, пов'язані з ефектами і дозами.

- Тільки 60% Rh-негативних жінок під час першої вагітності будуть вагітними Rh-позитивною дитиною, отже, 40% Rh-негативним жінкам під час вагітності буде проведена непотрібна профілактика анти-Rh0(D)-імуноглобуліном¹³⁸.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.С «Передумови».

Ресурси

Одна доза анти-Rh0(D)-імуноглобуліну коштує приблизно від 50 дол. США (500 МО) до 87 дол. США (1500 МО)¹³⁹ в залежності від виробника і місцевих податків. Отже, вартість двох доз по 500 МО для профілактики під час вагітності у однієї жінки може скласти 100 дол. США. Додаткові витрати включають визначення Rh-належності в умовах, де це дослідження в даний час не проводиться.

Справедливість

Внесок аллоімунізації антигеном D в перинатальну захворюваність і смертність в різних умовах КНСД неясний, і невідомо, як вплине на нерівність щодо результатів призначення анти-Rh0(D)-імуноглобуліну Rh-негативним жінкам під час вагітності.

Прийнятність

Анти-Rh0(D)-імуноглобулін отримують з плазми людини і вводять парентерально, що може бути прийнятним не для всіх жінок. Якісні дані вказують, що звернення за допомогою може бути обмежено, якщо дослідження або процедури не обґрунтовані належним чином або якщо жінки відчувають, що медичні працівники не помічають або ігнорують їх переконання, традиції та механізми соціальної підтримки (докази з високим рівнем достовірності)²².

Здійснимість

У ряді КНСД працівники охорони здоров'я вважають, що нестача ресурсів, яка виявляється як дефіцитом препаратів, так і браком персоналу, навченого надавати релевантну інформацію, може обмежувати впровадження рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵. Анти-Rh0(D)-імуноглобулін вимагає зберігання в холодильнику при температурі 2-8°C, що може бути неможливим в деяких КНСД.

С.4 Профілактика антигельмінтними засобами

Рекомендація С.4. В ендемічних районах^a профілактика антигельмінтними засобами в рамках програм боротьби з гельмінтозами рекомендується вагітним після I триместру вагітності. (Рекомендовано при певних умовах)

Примітка:

^a Райони, де поширеність будь-яких видів гельмінтозів, які передаються через ґрунт, становить понад 20%.

Коментарі

- Ця рекомендація відповідає положенням публікації ВООЗ «Рекомендації: медикаментозна профілактика для боротьби з гельмінтозами, які передаються через ґрунт, в групах високого ризику»¹⁴⁰, в якій стверджується наступне:

- «Медикаментозна профілактика (дегельмінтизація) одноразовим застосуванням альбендазолу (400 мг) або мебендазолу (500 мг) рекомендується як захід охорони громадського здоров'я, спрямований на зниження шкоди, що завдається анкілостомідозами і трихоцефальозом, після I триместру вагітності жінкам, які проживають в районах, де одночасно відзначаються два фактори: 1) вихідна поширеність анкілостомідозів і / або трихоцефальозу 20% і більше; 2) анемія, яка є серйозною проблемою охорони громадського здоров'я, з поширеністю серед вагітних 40% і вище (умовна рекомендація, докази із середнім рівнем достовірності)».

Коментар робочої групи: станом на 01.06.2022 року відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, лікарські засоби альбендазол і мебендазол протипоказані при вагітності.

- Ендемічні райони – це райони, в яких поширеність анкілостомідозів і / або трихоцефальозу складає 20% і більше. Анемія вважається серйозною проблемою охорони громадського здоров'я, якщо її поширеність серед вагітних складає 40% і більше.

- Інфіковані вагітні в неендемічних районах повинні отримувати антигельмінтні засоби в II або III триместрах вагітності на індивідуальній основі¹⁴⁰. Слід застосовувати альбендазол (400 мг) або мебендазол (500 мг) одноразово^{140, 141}.

- Безпека цих препаратів під час вагітності однозначно не встановлена; проте, вважається, що переваги їх застосування переважають недоліки^{141, 142}.

- ВООЗ рекомендує стратегію, яка передбачає застосування антигельмінтних засобів двічі на рік, якщо поширеність гельмінтозів, які передаються через ґрунт, складає $\geq 50\%$, і один раз на рік, якщо поширеність – 20-50%¹⁴⁰.

- Додаткові рекомендації щодо гельмінтозів, що передаються через ґрунт, представлені в публікації ВООЗ «Рекомендації: медикаментозна профілактика для боротьби з гельмінтозами, які передаються через ґрунт, в групах високого ризику»¹⁴⁰.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти профілактики антигельмінтними засобами при гельмінтозах, переданих через ґрунт, що призначаються в II триместрі вагітності в порівнянні з відсутністю профілактики або плацебо (ДБ Таблиця С.4)

Наступні дані про ефективність профілактики антигельмінтними засобами отримані з Кокранівського огляду, що включав 4 дослідження, проведені в Перу, Сьєрра-Леоне і Уганді, в яких брали участь 4265 вагітних¹⁴². У двох дослідженнях (в Перу і Сьєрра-Леоне) антигельмінтні засоби (альбендазол або мебендазол) призначали одноразово в II триместрі вагітності з щоденним додатковим прийомом препаратів заліза і фолієвої кислоти або без

нього незалежно від наявності підтвердженого гельмінтозу. Частота анемії (рівень НЬ <110 г/л) в двох дослідженнях була 56 і 47% відповідно, а кишкових гельмінтозів варіювала від 20 до 64,2% для аскаридозу, від 46,4 до 65,6% для анкілостомідозів і від 74,4 до 82% для трихоцефальозу. У невеликому дослідженні, проведеному в Уганді, одноразово призначали альбендазол (400 мг) або плацебо в II триместрі вагітності незалежно від наявності підтвердженого гельмінтозу. Вихідна поширеність аскаридозу, анкілостомідозів і трихоцефальозу була 15, 38 і 6% відповідно. Інше РКД, проведене в Уганді, надало дані про ефективність комбінації альбендазолу і івермектину порівняно з івермектином, які призначали одноразово в II триместрі вагітності; в дослідження включали жінок з кишковими гельмінтозами.

Коментар робочої групи: станом на 01.06.2022 року відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, лікарський засіб, який містить івермектин, використовується для місцевого лікування запальних уражень, причиною яких є розацеа (папульозно-пустульозна форма), у дорослих пацієнтів.

Материнські результати

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що одноразове призначення альбендазолу або мебендазолу в II триместрі вагітності може мати незначний ефект або не впливає на частоту анемії у вагітних (4 дослідження, 3266 жінок; ВР 0,94; 95% ДІ 0,81-1,10).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що одноразове застосування альбендазолу або мебендазолу у II триместрі вагітності, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів (2 дослідження, 1318 жінок; ВР 0,88, 95% ДІ 0,43-1,78) або перинатальну смертність (2 дослідження, 3385 жінок; ВР 1,09, 95% ДІ 0,71-1,67). Інші результати, які стосуються рекомендацій з ДПД, в огляді не представлені.

Додаткові міркування

- В жодному з досліджень, включених у Кокранівський огляд, не оцінювалася ефективність більше однієї дози антигельмінтних засобів. Результати великих нерандомізованих досліджень (НРД) вказують на те, що профілактика антигельмінтними засобами може мати сприятливі наслідки для матерів і новонароджених, які проживають в ендемічних районах¹⁴³⁻¹⁴⁵.

Одне НРД, в якому брали участь приблизно 5000 вагітних з Непалу, де поширеність анкілостомідозів 74%, продемонструвало зниження смертності серед грудних дітей до 6 місяців на 41% у жінок, які отримали дві дози альбендазолу (по одній у II і в III триместрах вагітності) в порівнянні з відсутністю лікування (95% ДІ 18-57%)¹⁴³. Це дослідження продемонструвало також зниження частоти тяжкої анемії у матерів при прийомі альбендазолу.

У дослідженні, проведеному в Шрі-Ланці, в якому взяли участь приблизно 7000 жінок, вивчали ефективність мебендазолу в порівнянні з відсутністю лікування і виявили зниження частоти мертвородження і перинатальної смертності в групі жінок, які отримували мебендазол (1,9% порівняно з 3,3%; ВР 0,55, 95% ДІ 0,40-0,77) і невеликі відмінності в частоті вад розвитку (1,8% в порівнянні з 1,5% в досліджуваній і контрольній групах відповідно; ВР 1,24, 95% ДІ 0,80-1,91) навіть серед 407 жінок, які, незважаючи на рекомендації медичних працівників, приймали мебендазол в I триместрі вагітності¹⁴⁵.

- У Керівництві ВООЗ «Медикаментозна профілактика гельмінтозів у людини» підкреслено, що слід використовувати кожну можливість, щоб звернутися до груп ризику за допомогою всіх доступних засобів¹⁴¹.

- Якщо цитувати інші публікації ВООЗ, то у «Рекомендаціях: медикаментозна профілактика для боротьби з гельмінтозами, переданими через ґрунт, в групах високого

ризик», які готувалися до виходу у 2016 р., сказано, що там, де поширеність будь-яких гельмінтозів, переданих через ґрунт (аскаридозу, анкілостомідозів і трихоцефальозу) перевищує 20%, слід пропонувати одноразовий прийом альбендазолу або мебендазолу вагітним у II і III триметрі вагітності¹⁴⁰.

- Профілактика антигельмінтними засобами сприяє зниженню шкоди, що завдається іншими інфекціями, наприклад ВІЛ-інфекцією, малярією і ТБ, і сприяє стійкому зниженню передачі¹⁴².

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.С «Передумови».

Ресурси

Медикаментозна профілактика антигельмінтними засобами – рентабельний захід. Ринкова вартість однієї таблетки дженериків альбендазолу (400 мг) або мебендазолу (500 мг) становить приблизно 0,02-0,03 дол. США¹⁴¹.

Справедливість

Гельмінтози широко поширені в дуже бідних регіонах, боротьба з ними спрямована на зменшення страждань, скорочення бідності і усунення нерівності¹⁴¹.

Прийнятність

Інфіковані жінки часто не мають симптомів і не відчувають необхідності лікування. Отже, більш імовірно, що на переваги жінок і медичних працівників вплине знання поширеності гельмінтозів, що передаються через ґрунт, в даній місцевості. Дослідження програм боротьби з гельмінтозами серед невагітних, наприклад школярів, в ендемічних районах, продемонстрували високу прийнятність¹⁴⁶. Жінки, яким проводять медикаментозну профілактику в ендемічних районах, часто бачать гельмінтів в калі через день після прийому препарату, що може підвищити значимість даного втручання. Однак там, де лікування, ймовірно, пов'язано з додатковими витратами (докази з високим рівнем достовірності) або рекомендовані заходи є недоступними внаслідок нестачі ресурсів (докази з низьким рівнем достовірності), жінки з меншою ймовірністю звертаються за медичною допомогою⁴⁵.

Здійснимість

У ряді КНСД працівники охорони здоров'я вважають, що нестача ресурсів, яка виявляється як дефіцитом препаратів, так і браком персоналу, навченого надавати релевантну інформацію, може обмежувати впровадження рекомендованих заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

С.5 Вакцинація правцевим анатоксином

Рекомендація С.5. Для попередження смерті новонароджених від правця рекомендується вакцинація всіх вагітних правцевим анатоксином (з урахуванням вакцинації, проведеної раніше). (Рекомендовано)

Коментарі

- Ця рекомендація узгоджується з рекомендаціями з Керівництва ВООЗ «Імунізація матерів проти правця» (2006 р.)¹³⁴. ГРР схвалює поданий в ньому підхід, згідно з яким рекомендується наступне.

- Якщо вагітна не вакцинована раніше або даних про вакцинацію немає, вона повинна отримати дві дози вакцини, що містить правцевий анатоксин (ТТ-СV), з інтервалом в 1 місяць, причому друга доза повинна бути введена принаймні за два тижні до пологів. У більшості людей дві дози вакцини захищають від правця протягом 1-3 років. Третя доза

рекомендується через шість місяців після другої, вона продовжує захист принаймні до 5 років.

- Після третьої дози вакцини жінки, які вперше вакциновані від правця під час вагітності, повинні отримати ще дві дози протягом двох наступних років або під час двох наступних вагітностей.

- Якщо жінка отримала 1-4 дози TT-CV в минулому, вона повинна отримувати по одній дозі TT-CV під час кожної наступної вагітності до 5 доз (5 доз створюють імунітет протягом репродуктивного періоду).

- Основні компоненти стратегії глобальної ліквідації правця у матерів і новонароджених – вакцинація і пологи в чистих умовах¹⁴⁷.

- Необхідний ефективний епідеміологічний нагляд, щоб виявляти райони і групи населення з високим ризиком правця новонароджених і проводити моніторинг ефективності заходів.

- Система моніторингу повинна включати реєстр імунізації, індивідуальні картки вакцинації і індивідуальні карти вагітних, які повинні зберігатися у жінок.

- Для ефективного впровадження медичні працівники, які надають ДПД, повинні бути навчені вакцинації проти правця, а в закладах, що надають ДПД, повинні бути доступними вакцини, обладнання та засоби (холодильник, голки і шприци).

- В умовах низької поширеності / високих доходів особи, відповідальні за розробку політики, можуть вирішити не включати вакцинацію проти правця в заходи ДПД, якщо існують ефективні програми імунізації проти правця і система постконтактної профілактики поза вагітністю.

- Контакти в рамках ДПД слід використовувати, щоб уточнити які вакцини отримала жінка і призначити рекомендовані національним календарем вакцинації. Відвідування в рамках ДПД надають також можливість пояснити важливість вакцинації дитини і обговорити з вагітною календар її вакцинації.

- Додаткова інформація представлена в Керівництві ВООЗ¹³⁴, яке є на сайті: <https://www.who.int/>; в меморандумах ВООЗ, які доступні за посиланням: <https://www.who.int/>

Коментар робочої групи: Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 № 595 (у редакції наказу від 03.07.2020 № 1510) «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897 <https://zakon.rada.gov.ua/> в Україні першу планову ревакцинацію дорослих за віком та епідпоказаннями, які раніше щеплені, проводять анатоксином дифтерійно-правцевим зі зменшеним вмістом антигену (АДП-М) у віці 26 років з подальшою плановою ревакцинацією АДП-М з мінімальним інтервалом 10 років від попереднього щеплення АДП-М.

Екстрена профілактика правця не впливає на проведення планової імунізації.

Лікарський засіб правцевий анатоксин відповідно до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої МОЗ України, має:

- протипоказання для застосування специфічних засобів екстреної профілактики правця: у першій половині вагітності протипоказано введення правцевого анатоксину та протиправцевої сироватки; у другій половині вагітності протипоказано введення протиправцевої сироватки;

- особливості застосування: не рекомендується застосовувати препарат під час вагітності та годування груддю.

Лікарський засіб імуноглобулін людини протиправцевий відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, має показання для профілактики та лікування правця, особливо показаний пацієнтам з анафілаксією до правцевого анатоксину. Вагітним та жінкам, які годують груддю, слід застосовувати з обережністю.

Лікарський засіб анатоксин дифтерійно-правцевий зі зменшеним вмістом антигену, кожна доза якого по 0,5 мл містить: дифтерійний анатоксин 2 флокулюючі одиниці (≥ 2 МО), правцевий анатоксин 8,8 флокулюючих одиниць (≥ 20 МО), відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, можна безпечно використовувати замість моновалентної вакцини для профілактики правця, у тому числі у період вагітності.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.10.2019 року № 2070 «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні та Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 26 листопада 2019 року за № 1182/34153 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1182-19#Text> вагітні жінки, які отримали останню дозу вакцини, що містить правцевий анатоксин, більше ніж 10 років тому, мають бути щеплені проти правця і дифтерії під час вагітності. Вакцинація під час вагітності забезпечує формування відповідного імунітету до правця у матері та запобігає захворюванню як у матері, так і у дитини. Якщо є лабораторні підтвердження захисту від правця, введення дози АДП-М може бути відтерміновано.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти вакцинації правцевим анатоксином (ТТ) під час вагітності порівняно з її відсутністю або застосуванням плацебо (ДБ Таблиця С.5)

Дані про ефективність вакцинації ТТ отримані з Кокранівського огляду, який вивчав ефективність вакцинації проти правця у жінок репродуктивного віку або вагітних для профілактики правця новонароджених¹⁴⁸. Були включені дані двох РКД: одне було проведено в Колумбії в 1961-1965 рр. і порівнювало застосування вакцини проти правця (правцевий анатоксин, адсорбований на фосфаті алюмінію [10 LF]; 3 дози) і вакцини проти грипу (1618 жінок, 1182 новонароджених); інше дослідження було проведено в США і порівнювало застосування комбінованої вакцини (адсорбована коклюшно-дифтерійно-правцева вакцина з субодичним кашлюковим компонентом, [Tdap]; 1 доза) з плацебо (фізіологічний розчин) у 48 вагітних у терміні 30-32 тижні. Внаслідок відносної нечисленності даних РКД в розділі «Додаткові міркування» представлені додаткові дані про ефективність.

Материнські результати

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що місцеві побічні ефекти, такі, як біль, частіше спостерігалися в групі застосування Tdap, ніж плацебо (48 жінок; ВР 3,94, 95% ДІ 1,41-11,01). Даних про інші материнських наслідки немає.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності з колумбійського дослідження вказують, що серед новонароджених, чії матері отримали вакцинацію ТТ, частота правця була нижчою, ніж серед новонароджених, чий матерям її не проводили (1182 новонароджених; ВР 0,20, 95% ДІ 0,10-0,40). Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що дві дози ТТ і більше, ймовірно, знижують неонатальну смертність від будь-яких причин (1 дослідження, 688 новонароджених; ВР 0,31, 95% ДІ 0,17-0,55). Додаткові докази з низьким рівнем достовірності вказують, що неонатальна смертність від правця може знижуватися у новонароджених, чий матері отримали принаймні дві дози ТТ (1 дослідження, 688 новонароджених; ВР 0,02, 95% ДІ 0,00-0,30), але не у новонароджених, чий матері отримали тільки одну дозу вакцини (1 дослідження, 494 новонароджених; ВР 0,57, 95% ДІ 0,26-1,24). Частота вад розвитку та інші результати, які стосуються рекомендацій з ДПД, в дослідженнях не представлені.

Додаткові міркування

- Систематичний огляд об'єднаних даних з колумбійського дослідження і даних великого когортного дослідження вакцинації ТТ, проведеного в Індії, виявив докази із середнім рівнем достовірності на користь значущих ефектів вакцинації ТТ у профілактиці смертності від правця новонароджених (зниження на 94%) при застосуванні принаймні двох доз вакцини у вагітних і жінок репродуктивного віку (2 дослідження, 2146 новонароджених; ВР 0,06, 95% ДІ 0,02-0,20)¹⁴⁹.

- Вакцинація ТТ широко застосовується протягом більше 40 років, що істотно знизило частоту правця новонароджених і підвищило виживаність новонароджених за відсутності ознак потенційної шкоди для вагітних і дітей¹⁵⁰. Стратегія ВООЗ з ліквідації правця у матерів і новонароджених включає імунізацію вагітних, додаткові заходи з імунізації в районах високого ризику, пропаганду чистих умов для проведення пологів і перетину пуповини і надійний епідеміологічний нагляд за правцем новонароджених¹³⁴.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.С «Передумови».

Ресурси

За оцінками, вартість трьох доз вакцини ТТ становить близько 3 дол. США на жінку¹⁵¹, хоча в програмах вакцинації повідомлялася і більш низька вартість¹⁵². Необхідність обладнання для холодового ланцюга та навчання персоналу можуть збільшувати вартість.

Справедливість

Більшість смертей від правця новонароджених припадають на країни з низьким охопленням пологам в медичних закладах, ДПД і вакцинацією проти правця¹⁴⁹. Крім того, часто в КНСД охоплення ДПД і дитяча смертність нерівні серед найбільш і найменш освіченого, міського і сільського, найбільш і найменш заможного населення²⁹. Отже, підвищення охоплення імунізацією проти правця в КНСД і серед неблагополучних груп населення може зменшити нерівність в випадку охорони здоров'я.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що більшість жінок розглядають ДПД як джерело знань, інформації та медичної безпеки і зазвичай цінують запропоновані їм рекомендації. Однак звернення за допомогою може бути обмежене, якщо вакцинація не пояснена належним чином, або якщо жінки відчувають, що медичні працівники не помічають або ігнорують їх переконання, традиції та механізми соціальної підтримки. Жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою, якщо вона надається в поспішній, негнучкій або повчальній манері (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

ДПД надає зручну можливість вакцинувати вагітних, особливо в умовах відсутності ефективних програм імунізації дітей. Якісні докази вказують, що якщо вакцинація пов'язана з додатковими витратами (в тому числі транспортними і втратою заробітку), то її використання може бути обмежене (докази з високим рівнем достовірності)²². Крім того, працівники охорони здоров'я, які надають ДПД в багатьох умовах КНСД, вважають, що нестача ресурсів, яка виявляється як відсутністю вакцин, так і браком відповідним чином навченого персоналу, може обмежувати впровадження (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

С.6 Періодична профілактика малярії під час вагітності

Рекомендація С.6. У районах Африки, ендемічних з малярії, всім жінкам рекомендується періодична профілактика сульфадоксином / піриметаміном під час вагітності (ППВ-СП).

Медикаментозну профілактику слід починати в II триместрі вагітності, проводити з інтервалом принаймні 1 місяць так, щоб вагітна отримала не менше 3 доз препарату. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Ця рекомендація запозичена з публікації ВООЗ «Рекомендації з лікування малярії» (2015 р.), в якій вона розглядається як сильна рекомендація, заснована на доказах високої якості¹⁵³.

- Малярія під час вагітності – величезна проблема охорони громадського здоров'я, оскільки захворювання несе істотний ризик для матері, плода та новонародженого. ВООЗ рекомендує комплекс заходів з профілактики малярії та боротьби з нею під час вагітності, які включають пропаганду і застосування оброблених інсектицидами протимоскітних сіток, невідкладне належне лікування кожного випадку і ППВ-СП в районах з середньою і високою передачею *Plasmodium falciparum*¹⁵³.

- Докази високої якості на користь цієї рекомендації отримані в систематичному огляді семи РКД, проведених в країнах, ендемічних з малярії. Ці дослідження продемонстрували, що в порівнянні з двома дозами три дози сульфадоксину / піриметаміну (СП) і більше знижують рівень паразитемії у жінок, частоту народження новонароджених з малою масою тіла і збільшують середню вагу новонароджених¹⁵⁴.

- ГРР щодо малярії зазначила, що більшість доказів отримані при обстеженні жінок під час першої та другої вагітності. Однак обмежені дані про застосування ППВ-СП у жінок під час третьої і наступних вагітностей узгоджуються з зазначеними перевагами¹⁵³.

- Щоб гарантувати, що вагітні в ендемічних районах починають ППВ-СП якомога раніше в II триместрі вагітності, особи, відповідальні за розробку політики, повинні гарантувати контакт жінок з системою охорони здоров'я на терміні 13 тижнів вагітності. Особи, відповідальні за розробку політики, повинні розглянути також можливість надання жінкам першої дози СП під час першого візиту в рамках ДПД разом з інструкціями про дату (відповідно 13 тижнів вагітності) прийому препарату.

- СП впливає на синтез фолієвої кислоти збудником малярії, блокуючи тим самим його життєвий цикл. Є деякі дані про те, що додатковий прийом фолієвої кислоти у високих дозах (тобто 5 мг на добу і більше) може знижувати ефективність СП під час вагітності¹⁵⁵. Країни повинні гарантувати закупівлі і розподіл препаратів фолієвої кислоти в дозуванні, рекомендованій для додаткового прийому під час вагітності (тобто 0,4 мг на добу).

- ГРР щодо малярії зазначила, що даних про безпеку, ефективність і фармакокінетику більшості протималярійних засобів під час вагітності, особливо в I триместрі, недостатньо¹⁵³.

Коментар робочої групи: за даними Центру громадського здоров'я щороку в Україні реєструється близько 50 випадків малярії, близько десятої частини хворих – помирають. Усі зареєстровані випадки були завезені з ендемічних з малярії країн громадянами України, які подорожували, та іноземцями, найчастіше – студентами. Найкращим варіантом є уникати поїздок до ендемічних країн під час вагітності. Якщо уникнути поїздки неможливо, необхідно за 4-6 тижнів до поїздки до ендемічної з малярії країни призначити лікарський засіб, який дозволено застосовувати вагітним. (Джерело: <https://phc.org.ua/>)

Станом на 01.06.2022 комбінований лікарський засіб сульфадоксин-піриметамін в Україні не зареєстрований.

С.7 Доконтактна профілактика ВІЛ-інфекції

Рекомендація С.7. В рамках комбінованого підходу до попередження ВІЛ-інфекції в якості додаткового методу профілактики вагітним, які мають значний ризик зараження, слід запропонувати ДКП тенофовіру дизопроксилу фумаратом для прийому всередину. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Ця рекомендація запозичена з публікації «Рекомендації ВООЗ щодо термінів початку антиретровірусної терапії і доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції» (2015 р.), в якій вона розглядається як сильна рекомендація, заснована на доказах високої якості⁹⁹. Докази і релевантні рекомендації представлені в цій публікації.

- «Істотний ризик» умовно визначається як захворюваність на ВІЛ-інфекцію більше 3 випадків на 100 людей на рік за відсутності ДКП. Індивідуальний ризик залежить від власної поведінки і поведінки статевих партнерів. Для отримання інформації, необхідної для впровадження, слід використовувати місцеві епідеміологічні дані щодо факторів ризику і поширеності ВІЛ-інфекції.

- Граничне значення, для вирішення питання про доцільність ДКП, може варіювати в залежності від безлічі факторів, у тому числі ресурсів, здійсненності і потреб.

- Рівень захисту сильно корелює з дотриманням рекомендацій.

- Докладні докази і релевантні рекомендації представлені в публікації 2015 року⁹⁹, яка доступна за посиланням: <https://www.euro.who.int/>

Коментар робочої групи: ДКП ВІЛ-інфекції вагітним слід призначати відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2021 № 189 «Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції». ДКП передбачає застосування перорально тенофовіру дизопроксил фумарату та емтрицитабіну або комбінованої лікарської форми тенофовіру дизопроксил фумарату та емтрицитабіну, якщо окремо не зазначено іншого. (Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/>)

D. Допомога при поширених фізіологічних симптомах

Передумови

Організм жінки зазнає значних змін під час вагітності, які обумовлені як гормональними, так і механічними причинами. Ці зміни ведуть до різноманітних поширених симптомів, в тому числі до нудоти і блювання, болю в попереку і тазового болю, печії, варикозного розширення вен, закріпів і судом в ногах, які викликають тяжкий дискомфорт у деяких жінок і негативно позначаються на їхньому досвіді вагітності. В цілому симптоми, пов'язані з механічними причинами, наприклад, тазовий біль, печія і варикозне розширення вен, часто поглиблюються по мірі збільшення терміну вагітності.

Нудоту і блювання відчують приблизно 70% вагітних, зазвичай вони спостерігаються в I триместрі вагітності¹⁵⁶; однак приблизно 20% жінок можуть відчувати нудоту і блювання і після 20-го тижня вагітності¹⁵⁷. За оцінками, тазовий біль і біль в попереку спостерігаються у половини вагітних, у 8% з яких вони істотно обмежують працездатність¹⁵⁸. Печія спостерігається у двох третин вагітних, може посилюватися після їди і в положенні лежачи¹⁵⁹. Зазвичай спостерігається варикозне розширення вен нижніх кінцівок, але можливо також варикозне розширення вен вульви і прямої кишки; воно може виявлятися болем, нічним болем, відчуттям дискомфорту і тяжкості і посилюватися після тривалого перебування в положенні стоячи¹⁶⁰. Закрепи бувають болісними і можуть ускладнюватися гемороєм¹⁶¹. Судоми в ногах часто спостерігаються вночі і можуть бути дуже болючими, впливаючи на сон і повсякденну діяльність¹⁶². Запропоновані підходи до лікування частих симптомів включають різноманітні немедикаментозні і медикаментозні методи, і ГРР розглянула докази та іншу релевантну інформацію для цих підходів.

Цінності жінок

Дані для рекомендацій з ДПД були отримані з результатів попереднього аналізу того, чого жінки хочуть від ДПД і які результати є значимими для них¹³. Показано, що для жінок з країн з високим, середнім і низьким рівнем забезпеченості ресурсами значимо отримання

«позитивного досвіду вагітності», який включає рекомендації з лікування частих симптомів, орієнтовані на жінок (високий рівень достовірності доказів). У багатьох КНСД це включає також підтримку і повагу до вибору жінок, які віддають перевагу застосуванню альтернативних або традиційних підходів до діагностики та лікування частих симптомів вагітності (середній рівень достовірності доказів).

D.1 Нудота і блювання

Рекомендація D.1. Для зменшення нудоти на ранніх термінах вагітності рекомендуються імбир, ромашка, препарати вітаміну B₆ і / або акупунктура залежно від доступності зазначених засобів і вибору вагітної. (Рекомендовано)

Коментарі

- За відсутності більш надійних доказів ГРР погодилася, що малоімовірно, що немедикаментозні методи мають несприятливу дію на матір і дитину.
- Жінки повинні бути поінформовані, що нудота і блювання зазвичай зникають у другій половині вагітності.
- Медикаментозні методи лікування нудоти і блювання, такі, як прийом доксиламіну або метоклопраміду, під час вагітності повинні застосовуватися за наявності виражених симптомів, які не зникають при використанні немедикаментозних методів, і під наглядом лікаря.

Коментар робочої групи: Міжнародна непатентована назва лікарського засобу вітамін B₆ – піридоксин. Лікарський засіб доксиламін відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, не має показань: нудота та блювання при вагітності.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти втручань щодо зменшення нудоти і блювання у порівнянні з іншими методами, їх відсутністю або застосуванням плацебо (ДБ Таблиця D.1)

Дані про ефективність різних втручань для зменшення нудоти і блювання під час вагітності отримані з Кокранівського систематичного огляду¹⁵⁷. Огляд включав 41 дослідження за участю 5449 жінок. Оцінювали широкий спектр різноманітних медикаментозних і немедикаментозних методів. Дослідження проводили у різних КВД і КНСД. У більшості з них брали участь жінки з вагітністю у терміні до 16 тижнів з легкою або середньо-тяжкою нудотою і блюванням. Вивчалися альтернативні і немедикаментозні методи, які включали акупунктуру, акупресуру, застосування препаратів вітаміну B₆, імбиру, ромашки, м'ятної і лимонної олії; вивчалися лікарські препарати – антигістамінні засоби, фенотіазини, блокатори дофамінових рецепторів і 5-НТЗ-рецепторів. В силу гетерогенності типів втручань та подання результатів, автори огляду рідко могли об'єднати дані. Первинним результатом для всіх втручань було зменшення виразності симптомів у жінки (зазвичай оцінювалося за допомогою індексу Родеса); перинатальні наслідки, які мають відношення до цих рекомендацій, оцінювалися рідко.

Немедикаментозні методи у порівнянні з плацебо або відсутністю лікування

Десять досліджень оцінювали ефективність немедикаментозних методів, у тому числі застосування імбиру (у вигляді сиропу, капсул або порошку в складі печива) (7 досліджень з Ісламської Республіки Іран, Пакистану, США та Таїланду, 578 учасниць), лимонної олії (одне іранське дослідження, 100 учасниць), м'ятної олії (одне іранське дослідження, 60 учасниць), ромашки (одне іранське дослідження, 105 учасниць) і препаратів вітаміну B₆ (два дослідження, проведені в США і Таїланді; 416 учасниць) в порівнянні з відсутністю лікування або плацебо.

Імбир. Докази з низьким рівнем достовірності з декількох невеликих досліджень вказують, що прийом імбиру може зменшувати нудоту і блювання. Дослідження, проведене в Пакистані, виявило, що прийом імбиру зменшує бальну оцінку нудоти (68 жінок; РС на 1,38 нижче на 3-й день, 95% ДІ на 0,03-2,73 нижче) і блювання (64 жінки; РС на 1,14 нижче, 95% ДІ на 0,37-1,91 нижче). Іранське дослідження продемонструвало зменшення бальної оцінки нудоти і блювання на 7-й день на тлі додаткового прийому імбиру порівняно з плацебо (95 жінок; РС на 4,19 нижче, 95% ДІ на 1,73-6,65 нижче). Результати досліджень, проведених в США і Таїланді, продемонстрували подібну дію імбиру на нудоту у вагітних.

Лимонна олія. Докази з низьким рівнем достовірності з одного невеликого іранського дослідження вказують, що лимонна олія може мати незначний ефект або не впливає на бальну оцінку нудоти і блювання (100 жінок; РС на 0,46 нижче на 3-й день, 95% ДІ від на 1,27 нижче до 0,35 вище), або на задоволеність жінок (кількість жінок, задоволених лікуванням) (1 дослідження, 100 жінок; ВР 1,47, 95% ДІ 0,91-2,37).

Олія м'яти. Докази ефективності м'ятної олії у зменшенні нудоти і блювання мають дуже низький рівень достовірності.

Ромашка. Докази з низьким рівнем достовірності з одного невеликого дослідження вказують, що прийом ромашки може зменшувати бальну оцінку нудоти і блювання (70 жінок; РС на 5,74 нижче, 95% ДІ на 3,17-8,31 нижче).

Препарати вітаміну В₆ (піридоксину). Докази із середнім рівнем достовірності з двох досліджень (в одному вітамін В₆ призначали по 25 мг всередину кожні 8 годин протягом 3 днів, в іншому по 10 мг всередину кожні 8 годин протягом 5 днів) демонструють, що препарати вітаміну В₆, ймовірно, знижують бальну оцінку нудоти (388 жінок, в дослідженнях оцінювали зміну бальної оцінки від вихідної до 3-го дня; РС на 0,92 більша зміна оцінки, 95% ДІ на 0,4-1,44 більше), але докази з низьким рівнем достовірності вказують, що вони можуть мати незначний ефект або не впливають на блювання (2 дослідження; 392 жінки; ВР 0,76, 95% ДІ 0,35-1,66).

Акупунктура і акупресура у порівнянні з плацебо або відсутністю лікування

П'ять досліджень (601 учасника) оцінювали ефективність акупресури (точка Р6 на передній поверхні передпліччя) в порівнянні з плацебо; одне тайське дослідження (91 учасника) – аурікулярної акупресури (вплив на точки вуха за допомогою магнітних кульок) в порівнянні з відсутністю лікування; одне дослідження, проведене в США (230 учасниць), – акустимулюючу терапію (стимуляція нервових закінчень в точці Р6) у порівнянні з плацебо; австралійське дослідження, що включало 4 групи (593 жінки), – традиційну китайську акупунктуру і акупунктуру в точці Р6 порівняно з плацебо-акупунктурою в точці Р6 або відсутністю лікування.

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що акупресура в точці Р6 може зменшувати бальну оцінку нудоти (100 жінок; РС на 1,7 нижче, 95% ДІ на 0,99-2,41 нижче) і знижувати кількість епізодів блювання (РС на 0,9 нижче, 95% ДІ на 0,74-1,06 нижче). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що аурікулярна акупресура може також зменшувати бальну оцінку нудоти (91 жінка; РС на 3,6 нижче, 95% ДІ на 0,58-6,62 нижче), так само як і традиційна китайська акупунктура (296 жінок; РС на 0,7 нижче, 95% ДІ на 0,04-1,36 нижче). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що акупунктура в точці Р6 може мати незначний ефект або не впливає на середню бальну оцінку нудоти в порівнянні з плацебо-акупунктурою в точці Р6 (296 жінок; РС на 0,3 нижче, 95% ДІ від на 1,0 нижче до на 0,4 вище).

Лікарські засоби в порівнянні з плацебо

В одному дослідженні оцінена ефективність антигістамінних засобів (доксиламіну), в іншому – ефективність блокаторів дофамінових рецепторів (метоклопраміду). Деякі інші препарати, які оцінювалися в огляді (гідроксизин, тіетілперазин і флуфеназин), вивчалися в давніх дослідженнях і більше не застосовуються у вагітних з міркувань безпеки.

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що доксиламін в комбінації з препаратами вітаміну В₆, ймовірно, знижує бальну оцінку нудоти і блювання в порівнянні з плацебо (1 дослідження, 256 жінок; РС на 0,9 нижче на 15-й день, 95% ДІ на 0,25-1,55 нижче). Докази з низьким рівнем достовірності з цього дослідження вказують, що відмінності у частоті головного болю (256 жінок; ВР 0,81, 95% ДІ 0,45-1,48) і сонливості (256 жінок; ВР 1,21, 95% ДІ 0,64-2,27) між вагітними, які приймали комбінацію доксиламіну і препаратів вітаміну В₆ або плацебо, можуть бути незначними або відсутніми.

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що метоклопрамід (10 мг) може знижувати бальну оцінку нудоти (1 дослідження, 68 жінок; РС на 2,94 нижче на 3-й день, 95% ДІ на 1,33-4,55 нижче). Даних про побічні ефекти метоклопраміду в огляді не було.

Досліджень щодо порівняння ефективності ондансетрону (блокатор 5-НТ3-рецепторів) і плацебо не проведено. Два невеликих дослідження порівнювали ефективність ондансетрону з метоклопрамідом і доксиламіном відповідно, але дані про відносну ефективність були невизначеними.

***Коментар робочої групи:** Остаточо доведено тератогенність препарату ондансетрон. 2019 року в судовому порядку встановлено причинно-наслідковий зв'язок між застосуванням ондансетрону у першому триместрі вагітності та народженням дітей із вродженими вадами розвитку. FDA видала з цього приводу спеціальну постанову і зобов'язала усіх виробників ліків, що містять ондансетрон, зазначати ці дані в інструкціях для медичного застосування.*

Додаткові міркування

- Докази з низьким рівнем достовірності з окремих досліджень, які порівнюють різні немедикаментозні заходи один з одним, а саме: акупунктуру у комбінації з препаратами вітаміну В₆ з акупунктурою в точці Р6 у комбінації з плацебо (66 учасниць), традиційну акупунктуру з акупунктурою в точці Р6 (296 учасниць), застосування імбиру із застосуванням ромашки (70 учасниць), акупунктуру в точці Р6 із застосуванням імбиру (98 учасниць), а також застосування імбиру з препаратами вітаміну В₆ (123 учасниці), вказують, що відмінності між ними щодо зменшення нудоти можуть бути незначними або відсутніми.

- Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що на 3-й день застосування відмінності між імбиром і метоклопрамідом щодо впливу на бальну оцінку нудоти (1 дослідження, 68 жінок; РС на 1,56 вище, 95% ДІ від на 0,22 нижче до на 3,34 вище) і блювання (68 жінок; РС на 0,33 вище, 95% ДІ від на 0,69 нижче до на 1,35 вище) незначні або відсутні.

- Побічні ефекти і безпека застосування лікарських засобів були мало представлені у включених дослідженнях. Однак частим побічним ефектом антигістамінних засобів, які використовуються для лікування нудоти і блювання, є сонливість.

- Метоклопрамід зазвичай не рекомендується в I триместрі вагітності, але широко застосовується¹⁶³. Аналіз більш ніж 81700 одноплідних вагітностей в Ізраїлі не виявив статистично значущих відмінностей щодо ризику тяжких вад розвитку, низької ваги при народженні, передчасних пологів і перинатальної смертності між новонародженими, які піддавалися (3458 новонароджених) та не піддавалися впливу метоклопраміду в I триместрі вагітності.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.D «Передумови».

Ресурси

Вартість немедикаментозних методів є різною. Акупунктура вимагає професійного навчання і навичок, що, ймовірно, пов'язано з більш високою вартістю. Препарати вітаміну В₆ (таблетки піридоксину гідрохлориду) можуть коштувати приблизно 2,50 дол. США за 90 таблеток по 10 мг⁷⁴.

Справедливість

Вплив на справедливість є невідомим.

Прийнятність

Якісні докази з різних КНСД вказують, що для лікування частих симптомів вагітні з більшою ймовірністю звертаються до народних цілителів, прийому рослинних препаратів і повитух (докази із середнім рівнем достовірності)²². Крім того, дані, отримані в різних умовах, вказують, що, незважаючи на загальне позитивне ставлення жінок до заходів, які проводяться в рамках ДПД, і до інформації, яка надається, вони з меншою ймовірністю звернуться за допомогою, якщо відчують, що працівники охорони здоров'я та / або особи, відповідальні за розробку політики, ігнорують або не звертають увагу на їхню думку, традиції і соціально-економічні умови (докази з високим рівнем достовірності). Це може бути особливо актуально для акупунктури або акупресури, які можуть бути культурно чужими і / або погано розуміються в певних умовах.

Здійснимість

Брак відповідним чином навченого персоналу може обмежувати здійсненність визначених заходів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

D.2 Печія

Рекомендація D.2. Для профілактики і зменшення печії під час вагітності рекомендується консультування з питань харчування і способу життя. Якщо, не дивлячись на зміну способу життя, зберігаються виражені симптоми, можуть бути призначені антациди. (Рекомендовано)

Коментарі

- Рекомендації щодо зміни способу життя для профілактики і зменшення печії включають відмову від великих порцій їжі, жирної їжі, спиртних напоїв, куріння, а також сон з піднятим головним кінцем ліжка.
- ГРР погодилася, що мало ймовірно, що застосування антацидних засобів, наприклад карбонату магнію і гідроксиду алюмінію, у рекомендованих дозах має несприятливі наслідки.
- Немає посилань, що комбіновані антацидні засоби ефективніші за прості препарати.
- Антацидні засоби можуть погіршувати всмоктування інших препаратів¹⁶⁴ і, отже, не повинні прийматися протягом двох годин до і після прийому препаратів заліза і фолієвої кислоти.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти втручань з метою зменшення печії в порівнянні з іншими методами, їх відсутність або застосуванням плацебо (ДБ Таблиця D.2)

Докази, що стосуються ефективності різних втручань з метою зменшення печії під час вагітності, отримані з Кокранівського огляду, що включав дев'ять досліджень за участю 725 вагітних, які страждали на печію; проте в аналіз включені дані тільки чотирьох досліджень (358 жінок)¹⁵⁹. Одне з них, проведене в 1960-х роках, оцінювало ефективність внутрішньом'язового введення простигміну, який більше не застосовується, отже, ці дані не розглядалися для рекомендацій. Три дослідження, які залишили, проведені в Бразилії, Італії

та США, вивчали ефективність комплексу гідроксиду магнію / гідроксиду алюмінію / симетикону порівняно з плацебо (156 жінок), сукральфату (гідроксид алюмінію і сульфат сахарози) порівняно з рекомендаціями з харчування та зміни способу життя (66 жінок), а також акупунктури в порівнянні з відсутністю лікування (36 жінок). В цілому докази зменшення симптомів оцінені як такі, що мають низький і дуже низький рівень достовірності. Перинатальні наслідки, що мають відношення до цих рекомендацій, не представлені. Дані про побічні ефекти для всіх порівнянь оцінені як такі, що мають дуже низький рівень достовірності.

Лікарські засоби в порівнянні з плацебо

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що повне усунення печії частіше спостерігається при прийомі гідроксиду магнію / гідроксиду алюмінію / симетикону в рідкому вигляді або в таблетках, ніж при прийомі плацебо (156 жінок; ВР 2,04, 95% ДІ 1,44-2,89).

Лікарські засоби в порівнянні з рекомендаціями зі зміни харчування і способу життя

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що повне усунення печії частіше спостерігається при прийомі сукральфату, ніж при виконанні рекомендацій зі зміни харчування і способу життя (65 жінок; ВР 2,41, 95% ДІ 1,42-4,07).

Акупунктура в порівнянні з відсутністю лікування

В огляді для цього порівняння відсутні дані щодо зменшення печії. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що щоденні сеанси акупунктури у вагітних з печією можуть покращувати здатність спати (36 жінок; ВР 2,80, 95% ДІ 1,14-6,86) та їсти (36 жінок; ВР 2,40, 95% ДІ 1,11-5,18), що було сурогатним результатом для оцінки задоволеності жінок.

Додаткові міркування

- Печія під час вагітності – частий симптом, який вагітні можуть лікувати самостійно безрецептурними засобами, що містять антациди, наприклад карбонат магнію, гідроксид алюмінію або карбонат кальцію.

- Кокранівський огляд не виявив даних щодо таких препаратів від печії як омепразол і ранітидин, які призначаються лікарем і, як відомо, є безпечними під час вагітності¹⁵⁹.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.D «Передумови».

Ресурси

Вартість антацидних засобів різна, але дженерики є відносно дешевими. Акупунктура вимагає професійного навчання і навичок, що, ймовірно, обумовлює її вищу вартість.

Справедливість

Частота звернення за медичною допомогою і для лікування печії може бути різною серед благополучних і неблагополучних груп населення. Однак чи вплинуть заходи щодо усунення печії на нерівність щодо здоров'я, невідомо.

Прийнятність

Якісні докази з різних КНСД вказують, що для лікування частих симптомів вагітні з більшою ймовірністю звертаються до народних цілителів, прийому рослинних препаратів і повитух (докази із середнім рівнем достовірності)²². Крім того, дані, отримані в різних умовах, вказують, що, хоча жінки зазвичай позитивно відносяться до заходів, які проводяться в рамках ДПД, і наданої інформації, вони з меншою ймовірністю будуть

звертатися за допомогою, якщо відчують, що медичні працівники та / або особи, відповідальні за розробку політики, ігнорують або не звертають увагу на їх думку, традиції і соціально-економічні умови (докази з високим рівнем достовірності). Це може бути особливо актуально для таких заходів, як акупунктура, які можуть бути культурно чужими і / або погано розуміються в певних умовах. Непрямі докази вказують також, що жінки вітають рекомендації, які стосуються вагітності, що надаються працівниками охорони здоров'я під час відвідувань в рамках ДПД, тому вони можуть сприятливо реагувати на рекомендації щодо зміни способу життя (докази із середнім рівнем достовірності).

Здійснимість

Якісні докази вказують, що брак ресурсів може обмежувати пропозиції з лікування цього стану (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

D.3 Судоми в ногах

Рекомендація D.3. Для зменшення судом в ногах під час вагітності можуть застосовуватися препарати магнію, кальцію або немедикаментозні методи залежно від доступності зазначених засобів і вибору вагітної. (Рекомендовано)

Коментарі

- Огляд не виявив доказів, які стосуються ефектів немедикаментозних методів, таких як розтягнення м'язів, релаксація, прогрівання, тильне згинання стопи і масаж.

- Докази ефективності препаратів магнію та кальцію зазвичай мають низький рівень достовірності. Однак ГРР погодилася, що несприятливі наслідки їх застосування в дозах, які вивчалися у включених дослідженнях, є малоімовірними.

- Необхідні подальші дослідження етіології та частоти судом у ногах під час вагітності, а також ефективності (якщо така є) препаратів магнію та кальцію.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти втручання щодо зменшення судом у ногах у порівнянні з іншими методами, їх відсутністю або застосуванням плацебо (ДБ Таблиця D.3)

Дані про ефективність різних заходів щодо зменшення судом в ногах під час вагітності отримані з Кокранівського огляду, що включав шість невеликих досліджень за участю 390 вагітних, які страждали на судоми в ногах¹⁶². Три дослідження, проведені в Норвегії (42 жінки), Таїланді (86 жінок) і Швеції (69 жінок), надали дані з порівняння ефективності препаратів магнію для прийому всередину і плацебо. В одному дослідженні, проведеному в Швеції (43 жінки), вивчали ефективність препаратів кальцію для прийому всередину в порівнянні з відсутністю лікування. Дослідження, проведене в Ісламській Республіці Іран (42 жінки), вивчало ефективність препаратів вітамінів В₆ і В₁ для прийому всередину в порівнянні з відсутністю лікування. Інше дослідження, проведене в Швеції, порівняло ефективність препаратів кальцію для прийому всередину і вітаміну С (30 жінок). Первинним результатом для цих досліджень було виміряне тим або іншим способом зменшення виразності симптомів. Інші материнські і перинатальні результати, релевантні для цих рекомендацій, не представлені.

Препарати магнію для прийому всередину порівняно з плацебо

У трьох невеликих дослідженнях жінки в досліджуваній групі отримували препарати магнію в дозі 300-360 мг/добу в перерахунку на магній, яка була розділена на два або три прийоми. У дослідженнях оцінювали збереження або виникнення судом в ногах різними способами, тому результати не могли бути об'єднані. Докази із середнім рівнем достовірності з тайського дослідження вказують, що у жінок, які отримували препарати магнію, кількість епізодів судом з більшою ймовірністю зменшувалася на 50% (1

дослідження, 86 жінок; ВР 1,42, 95% ДІ 1,09-1,86). Такий саме ефект виявлено в шведському дослідженні, в якому був представлений результат «відсутність судом в ногах» після лікування, однак докази мали низький рівень достовірності (1 дослідження, 69 жінок; ВР 5,66, 95% ДІ 1,35-23,68). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що препарати магнію для прийому всередину мають незначний ефект або не впливають на розвиток потенційних побічних ефектів, в тому числі нудоти, діареї, здуття живота і підвищеного відходження газів. Докази, отримані з третього дослідження, були розцінені як вкрай невизначені.

Препарати кальцію для прийому всередину в порівнянні з відсутністю лікування

В одному невеликому дослідженні вивчали ефективність препаратів кальцію, по 1 г 2 рази на день протягом 2-х тижнів, у порівнянні з відсутністю лікування. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що у жінок, які отримували препарати кальцію, з більшою ймовірністю припинялися судом в ногах після лікування (43 жінки; ВР 8,59, 95% ДІ 1,19-62,07).

Препарати кальцію для прийому всередину порівняно з препаратами вітаміну С

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що відмінності ефективності (якщо така є) препаратів кальцію і вітаміну С при судамах в ногах незначні або відсутні (ВР 1,33, 95% ДІ 0,53-3,38).

Препарати вітамінів В₁ і В₆ для прийому всередину в порівнянні з відсутністю лікування

Це порівняння вивчено в одному дослідженні. В ньому 21 жінка отримувала препарати вітаміну В₁ (100 мг) і В₆ (40 мг) 1 раз на день протягом 2-х тижнів і 21 жінка не отримувала лікування. Однак докази з низьким рівнем достовірності були суперечливими і складними для інтерпретації.

Додаткові міркування

- Огляд не виявив доказів, що стосуються немедикаментозних методів, таких, як розтягнення м'язів, масаж, релаксація, прогрівання і тильне згинання стопи.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.D «Передумови».

Ресурси

Додатковий прийом препаратів магнію та кальцію – відносно дешевий захід, особливо якщо проводиться протягом нетривалого часу (2-4 тижні).

Справедливість

Можлива причина судом у ногах – харчовий дефіцит магнію - вказує, що частота цього стану повинна бути вищою серед неблагополучних груп населення. Отже, теоретично заходи, пов'язані з харчуванням, можуть зменшити нерівність, проте потрібні докази щодо цього.

Прийнятність

Якісні докази, отримані в різних умовах, вказують, що жінки зазвичай цінують рекомендації, які стосуються вагітності, що надаються медичними працівниками під час відвідувань в рамках ДПД, тому вони можуть сприятливо реагувати на рекомендації щодо прийому харчових добавок (докази із середнім рівнем достовірності)²². Докази з деяких КНСД вказують, що жінки вірять, що вагітність – це нормальний стан, тому для лікування сполучених симптомів можуть звертатися до народних цілителів і / або вдаватися до прийому рослинних препаратів (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Якісні докази вказують, що брак ресурсів може обмежувати пропозиції з лікування цього стану (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵. Крім того, там, де лікування пов'язано з додатковими витратами для вагітних, жінки з меншою ймовірністю отримують його.

D.4 Біль в попереку і тазовий біль

Рекомендація D.4. Для попередження болю в попереку і тазового болю рекомендуються регулярні фізичні вправи протягом всієї вагітності. Залежно від доступності зазначених засобів і переваг вагітної можуть застосовуватися різні методи лікування, такі, як фізіотерапія, носіння бандажа і акупунктура. (Рекомендовано)

Коментарі

- Фізичні вправи для профілактики болю в попереку і тазового болю під час вагітності можна виконувати на землі або в воді. У той час як фізичні вправи можуть бути корисними для зменшення болю в попереку, вони можуть посилити біль, обумовлений дисфункцією лобкового симфізу, і не рекомендуються при цьому стані.

- Регулярні фізичні вправи – основний компонент заходів щодо зміни способу життя, які рекомендуються вагітним в рамках ДПД для профілактики надлишкового збільшення ваги (див. рекомендацію A.9).

- Вагітних, які пред'являють скарги на біль в попереку або тазовий біль, слід попередити, що симптоми зазвичай зменшуються через місяці після пологів.

- Жінки повинні бути інформовані, що через недостатність доказів залишається нез'ясованою наявність побічних ефектів альтернативних методів лікування.

- Для майбутніх досліджень з лікування болю в попереку і тазового болю під час вагітності необхідно стандартизоване уявлення результатів.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти втручань з метою зменшення болю в попереку і тазового болю в порівнянні з іншими методами, їх відсутністю або застосуванням плацебо (ДБ Таблиця D.4)

Докази, що стосуються ефективності різних втручань з метою зменшення болю в попереку і тазового болю під час вагітності отримані з Кокранівського огляду, що включав 34 дослідження за участю 5121 жінки¹⁶⁵. Визначення болю в попереку і тазового болю і використана термінологія різнилися: так, в 15 дослідженнях метою втручань було зменшення болю в попереку, в шести – зменшення тазового болю, в 13 – зменшення болю в попереку і тазового болю. Більшість досліджень оцінювали лікування, однак шість були присвячені профілактиці. Дані для аналізу взято тільки з декількох досліджень, результати ще кількох досліджень представлені в описовій частині. Основними наслідками були зменшення виразності симптомів і підвищення працездатності. Перинатальні результати, що мають відношення до даних рекомендацій, не представлені. Порівняння включали:

1. будь-які фізичні вправи (плюс стандартна допомога) в порівнянні зі стандартною допомогою;
2. акупунктура (плюс стандартна допомога) порівняно з симуляцією акупунктури (плюс стандартна допомога);
3. акупунктура (плюс стандартна допомога) в порівнянні з індивідуалізованою фізіотерапією (плюс стандартна допомога);
4. остеопатичні маніпуляції (плюс стандартна допомога) в порівнянні зі стандартною допомогою;
5. бандаж одного типу в порівнянні з бандажем іншого типу;
6. комплексне лікування в порівнянні зі стандартною допомогою.

Будь-які фізичні вправи (плюс стандартна допомога) в порівнянні зі стандартною допомогою

Дані для цього порівняння ефективності при болю в попереку отримані з 7 досліджень (645 жінок). Дослідження проведені в Бразилії, Ісламській Республіці Іран, Норвегії, Таїланді та Південній Африці. Фізичні вправи варіювали від індивідуальних занять з фахівцем до групових, включали йогу і аквааеробіку, а також навчання за допомогою CD і буклетів. Заходи тривали 8-12 тижнів, наявність або інтенсивність болю в більшості досліджень оцінювали за візуальною аналоговою шкалою. Однак в результаті мета-аналізу даних цих семи досліджень отримані вкрай невизначені докази зменшення симптомів. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що фізичні вправи з приводу болю в попереку покращують бальну оцінку непрацездатності (2 дослідження, 146 жінок; стандартизована РС на 0,56 нижче, 95% ДІ на 0,23-0,89 нижче). Дані з інтенсивності болю в попереку (оцінка симптому) розцінені як вкрай невизначені. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що програма фізичних вправ протягом 8-12 тижнів може зменшувати біль в попереку і тазовий біль в порівнянні зі стандартним лікуванням (4 дослідження, 1176 жінок; ВР 0,66, 95% ДІ 0,45-0,97). Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що здорові вагітні, які беруть участь в програмі фізичних вправ, ймовірно, рідше беруть лікарняний лист в зв'язку з болем у попереку або тазовим болем (2 дослідження, 1062 жінки; ВР 0,76; 95% ДІ 0,62-0,94).

Акупунктура (плюс стандартна допомога) порівняно з симуляцією акупунктури (плюс стандартна допомога)

Чотири невеликих дослідження, проведені в США і Швеції, оцінили ефективність акупунктури в комбінації зі стандартною допомогою в порівнянні з симуляцією акупунктури в комбінації зі стандартною допомогою. Однак з цих досліджень отримані нечисленні дані, які не могли бути об'єднані. Докази з низьким рівнем достовірності з одного дослідження вказують, що акупунктура може зменшувати біль в попереку і тазовий біль (72 жінки; ВР 4,16, 95% ДІ 1,77-9,78). Дані інших досліджень представлені по-різному і виявилися вкрай невизначеними.

Акупунктура (плюс стандартна допомога) в порівнянні з індивідуалізованою фізіотерапією (плюс стандартна допомога)

Це порівняння вивчено в одному невеликому дослідженні, проведеному в Швеції за участю 46 жінок, які пред'являли скарги на біль в попереку і тазовий біль. Основним результатом було задоволення жінок від лікування, але дані розцінені як вкрай невизначені.

Остеопатична маніпуляційна терапія (ОМТ) (плюс стандартна допомога) в порівнянні зі стандартною допомогою

Три дослідження вивчали ОМТ, однак їх дані не могли бути об'єднані, а результати окремих досліджень були суперечливими. Найбільш велике – за участю 400 жінок, порівнювало ОМТ в комбінації зі стандартною допомогою із застосуванням в якості плацебо ультразвуку в комбінації зі стандартною допомогою або тільки зі стандартною допомогою. Обмежені дані з цього дослідження вказують, що ОМТ може зменшувати біль в попереку краще, ніж стандартна допомога, і більшою мірою знижувати бальну оцінку непрацездатності, проте не є ефективнішою за ультразвук в якості плацебо за цими наслідками.

Бандаж одного типу в порівнянні з бандажем іншого типу

Одне невелике дослідження, проведене в Австралії, порівняло застосування бандажів двох типів (BellyBra® і Tubigrip®) у жінок з болем в попереку (n = 94). Дані з цього дослідження розцінені як вкрай невизначені.

Комбіновані втручання в порівнянні зі стандартною допомогою

Одне дослідження, проведене в США, представило ефективність комбінованих втручань з приводу болю в попереку і тазового болю, яке включало щотижневу мануальну терапію, яку проводили хіропрактики, в комбінації з щоденними фізичними вправами вдома і навчанням в порівнянні зі стандартною допомогою (відпочинок, вправи, грілки і анальгетики). Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що комбіновані втручання, ймовірно, покращують бальні оцінки болю (1 дослідження, 169 жінок; РС на 2,70 нижче, 95% ДІ на 1,86-3,54 нижче) і непрацездатності (РС на 1,40 нижче; 95% ДІ на 0,71-2,09 нижче) в порівнянні зі стандартною допомогою.

Додаткові міркування

- Неясно, чи однакові застосовані докази про ефективність фізичних вправ при наявності болю в попереку і тазового болю, чи однаково ефективні профілактика і лікування, оскільки були об'єднані дані досліджень, що стосуються профілактики та лікування. Докази, отримані в двох дослідженнях з ефективності фізичних вправ і навчання, вказують, що ці заходи можуть мати незначний ефект або не впливають на попередження тазового болю (ВР 0,97; 95% ДІ 0,77-1,23).

- Вкрай невизначені докази щодо ряду інших втручань, наприклад черезшкірної електронейростимуляції, прогресивної міорелаксації за допомогою музики, краніосакральної терапії і застосування ацетаминофену (парацетамолу), які були оцінені в окремих невеликих дослідженнях, що продемонстрували очевидне зменшення симптомів порівняно зі стандартною допомогою, також представлені в огляді.

- Стандартна допомога з приводу болю в попереку і внизу живота зазвичай включає відпочинок, застосування грілок або холодних компресів і парацетамолу.

- Дані про потенційні побічні ефекти альтернативних методів лікування, наприклад хіропрактики або остеопатії, нечисленні, необхідні подальші якісні дослідження, щоб встановити, чи ефективні і безпечні ці методи при наявності болю в попереку і / або тазового болю під час вагітності.

- Показано, що фізичні вправи під час вагітності мають інші сприятливі наслідки для вагітних, в тому числі зменшення надлишкової прибавки ваги під час вагітності (див. Рекомендацію А.9).

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.D «Передумови».

Ресурси

Фізичні вправи можуть проводитися в групах та індивідуально вдома. Отже, вартість цих втручань є різною. Бандажі продаються за ціною від менше 10 дол. США за штуку⁵. Фізіотерапія і акупунктура вимагають навчання фахівців і, через те, мабуть, є найбільш ресурсоемними.

Примітка. ⁵ На підставі пошуку в Інтернеті.

Справедливість

Поліпшення доступу до втручань з приводу болю в попереку і внизу живота може зменшити нерівність за рахунок зменшення функціональних порушень і непрацездатності, пов'язаних з болем у попереку і внизу живота, серед жінок з неблагополучних груп населення.

Прийнятність

Якісні докази, отримані в різноманітних умовах, вказують, що, незважаючи на звичайно позитивне ставлення жінок до заходів, що проводяться в рамках ДПД, і наданої

інформації, вони з меншою ймовірністю будуть звертатися за допомогою, якщо відчують, що медичні працівники та / або особи, відповідальні за розробку політики, ігнорують або не звертають увагу на їх думку, традиції і соціально-економічні умови (докази з високим рівнем достовірності)²². Це може бути особливо актуально для таких заходів, як акупунктура, які можуть бути культурно чужими і / або погано розуміються в певних умовах. Крім того, там, де лікування, ймовірно, пов'язано з додатковими витратами, або воно є недоступним внаслідок нестачі ресурсів, жінки з меншою ймовірністю звертаються за медичною допомогою (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Недолік ресурсів може обмежувати пропозиції щодо лікування цього стану (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

D.5 Закрепи

Рекомендація D.5. Якщо закрепипід час вагітності зберігаються, незважаючи на зміну харчування, для їх зменшення можуть призначатися пшеничні висівки або інші джерела харчових волокон в залежності від доступності зазначених засобів і переваг вагітної. (Рекомендовано)

Коментарі

- Рекомендації зі зміни харчування з метою зменшення закрепів під час вагітності повинні включати достатнє вживання води і харчових волокон (присутніх в овочах, горіхах, фруктах і цілісному зерні).

- Для жінок з важкими закрепями, які не усувають дієта і додатковий прийом харчових волокон, зацікавлені сторони можуть розглядати періодичний прийом проносних, які погано всмоктуються.

***Коментар робочої групи:** пшеничні висівки та інші харчові волокна є харчовими добавками та продуктами для дієтичного харчування і не зареєстровані в Україні як лікарські засоби.*

Резюме доказів і міркувань

Ефекти втручань щодо зменшення закрепів в порівнянні з іншими методами, їх відсутністю або застосуванням плацебо (ДБ Таблиця D.5)

Докази, що стосуються ефективності різних втручань щодо зменшення закрепів під час вагітності, отримані з Кокранівського огляду, що включав два невеликих РКД за участю 180 жінок¹⁶¹. Обидва дослідження проведені в Сполученому Королівстві серед вагітних, які страждають закрепями. Одне порівнювало ефективність додаткового прийому харчових волокон порівняно з відсутністю лікування (40 жінок), інше – ефективність стимулюючих проносних і проносних, що збільшують обсяг кишкового вмісту (140 жінок). Перинатальні наслідки, що мають відношення до цих рекомендацій, не представлені.

Додатковий прийом харчових волокон порівняно з відсутністю лікування

Дані з невеликого дослідження, у якому оцінювали ефективність додаткового прийому харчових волокон в порівнянні з відсутністю лікування при закрепках (представлено у вигляді середньої частоти стільця), розцінені як вкрай невизначені.

Стимулюючі проносні в порівнянні з проносними, що збільшують обсяг кишкового вмісту

У цьому дослідженні, проведеному в 1970-і роки, використовувалися два стимулюючих проносних: сена і Normax®. Останній (містить дантрон) є потенційним канцерогеном і в даний час застосовується тільки у термінальних хворих. Проте окремих даних для сени

немає. Докази, що стосуються зменшення симптомів, побічних ефектів (дискомфорт в животі, діарея) і задоволеності жінок при порівнянні стимулюючих проносних і проносних, що збільшують обсяг кишкового вмісту (стеркулія з корою жостеру або без неї), розцінені як вкрай невизначені.

Додаткові міркування

- В якості безрецептурних засобів для лікування закрепів доступні різні проносні, що збільшують обсяг кишкового вмісту (пшеничні і вівсяні висівки, стеркулія, метилцелюлоза, насіння подорожника), осмотичні (лактозула) і стимулюючі (сена) проносні. Їх застосування під час вагітності не має несприятливих наслідків¹⁶⁶.

- Проносні можуть порушувати всмоктування вітамінів і мінеральних добавок.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.D «Передумови».

Ресурси

Вартість залежить від проведеного втручання і регіону. Висівки є відносно дешевими: так, упаковка пшеничних висівків вагою 375 г коштує приблизно 1,5 дол. США⁶.

Примітка. ⁶ На підставі пошуку в Інтернеті.

Справедливість

Чи впливають втручання по зменшенню закрепів на нерівність щодо здоров'я, невідомо.

Прийнятність

Якісні докази з різних КНСД вказують, що для лікування частих симптомів вагітні з більшою ймовірністю звертаються до народних цілителів, прийому рослинних препаратів і повитух (докази із середнім рівнем достовірності)²². Крім того, дані, отримані в різних умовах, вказують, що, хоча жінки зазвичай позитивно відносяться до заходів, що проводяться в рамках ДПД, і наданої інформації, вони з меншою ймовірністю будуть звертатися за допомогою, якщо відчують, що медичні працівники та / або особи, відповідальні за розробку політики, ігнорують або не звертають увагу на їх думку, традиції і соціально-економічні умови (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Інші якісні дані вказують, що брак ресурсів може обмежувати пропозиції з лікування закрепів (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

D.6 Варикозне розширення вен і набряки

Рекомендація D.6. При варикозному розширенні вен і набряках під час вагітності можуть використовуватися немедикаментозні засоби, такі, як носіння компресійного трикотажу, підняте положення ніг і ванни для ніг, в залежності від доступності зазначених засобів і переваг вагітної. (Рекомендовано)

Коментарі

- Жінок потрібно інформувати, що прояви варикозного розширення вен можуть посилюватися при збільшенні терміну вагітності, проте у більшості жінок протягом декількох місяців після пологів настає деяке поліпшення.

- Відпочинок, підняте положення ніг і ножні ванни – дешеві нешкідливі заходи.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти втручань з приводу варикозного розширення вен і набряків в порівнянні з іншими методами, їх відсутністю або застосуванням плацебо (ДБ Таблиця D.6)

Докази, що стосуються ефективності різних втручань щодо зменшення варикозного розширення вен під час вагітності отримані з Кокранівського огляду, що включав сім невеликих досліджень за участю 326 жінок з варикозним розширенням вен і / або набряками. Оцінювалися різні заходи, в тому числі застосування рутину (венотонізуючий засіб) в порівнянні з плацебо (два дослідження), масаж ніг професійним масажистом протягом 5 днів у порівнянні з відсутністю лікування (1 дослідження, 80 жінок), переміжна пневматична компресія в порівнянні з відпочинком (1 дослідження, 35 жінок), стояння у воді при температурі 29-33°C протягом 20 хвилин (ножні ванни) в порівнянні з піднятим положенням ніг (1 дослідження, 32 жінки), рефлексотерапія в порівнянні з відпочинком (1 дослідження, 55 жінок)¹⁶⁰. Інше дослідження з порівняння ефективності носіння компресійного трикотажу і відпочинку в положенні на лівому боці не надало даних для аналізу. Наслідки для плода та новонародженого, що мають відношення до рекомендацій з ДПД, в цих дослідженнях не представлені.

Медикаментозні методи в порівнянні з плацебо або відсутністю лікування

Дані отримані тільки з одного невеликого дослідження, проведеного в 1975 р. (69 жінок). Докази з низьким рівнем достовірності з цього дослідження вказують, що рутозид може зменшувати прояви (нічні судоми, парестезії, відчуття втоми) варикозного розширення вен в порівнянні з плацебо (69 жінок; ВР 1,89, 95% ДІ 1,11-3,22). Однак дані про побічні ефекти не представлені.

Немедикаментозні методи у порівнянні з плацебо або відсутністю лікування

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що рефлексотерапія може зменшувати набряки в порівнянні з відпочинком (55 жінок; ВР 9,09, 95% ДІ 1,41-58,54), і що ванни для ніг можуть зменшувати набряки (окружність ніг) в порівнянні з піднятим положенням ніг (32 жінки; ВР 0,43, 95% ДІ 0,22-0,83). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що в порівнянні з відсутністю лікування масаж ніг має незначний ефект або не впливає на набряки (ефект оцінювався при вимірюванні окружності гомілки в см) (80 жінок; РС в см: на 0,11 менше, 95% ДІ від на 1,02 менше до на 0,80 більше); періодична пневматична компресія в порівнянні з відпочинком (ефект оцінювався за середньою окружністю ноги, одиниці вимірювання невідомі) (35 жінок; РС на 258,8 менше, 95% ДІ від на 566,91 менше до на 49,31 більше). Тільки одне дослідження (рефлексотерапія в порівнянні з відпочинком) вивчало задоволеність жінок, але дані мають дуже низький рівень достовірності.

Додаткові міркування

- Носіння компресійного трикотажу в комбінації з піднятим положенням ніг – найчастіший метод нехірургічного лікування варикозного розширення вен і набряків, проте Кокранівський огляд не знайшов даних про його застосуванні під час вагітності¹⁶⁰. Компресійний трикотаж широко застосовується для профілактики ускладнень варикозного розширення вен поза вагітністю, але докази ефективності цього методу в відповідному Кокранівському огляді в цілому вкрай невизначені¹⁶⁷.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.D «Передумови».

Ресурси

Зміна положення тіла – дешевий захід. Вартість компресійного трикотажу різна, але він може коштувати більше 15 дол. США за пару панчіх. Рефлексотерапія і професійний масаж вимагають спеціального навчання і, отже, є більш дорогими.

Справедливість

Чи впливають втручання з приводу варикозного розширення вен і набряків на нерівність у випадку охорони здоров'я, невідомо.

Прийнятність

Якісні докази з різних КНСД вказують, що для лікування перерахованих симптомів вагітні з більшою ймовірністю звертаються до народних цілителів, прийому рослинних препаратів і повитух (докази із середнім рівнем достовірності)²². Крім того, дані, отримані в різних умовах, вказують, що, хоча жінки зазвичай позитивно ставляться до заходів, проведених в рамках ДПД, і наданої інформації, вони з меншою ймовірністю будуть звертатися за допомогою, якщо відчують, що працівники охорони здоров'я та / або особи, відповідальні за розробку політики, ігнорують або не звертають увагу на їхню думку, традиції і соціально-економічні умови (докази з високим рівнем достовірності). Це може бути особливо актуально для таких заходів, як рефлексотерапія, які можуть бути культурно чужими і / або погано розуміються в певних умовах. Якісні докази демонструють, що там, де лікування, ймовірно, пов'язано з додатковими витратами або недоступно внаслідок нестачі ресурсів, жінки з меншою ймовірністю звертаються за допомогою (докази з високим рівнем достовірності).

Здійснимість

Докази також вказують, що недовлік ресурсів може обмежувати пропозиції з лікування варикозного розширення вен і набряків (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Е. Втручання в систему охорони здоров'я для підвищення використання і якості допологової допомоги

Передумови

Існує безліч втручань, які можуть бути використані для підвищення використання і якості ДПД в залежності від контексту і умов. Для цілей цих рекомендацій ГРР розглянула наступні заходи:

1. Зберігання жінками своєї медичної документації;
2. Моделі безперервної допомоги, наданої акушерками;
3. Групова ДПД;
4. Заходи на рівні спільноти, спрямовані на поліпшення спілкування і підтримки;
5. Перерозподіл обов'язків;
6. Набір і збереження кадрів;
7. Графік контактів в рамках ДПД.

Як надавати ДПД такого типу і якості, яку хочуть жінки, – велика і складна область для наукових досліджень. Заходи, спрямовані на підвищення компетентності персоналу, поліпшення його добробуту, а також інші заходи (наприклад, фінансові стимули) для підвищення доступу до ДПД і її використання – великі теми, які були розцінені як такі, що виходять за рамки даних рекомендацій.

Збереження жінками своєї медичної документації. У багатьох країнах жінкам видають їх медичну документацію (або документацію для домашнього зберігання) для зберігання протягом вагітності. Документація може бути паперовою (наприклад, карта, журнал, посібник) або електронною (наприклад, електронний носій), і жінки повинні

приносити її з собою на всі відвідування. Якщо жінки переїжджають або направляються на консультацію з одного медичного закладу до іншого, або якщо виникають ускладнення, коли негайний доступ до медичної документації не завжди можливий, практика зберігання медичної документації жінками може підвищити її доступність¹⁶⁸. Зберігання жінками своєї медичної документації вдома може бути також ефективним методом поліпшення обізнаності з питань здоров'я і взаємин між пацієнтом і працівником охорони здоров'я¹⁶⁹. Неадекватні інфраструктура і ресурси часто перешкоджають ефективному веденню документації, отже, ймовірність її втрати знижується при особистому зберіганні. Крім того, завдяки безперервним записам про розвиток плода ця практика може сприяти більш точній оцінці гестаційного віку, яка є невід'ємною частиною прийняття доказово обґрунтованих рішень¹⁷⁰.

Моделі безперервної допомоги, наданої акушерками (БДА). У багатьох умовах акушерки є основними працівниками охорони здоров'я, які надають ДПД¹⁷¹. У моделях БДА акушерка, яка знайома жінці і заслуговує довіри, (індивідуальне надання допомоги) або невелика група знайомих акушерок (бригадне надання допомоги) підтримує жінку протягом усієї вагітності, під час пологів і післяпологового періоду, сприяючи здоровій вагітності, пологам і материнству¹⁷². Модель БДА включає безперервність надання допомоги; спостереження за фізичним, психологічним, духовним і соціальним благополуччям жінки і сім'ї протягом циклу дітонародження; індивідуалізовані навчання, консультування та ДПД; присутність знайомої акушерки під час пологів і відразу після них; безперервну підтримку протягом післяпологового періоду; зведення до мінімуму непотрібних втручань; визначення необхідності консультації, направлення на консультацію і координування допомоги жінкам, які потребують уваги лікаря акушера-гінеколога або іншого спеціаліста¹⁷³. Таким чином, модель БДА існує в рамках мультидисциплінарної мережі, в якій консультації інших працівників охорони здоров'я і направлення на консультації відбуваються по мірі необхідності. Модель БДА зазвичай націлена на надання допомоги здоровим жінкам з неускладненим перебігом вагітності.

Групова ДПД. ДПД зазвичай має форму особистої консультації вагітної у медичного працівника. Групова ДПД об'єднує звичайну індивідуальну оцінку стану здоров'я вагітної зі спеціальними груповими навчальними заходами і взаємною підтримкою, щоб мотивувати зміни поведінки вагітних, поліпшити результати вагітності і підвищити задоволеність жінок¹⁷⁴. Заходи зазвичай включають самообстеження (наприклад, вимірювання артеріального тиску), групове навчання з полегшеною дискусією і час для спілкування. Групову ДПД для групи жінок необхідно проводити у великому приміщенні, яке має окрему зону для проведення обстежень.

Заходи на рівні спільноти, спрямовані на поліпшення спілкування і підтримки. Попередній аналіз, проведений для рекомендацій з ДПД, визначив, що спілкування і підтримка є для жінок невід'ємними компонентами позитивного досвіду вагітності. Термін «спілкування» означає обмін інформацією, навчання і взаємодію з жінками зі своєчасних і релевантних фізіологічних, біомедичних, поведінкових і соціокультурних питань; термін «підтримка» має на увазі соціальну, культурну, емоційну і психологічну підтримку¹³. Наявність доступу до повноцінного спілкування і підтримки – ключовий елемент якісної ДПД. Підхід, заснований на дотриманні прав людини, визнає, що жінки мають право брати участь в ухваленні рішень, які стосуються їх сексуального та репродуктивного здоров'я¹. Крім того, вагітні мають право отримувати якісну медичну допомогу і, особливо в умовах обмежених ресурсів, їм повинна бути надана така можливість. Заходи, які сприяють діалогу про права жінок, фактори, що сприяють і перешкоджають зверненню за ДПД і підтримці здоров'я під час і поза вагітністю (в тому числі обговорення догляду за новонародженими і планування сім'ї після пологів), а також надання жінкам і їх партнерам підтримки в боротьбі

з труднощами, з якими вони стикаються, можуть сприяти підвищенню використання і якості ДПД.

Графік контактів в рамках ДПД. У 2002 р. для підвищення якості допомоги та охоплення ДПД, особливо в КНСД, ВООЗ рекомендувала сфокусований або цілеспрямований підхід до її надання¹². Модель сфокусованої ДПД, відома також як модель базової ДПД, включає 4 відвідування між 8 і 12-м тижнями, 24 і 26-м тижнями, на 32 і між 36 і 38-м тижнями вагітності. Рекомендації по кожному відвідуванню включають певні, засновані на принципах доказової медицини заходи для здорових вагітних (названі «цілеспрямованими») і відповідні направлення на консультацію для вагітних з високим ризиком і тих, у кого розвиваються ускладнення. Кількість відвідувань в цій моделі значно менша, ніж в моделях ДПД, що використовуються в КВД. ГРР розглянула наявні докази і іншу релевантну інформацію за цими заходами, щоб визначити чи слід рекомендувати їх для ДПД (Рекомендації E1-E5). ГРР розглянула також наявні рекомендації з інших публікацій ВООЗ по перерозподілу обов'язків, набору і збереженню кадрів в сільських районах (рекомендації E5 і E6).

Цінності жінок

Дані для рекомендацій з ДПД отримані з результатів попереднього аналізу того, що жінки хочуть від ДПД і які результати є значимими для них¹³. Показано, що для жінок з країн з високим, середнім і низьким рівнем забезпеченості ресурсами є значимим отримання «позитивного досвіду вагітності». В контексті систем охорони здоров'я він включає гнучку систему призначення відвідувань і безперервність надання допомоги, при якій жінкам надають конфіденційні умови і час, щоб побудувати довірчі, повні підтримки взаємини з медичними працівниками, які надають ДПД (високий рівень достовірності доказів).

Е.1 Зберігання жінками особистої медичної документації

Рекомендація Е.1. Кожній вагітній рекомендується зберігати особисту медичну документацію вдома. Це сприяє забезпеченню безперервності і підвищенню якості ДПД, а також формуванню позитивного досвіду вагітності. (Рекомендовано)

Коментар робочої групи: В Україні на першому візиті до лікаря вагітній на руки видається форма медичної документації № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні», яку жінка повинна зберігати вдома до закінчення вагітності і приносити лікуючому лікарю на кожний наступний візит для записів до обмінної карти даних наступних оглядів і результатів обстежень. При госпіталізації до стаціонару вагітна повинна надати обмінну карту.

Коментарі

- ГРР зазначила, що зберігання жінками особистої медичної документації вдома широко застосовується, в різних умовах КНСД часто це єдина доступна медична документація.

- ГРР погодилася, що переваги зберігання жінками особистої медичної документації вдома переважають недоліки. Однак необхідно ретельно розглянути, яку медичну інформацію слід включати в цю документацію, щоб уникнути стигматизації та дискримінації в певних умовах. Крім того, особи, які займаються плануванням в системах охорони здоров'я, повинні гарантувати, що госпіталізація у лікарні і інші медичні заклади не буде залежати від наявності у жінок медичної документації.

- Особи, які займаються плануванням в системах охорони здоров'я, повинні розглянути, яку форму (електронну або паперову) повинна мати медична документація, чи

повинні жінки зберігати повний пакет документів або тільки певну його частину, і як в медичних закладах будуть зберігатися копії документів.

- При зберіганні паперової документації особи, які займаються плануванням в системах охорони здоров'я, повинні забезпечити її довговічність і транспортабельність. Системи охорони здоров'я, які надають жінкам доступ до їх електронної документації, повинні гарантувати, що всі вагітні мають доступ до відповідної технології, і приділити увагу забезпеченню безпеки даних.

- Особи, які займаються плануванням в системах охорони здоров'я, повинні забезпечити, щоб зміст медичної документації був доступним усім вагітним шляхом використання місцевої мови і відповідності рівню читання.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти зберігання жінками своєї медичної документації в порівнянні з іншими методиками (ДБ Таблиця Е.1)

Докази, які стосуються зберігання жінками своєї медичної документації вдома отримані головним чином з Кокранівського огляду, який включав 4 невеликих дослідження за участю 1176 жінок¹⁶⁸. Дослідження проведені в Австралії, Монголії і Сполученому Королівстві (2 дослідження). У трьох дослідженнях вагітним в досліджуваній групі видавали повний комплект їх медичної документації (паперової) з перебігу вагітності. Ще в одному кластерному РКД за участю 501 жінок з Монголії, жінкам в досліджуваній групі видавали посібник, який включав медичну документацію про перебіг вагітності, післяпологового періоду та стан здоров'я дитини. У контрольних групах дані про перебіг вагітності зберігалися в медичних закладах. Дані про охоплення ДПД для монгольського дослідження було отримано окремо з іншого Кокранівського огляду¹⁷⁵.

Материнські результати

Щодо задоволеності жінок докази із середнім рівнем достовірності вказують, що жінки, які зберігають свою медичну документацію вдома, ймовірно, відчувають, що вони більшою мірою контролюють свій досвід вагітності, ніж ті, чия документація зберігається в медичних закладах (2 дослідження, 450 жінок; ВР 1,56, 95% ДІ 1,18-2,06). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що зберігання жінками своєї медичної документації вдома може мати незначний ефект або не впливає на задоволеність жінок ДПД (2 дослідження, 698 жінок; ВР 1,09, 95% ДІ 0,92-1,29). Дані про частоту кесарева розтину вкрай невизначені, інші результати для цих рекомендацій в огляді не представлені.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що зберігання жінками своєї медичної документації вдома може мати незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (2 дослідження, 713 жінок; ВР 0,77, 95% ДІ 0,17-3,48). Інші наслідки для плода та новонародженого в огляді не представлені.

Охоплення

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що зберігання жінками своєї медичної документації вдома може мати незначний ефект або не впливає на охоплення чотирма і більше відвідуваннями в рамках ДПД (1 дослідження, 501 жінка; ВР 1,25, 95% ДІ 0,31-5,00).

Додаткові міркування

- Інші докази з огляду вказують, що ймовірність втрати документації або її залишення вдома розрізняється незначно або є однаковою (2 дослідження, 347 жінок; ВР 0,38, 95% ДІ 0,04-3,84).

- У багатоцентровому когортному дослідженні, проведеному ВООЗ у 1984-1988 рр., вивчено зберігання жінками своєї медичної документації вдома, за участю 590862 жінок з Єгипту, Замбії, Індії, Ємену, Пакистану, Сенегалу, Філіппін, Шрі-Ланки¹⁷⁶. У дослідженні зазначено: «Впровадження зберігання жінками своєї медичної документації вдома підвищувало виявлення і направлення на консультацію вагітних і новонароджених з груп ризику, покращувало планування сім'ї і санітарну освіту, підвищувало охоплення імунізацією правцевим анатоксином і надавало можливість отримання інформації про стан здоров'я в спільноті. Методика зберігання жінками своєї медичної документації вдома сподобалася жінкам, громадським медичним працівникам та іншому медичному персоналу, оскільки, застосовуючи її, жінки стали більш активно брати участь у підтримці власного здоров'я і здоров'я своїх дітей».

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.Е «Передумови».

Ресурси

Наслідки з точки зору ресурсів залежать від того, яка система (електронна або паперова) використовується. Електронні системи вимагають більше ресурсів. Паперові системи вимагають виробництва міцних транспортабельних журналів, а також системи зберігання копій. Необхідність адаптації і / або переведення журналів може збільшувати вартість.

Справедливість

ГРР визнала, що зберігання жінками своєї медичної документації вдома може бути предметом зловживань і дискримінації по відношенню до жінок, які не мають її або документація яких містить інформацію, пов'язану зі стигмами (наприклад, наявність ВІЛ-інфекції). Менш освіченим жінкам з меншою грамотністю в питаннях здоров'я може бути важче читати і розуміти свою документацію, що може сприяти нерівності.

Прийнятність

Якісні дані вказують, що жінки в різних умовах воліють зберігати свою медичну документацію, оскільки це збільшує ймовірність отримання інформації про перебіг вагітності та власне здоров'я і почуття впевненості у власних силах, яке вона дає (докази з високим рівнем достовірності)²². У деяких КНСД можливі зловживання системою, наприклад обмеження доступу до стаціонарів жінок, які не мають медичної документації, особливо там, де служба охорони материнства має недостатньо ресурсів (докази із середнім рівнем достовірності). Додаткові дані з огляду різних методів підтверджують дані РКД, що зберігання або доступ до своєї медичної документації підвищує задоволеність жінок¹⁷⁷. Ці дані не включалися в аналіз достовірності за допомогою методу GRADE-CERQual і були отримані переважно з КВД (36 з 37 досліджень). Результати також вказують, що працівники охорони здоров'я зазвичай задоволені зберіганням жінками своєї медичної документації вдома, але вважають, що впровадження заходу може створювати додаткову адміністративну відповідальність. Медичні працівники висловлюють занепокоєність у зв'язку з питаннями безпеки даних, особистим характером наданої інформації і можливістю втрати даних через фрагментованість системи.

Здійснимість

У деяких КНСД додаткові витрати, пов'язані з використанням електронної системи (USB-карти пам'яті, програмне забезпечення та інше) можуть бути непомірно високими (докази з високим рівнем достовірності), а паперова система може потребувати незначних додаткових витрат⁴⁵.

Е.2 Безперервна допомога, яка надається акушерками

Рекомендація Е.2. В умовах, де добре розвинена акушерська справа, рекомендується модель, в рамках якої безперервну допомогу жінці протягом пологів, допологового і післяпологового періоду надає одна або кілька відомих їй акушерок (БДА). (Рекомендовано при певних умовах)

Коментар робочої групи: В Україні ДПД надають лікарі акушери-гінекологи, лікарі загальної практики-сімейні лікарі.

Коментарі

- Моделі БДА – це моделі допомоги, в яких акушерка, яка знайома пацієнтці і заслуговує на довіру (індивідуальне надання допомоги), або невелика група знайомих акушерок (бригадне надання допомоги) підтримує жінку протягом всієї вагітності, під час пологів і післяпологового періоду, сприяючи здоровим вагітності, пологам та материнству.

- Застосування моделей БДА – складний захід, тому неясно, що викликає позитивні ефекти: безперервність надання медичної допомоги, філософія надання медичної допомоги акушерками, чи і те, і інше. Принципи надання медичної допомоги, які властиві моделі БДА, можуть використовуватися або не застосовуватися в стандартній практиці надання медичної допомоги акушерками в рамках інших моделей.

- В умовах відсутності добре функціонуючих програм надання допомоги акушерками особи, відповідальні за розробку політики, повинні розглядати впровадження цієї моделі тільки після успішного збільшення числа акушерок, які практикують, та якості наданої ними допомоги. Крім того, зацікавлені сторони можуть розглядати варіанти надання безперервної допомоги, яку цінують жінки, іншими працівниками охорони здоров'я.

- Експертна група зазначила, що при цій моделі надання допомоги важливо вести моніторинг використання ресурсів, професійного вигорання і навантаження на персонал, визначати, який варіант надання допомоги – індивідуальний або бригадний - є більш стійким в даних умовах.

- БДА вимагає наявності достатнього числа добре навчених акушерок, щоб кожна жінка протягом всієї вагітності і пологів спостерігалася однією чи кількома акушерками. Отже, ця модель може потребувати перерозподілу ресурсів, щоб гарантувати достатню кількість акушерок з розумним робочим навантаженням.

- Впровадження БДА може призвести до перерозподілу ролей та обов'язків акушерок, а також інших медичних працівників, які раніше надавали допомогу під час вагітності і після пологів. Там, де це відбувається, впровадження, ймовірно, буде більш ефективним, якщо проведено консультації з усіма зацікавленими сторонами і залучено департаменти з управління персоналом. У деяких умовах процесу впровадження сприяють консультації з професійними співтовариствами на урядовому рівні.

- Слід оцінити необхідність додаткового разового або безперервного навчання і, за необхідності, провести його.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти моделей БДА в порівнянні з іншими моделями надання допомоги (ДБ Таблиця Е.2)

Докази, що стосуються моделей БДА, отримані з Кокранівського огляду, який включав 15 досліджень за участю 17674 жінок, рандомізованих для отримання ДПД в рамках моделі БДА або в рамках інших моделей¹⁷². Всі включені дослідження проведені в системах охорони громадського здоров'я КВД (Австралії, Ірландії, Канади та Сполученого Королівства). Проаналізовані дані 14 з 15 досліджень. Вісім досліджень порівнювали модель БДА з моделлю спільної допомоги, три дослідження – модель БДА з моделлю допомоги під керівництвом лікаря і три дослідження – модель БДА зі «стандартною допомогою» (змішана модель, що включає допомогу, яку надають акушерки, не базується на принципі

безперервності, допомогу під керівництвом лікаря і спільну допомогу). Деякі моделі БДА включали відвідування лікаря акушера-гінеколога і / або сімейного лікаря. Вісім досліджень включали тільки вагітності низького ризику, шість включали також вагітності високого ризику. Чотири дослідження оцінювали індивідуальне надання допомоги в рамках БДА, 10 досліджень – бригадне надання допомоги. У моделях індивідуального надання допомоги навантаження на одну акушерку варіювало від 32 до 45 вагітних на рік. Оцінювали ступінь безперервності надання допомоги (частка пологів, на яких був присутній знайомий працівник охорони здоров'я): вона становила 63-98% для БДА і 0-21% для інших моделей. При проведенні мета-аналізу застосовувалася модель випадкових ефектів.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності демонструють, що в порівнянні з іншими моделями БДА, ймовірно, незначно підвищує ймовірність пологів через природні родові шляхи (12 досліджень, 16687 учасниць; ВР 1,05, 95% ДІ 1,03-1,07). БДА може зменшувати частоту кесарева розтину (14 досліджень, 17674 учасниці; ВР 0,92, 95% ДІ 0,84-1,00), проте ці докази мають низький рівень достовірності і не виключають можливість відсутності ефекту. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що, в порівнянні з іншими моделями, застосування моделей БДА може бути пов'язано з більш низькою частотою вакуум-екстракції або застосування акушерських щипців (13 досліджень, 17501 учасниця; ВР 0,90, 95% ДІ 0,83-0,97).

Задоволеність матерів. У Кокранівському огляді зведені в таблицю дані щодо задоволеності жінок різними аспектами допомоги під час вагітності, пологів і після них. Спеціально для даних рекомендацій проведено мета-аналіз даних щодо задоволеності тільки ДПД (див. ДБ Таблиця Е.2), результати якого вказують, що в порівнянні з іншими моделями моделі БДА можуть підвищувати частку жінок, які мають високий рівень задоволеності ДПД (4 дослідження, 5419 жінок; ВР 1,31, 95% ДІ 1,11-1,54; докази з низьким рівнем достовірності).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що БДА, ймовірно, знижує ризик передчасних пологів (8 досліджень, 13338 учасниць; ВР 0,76, 95% ДІ 0,64-0,91) і, ймовірно, перинатальну смертність (визначалася в огляді як загибель плода після 24-го тижня вагітності або загибель новонародженого) (13 досліджень, 17561 жінка; ВР 0,84, 95% ДІ 0,71-0,99). Однак докази з низьким рівнем достовірності вказують, що БДА може мати незначний ефект або не впливає на частоту народження маловагих дітей (7 досліджень, 11458 жінок; ВР 0,96, 95% ДІ 0,82-1,13). Даних по іншим наслідкам для рекомендацій з ДПД в огляді немає.

Додаткові міркування

- Хоча механізм імовірного зниження частоти передчасних пологів і перинатальних смертей неясний, ГРР визнала важливими узгодженість результатів і відсутність несприятливих наслідків.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.Е «Передумови».

Ресурси

В умовах добре функціонуючих програм надання допомоги акушерками може знадобитися перерозподіл ресурсів, щоб забезпечити достатню кількість акушерок з розумним робочим навантаженням в системі охорони здоров'я. Можливі витрати на навчання, пов'язані з переходом на модель БДА. Однак одне дослідження в Кокранівського огляду виявило, що за рахунок відмінностей у витратах на утримання персоналу витрати на

одного працівника охорони здоров'я, який надає ДПД в рамках моделі БДА, були на 20-25% нижчими, ніж при наданні іншої допомоги акушерками¹⁷⁸.

Справедливість

Справедливе охоплення і підвищення якості роботи акушерок є основними проблемами у багатьох КНСД¹⁷¹. Моделі БДА в будь-яких умовах можуть зменшити нерівність щодо здоров'я, наприклад за рахунок створення жінкам з неблагополучних груп населення сприятливих умов для розкриття інформації, яка може сприяти виявленню факторів ризику несприятливих результатів, таких, як насильство з боку статевого партнера.

Прийнятність

Якісні докази, отримані в різних умовах, вказують, що жінки вітають можливість побудувати повні підтримки і турботи взаємини з акушеркою або невеликою групою акушерок під час вагітності (докази з високим рівнем достовірності) і цінують послідовний, розмірений, орієнтований на них підхід з надання ДПД (докази з високим рівнем достовірності)²². Докази, отримані від працівників охорони здоров'я, переважно з КВД, вказують, що вони розглядають БДА як спосіб формування довірчих, повних підтримки взаємин, яких хочуть жінки (докази із середнім рівнем достовірності). Дані про моделі БДА з КНСД нечисленні. Однак непрямі докази, отримані від медичних працівників з КНСД, вказують, що вони вітають можливість застосування цієї моделі у КНСД, але вважають, що не мають ресурсів для цього (докази з низьким рівнем достовірності).

Здійснимість

Якісні докази з країн з високим, середнім і низьким доходом підкреслюють заклопотаність медичних працівників потенційними кадровими питаннями, наприклад при індивідуальному наданні допомоги (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵.

Е.3 Групова допологова допомога

Рекомендація Е.3. В рамках наукових досліджень з урахуванням переваг жінки і за умов наявності необхідних інфраструктури та ресурсів в якості альтернативи індивідуальній ДПД може бути запропонована групова допологова допомога, яка надається кваліфікованими працівниками охорони здоров'я. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- При використанні моделі групової ДПД перший візит вагітної завжди є індивідуальним. Під час наступних візитів звичайне індивідуальне обстеження вагітної, яке проводиться в окремій зоні, включено в групове заняття з полегшеними навчальними заходами і взаємною підтримкою.

- Для застосування групової моделі в медичних закладах має спостерігатися багато вагітних, оскільки в ідеалі групи формуються відповідно до терміну вагітності.

- Працівникам охорони здоров'я необхідно належне забезпечення групових занять, в тому числі великі добре вентильовані кімнати або простір під навісом з достатньою кількістю сидячих місць. Повинна бути відокремлена зона для обстеження і забезпечення можливості для конфіденційної бесіди.

- Групова ДПД може займати більше часу, ніж індивідуальна, що може створювати практичні труднощі для деяких жінок з точки зору роботи і догляду за дітьми. Медичні працівники повинні запропонувати різні часові інтервали для групових занять (вранці, вдень, ввечері) і, крім цього, розглянути можливість для надання індивідуальної допомоги.

- ГРР зазначила, що групова ДПД може бути пов'язана з питаннями прийнятності та здійсненності в умовах, де відчутні відмінності роз'єднують людей.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти групової ДПД в порівнянні з індивідуальною (ДБ Таблиця Е.3)

Докази, що стосуються ефективності групової ДПД, отримані з Кокранівського огляду, що включав 4 дослідження за участю 2350 жінок¹⁷⁴. Два дослідження з США, використовували модель групової ДПД «Centering Pregnancy®», згідно з якою ДПД проводиться в групі з 8-12 вагітних з подібним терміном; протягом вагітності проводиться 8-10 занять, кожне триває 90-120 хвилин. Заняття включають самообстеження (наприклад, вимірювання артеріального тиску), групове навчання з полегшеною дискусією і час для спілкування, індивідуальні обстеження проводять в окремій / відгородженій ширмою зоні. Одне дослідження, проведене в Швеції, використовувало модель, подібну до американської, але оцінювало, головним чином, результати для працівників охорони здоров'я та надало для огляду нечисленні дані. Четверте дослідження, проведене в Ісламській Республіці Іран, було кластерним РКД, яке вивчало групову ДПД, схожу з моделлю «Centering Pregnancy®».

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що в порівнянні з індивідуальною, групова ДПД, ймовірно, не впливає на частоту пологів через природні родові шляхи (1 дослідження, 322 жінок; ВР 0,96, 95% ДІ 0,80-1,15). Однак докази з низьким рівнем достовірності вказують, що вона підвищує бальну оцінку задоволеності жінок (1 дослідження, 993 жінок; РС 4,9; 95% ДІ 3,10-6,70).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що групова ДПД, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту народження маловагих дітей (3 дослідження, 1935 новонароджених; ВР 0,92, 95% ДІ 0,68-1,23). Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що вона може мати незначний ефект або не впливає на перинатальну смертність (3 дослідження, 1943 новонароджених; ВР 0,63, 95% ДІ 0,32-1,25). Однак докази з низьким рівнем достовірності також вказують, що групова ДПД може знижувати частоту передчасних пологів (3 дослідження, 1888 жінок; ВР 0,75, 95% ДІ 0,57-1,00); ці дані не виключають можливість відсутності ефекту. Дані про ризик народження МГВ дітей мають дуже низький рівень достовірності.

Додаткові міркування

- Дані про ефективність групової ДПД в КНСД нечисленні. Однак дослідження здійсненості, проведене в Гані, вказує, що групова ДПД може покращувати досвід жінок і працівників охорони здоров'я, а також потенційно покращувати результати щодо здоров'я в країнах з низьким доходом завдяки підвищенню медичної грамотності і залученню вагітних у ДПД¹⁷⁹.

- Існує ймовірність, що групова ДПД може впливати на інші результати, що знаходяться за рамками рекомендацій з ДПД, наприклад, на початок грудного вигодовування та післяпологову контрацепцію, за рахунок поліпшення обміну інформацією та соціальної підтримки, пов'язаних з цими моделями здорової поведінки. Однак дані про ці потенційні ефекти обмежені¹⁸⁰.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.Е «Передумови».

Ресурси

Передбачається, що групова ДПД може бути пов'язана зі зниженням витрат на медичних працівників внаслідок підвищення продуктивності і продуктивності персоналу; так, працівникам охорони здоров'я не потрібно повторювати рекомендації кожній жінці

окремо, і менш ймовірно, що вони відчують себе перевантаженими довгими чергами жінок, які очікують обстеження^{181, 182}. Однак навчання медичних працівників з проведення групового консультивання і активної дискусії і контроль за ними теж пов'язані з витратами. Групова ДПД вимагає більше часу, ніж індивідуальна, отже, з точки зору вагітних можливі додаткові витрати, пов'язані з їх відсутністю на роботі. Однак у багатьох умовах тривале очікування вважається нормою, і групова ДПД з призначеним часом скоротить тривалість відвідування.

Справедливість

У порівнянні з більш освіченими жінками менш освічені, ймовірно, є менш грамотними в питаннях материнського здоров'я¹⁷⁹. Отже, такі заходи, як групова ДПД, спрямовані на розширення можливостей жінок в отриманні доступу до навчальних матеріалів, їх розумінні і використанні, можуть мати позитивну дію і зменшити нерівність щодо здоров'я за рахунок підвищення грамотності в питаннях материнського здоров'я серед жінок з неблагополучних груп населення. Крім того, у цих жінок часто відсутня соціальна підтримка, і групова ДПД може сприяти зменшенню нерівності шляхом сприяння розвитку взаємної підтримки. Проте, в деяких умовах, де відвідування в рамках групової ДПД займають більше часу, ніж звичайні, вони можуть мати більше фінансових наслідків для жінок з неблагополучних груп населення. Крім того, в умовах з поганою транспортною системою і нестійкою погодою система призначення зустрічей для групової ДПД може не підходити для жінок, які живуть у віддалених районах, і посилювати нерівність. Більш того, деяким жінкам з неблагополучних груп населення може бути важко розкривати особисту інформацію в групі, і вони можуть віддати перевагу більш конфіденційному підходу до ДПД.

Прийнятність

Якісні докази з декількох КВД вказують, що жінкам подобається груповий формат допомоги, і вони використовують його для встановлення і підтримки соціальних відносин з іншими вагітними і медичними працівниками (докази з високим рівнем достовірності)²². Гнучкість формату дозволяє жінкам обмінюватися між собою цінною інформацією і обговорювати проблеми, пов'язані з вагітністю, в невимушеній і неформальній обстановці (докази з високим рівнем достовірності). Більшість жінок цінують додатковий час, що витрачається при груповій ДПД (докази з високим рівнем достовірності), хоча деякі не відвідують групові заняття саме через додаткові витрати часу (докази із середнім рівнем достовірності). Деякі жінки відзначають недолік конфіденційності під час групових занять, особливо під час обстеження (докази з низьким рівнем достовірності). Ставлення до участі партнерів / чоловіків в заняттях різне (докази із середнім рівнем достовірності). Докази, отримані від працівників охорони здоров'я в КВД, вказують, що вони знаходять групові заняття приємними, які приносять задоволення, з більш ефективним використанням часу (докази із середнім рівнем достовірності)⁴⁵. Крім того, медичні працівники визначають груповий підхід як метод забезпечення безперервності допомоги (докази із середнім рівнем достовірності).

Здійснимість

Якісні дані, отримані в умовах високої забезпеченості ресурсами, вказують, що працівники охорони здоров'я розглядають компоненти сприяння в груповій ДПД як навичку, яка вимагає додаткових інвестицій з точки зору навчання і обов'язків медичного працівника (докази із середнім рівнем достовірності)⁴⁵. Деякі працівники охорони здоров'я вважають, що для проведення групових занять лікарні повинні бути краще обладнані, наприклад повинні мати просторі кімнати з достатньою кількістю сидячих місць (докази із середнім рівнем достовірності). Здійснимість групової ДПД в умовах обмежених ресурсів вимагає подальших досліджень, однак пілотні дослідження, проведені в Гані, Малаві і Об'єднаній Республіці Танзанії, вказують, що групова ДПД здійснена в цих умовах¹⁸¹. Звісно ж, що

групова ДПД може бути можливим способом поліпшення якості ДПД в умовах, коли невелику кількість працівників охорони здоров'я повинна відвідати відносно велика кількість жінок протягом обмеженого часу і встановити ефективну взаємодію з ними¹⁸². Інші автори вважають, що груповий підхід може стійко забезпечувати безперервність надання медичної допомоги¹⁸¹.

Е.4 Заходи на рівні громадськості, спрямовані на поліпшення комунікації і підтримки

Е.4.1 Спільні цикли навчання та дії для жіночих груп за участю координатора

Рекомендація Е.4.1. Для поліпшення здоров'я матерів та новонароджених, особливо в сільських районах з обмеженим доступом до медичної допомоги, рекомендується мобілізація громадськості за допомогою організації спільних циклів навчання та дії (СЦНД) для жіночих груп за участю координатора. Жіночі групи спільно беруть участь в заходах, надають жінкам можливість обговорити свої потреби під час вагітності, в тому числі перешкоди до отримання медичної допомоги, і сприяють підтримці вагітних. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментар робочої групи: в Україні СЦНД для жіночих груп за участю координатора відсутні.

Коментарі

- Ця рекомендація частково запозичена з «Рекомендацій ВООЗ з мобілізації громадськості для допомоги у організації циклів навчання і дії для жіночих груп за участю координаторів з питань здоров'я матерів і новонароджених» (2014 р.)¹⁸³.

- Шляхи впливу цього багатогранного, залежного від контексту заходу на материнські і неонатальні наслідки оцінити важко. Зустрічі з жінками для уточнення їх потреб і пошуку рішень відіграють визначну роль; важливими можуть бути і механізми, які належать до додаткових заходів, організованих на підставі рішень проблем, виявлених на зустрічах.

- Більш детальна інформація та інструкції, пов'язані з цією рекомендацією, в тому числі міркування щодо впровадження, представлені в публікації ВООЗ 2014 р., присвяченій спільним циклам навчання і дії для жіночих груп за участю координатора¹⁸³, яка доступна на сайті: <https://apps.who.int/>

Резюме доказів і міркувань

Ефекти мобілізації громадськості за допомогою СЦНД за участю координатора в порівнянні зі стандартною допомогою (ДБ Таблиця Е.4.1)

Докази, що стосуються заходів з мобілізації громадськості для цієї рекомендації були отримані з Кокранівського огляду заходів на рівні системи охорони здоров'я та спільнот, спрямованих на поліпшення охоплення ДПД і результатів щодо здоров'я¹⁷⁵. Дані для порівняння отримані з 7 кластерних РКД, проведених в 1999-2011 рр., за участю приблизно 116805 жінок. Дослідження проведені в Бангладеш (2), Індії (2), Малаві (2) і Непалі (1), шість з семи були проведені в сільських районах з обмеженими ресурсами¹⁸⁴⁻¹⁹⁰. Заходи склалися із залучення жінок (вагітних і невагітних) до участі в циклах СЦНД при посередництві навчених координаторів, спрямованих на виявлення, визначення пріоритетності та вирішення проблем, з якими стикаються жінки під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також на розширення прав і можливостей жінок звертатися за медичною допомогою і обирати стиль поведінки, що сприяє здоровій вагітності і правильному догляду за новонародженим¹⁹¹. Зустрічі зазвичай проводились щомісяця, з урахуванням місцевого контексту і умов визначалися пріоритетні заходи. Охоплення зустрічами жіночих груп у включених дослідженнях варіювало від однієї групи на кожні 309 осіб до однієї групи на

1414 осіб в популяції, частка вагітних серед відвідувачів зборів варіювала від 2 до 51%. П'ять з семи досліджень проведені на тлі контекстного зміцнення системи охорони здоров'я як на рівні втручання, так і на рівні контролю. У чотирьох дослідженнях воно включало навчання повитух та надання їм і закладам, що надають первинну медичну допомогу, базового обладнання. Використовувалися моделі випадкових ефектів, аналізи чутливості проведені при включенні тільки тих досліджень, в яких вагітні становили понад 30% від чисельності жіночих груп.

Материнські результати

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що жіночі групи, які спільно беруть участь в заходах (СЖГ) можуть знижувати материнську смертність (7 досліджень; ВР 0,78, 95% ДІ 0,60-1,03). Це підтверджено аналізом чутливості, що включав тільки ті дослідження, в яких жіночі групи включали більше 30% вагітних (4 дослідження; ВР 0,67, 95% ДІ 0,47-0,95).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що СЖГ можуть знижувати перинатальну смертність (6 досліджень; ВР 0,91, 95% ДІ 0,82-1,01). Це підтверджено аналізом чутливості, що включав тільки ті дослідження, в яких вагітні становили понад 30% від чисельності жіночих груп (4 дослідження; ВР 0,85, 95% ДІ 0,77-0,94).

Охоплення

Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що СЖГ можуть мати незначний ефект або не впливають на охоплення ДПД, яка складається з принаймні 4 візитів (3 дослідження; ВР 1,05, 95% ДІ 0,78-1,41), частоту пологів в медичних закладах (5 досліджень; ВР 1,04, 95% ДІ 0,89-1,22) і охоплення ДПД, яка включає принаймні 1 візит (6 досліджень; ВР 1,43, 95% ДІ 0,81-2,51). Однак результати аналізу чутливості, який включав тільки ті дослідження, в яких вагітні становили понад 30% від чисельності жіночих груп, показав, що СЖГ можуть підвищувати охоплення ДПД, яка включає принаймні 1 візит (3 дослідження; ВР 1,77, 95% ДІ 1,21-2,58).

Додаткові міркування

- Дані узгоджуються з результатами огляду СЖГ 2013¹⁹¹, де представлені докази низької якості, згідно з якими жіночі групи знижували материнську смертність (ВР 0,63, 95% ДІ 0,32-0,94), і докази середньої якості, згідно з якими жіночі групи знижували неонатальну смертність (ВР 0,77, 95% ДІ 0,65-0,90). Огляд надав доказову базу для рекомендації ВООЗ щодо СЖГ¹⁸³.

- Нижче представлена рекомендація ВООЗ щодо СЖГ. «Для поліпшення здоров'я матерів та новонароджених, особливо в сільських районах з обмеженим доступом до медичної допомоги, рекомендується мобілізація громадськості для допомоги у організації СЦНД за участю координаторів для жіночих груп (наполеглива рекомендація; докази середньої якості щодо неонатальної смертності та низької якості щодо материнської смертності та результатів звернення за медичною допомогою)»¹⁸³.

ГРР, яка розробила цю рекомендацію, вказала, що будь-який захід, розроблений для збільшення доступності медичної допомоги, має впроваджуватися разом зі стратегіями підвищення її якості. Вона також наголосила на необхідності подальших досліджень, щоб зрозуміти вплив мобілізації громадськості на результати звернення за медичною допомогою в різних умовах, і рекомендувала проведення ретельного моніторингу і оцінки для забезпечення високої якості впровадження, адаптованого до місцевих умов.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.Е «Передумови».

Ресурси, справедливість, прийнятність і здійсненність
Див. «Резюме доказів і міркувань» для рекомендації Е.4.2.

Е.4.2 Мобілізація громадськості та відвідування вагітних вдома

Рекомендація Е.4.2. Для підвищення використання ДПД та поліпшення перинатальних наслідків, особливо в сільських районах з обмеженим доступом до медичної допомоги, рекомендуються комплексні заходи, які включають мобілізацію сімей та громадськості, а також відвідування вагітних вдома. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- ГРР погодилася, з тим, що поки невідомо, наскільки ці заходи покращують спілкування і підтримку вагітних.

- Дані не свідчать на користь відвідування вагітних вдома непрофесійними працівниками охорони здоров'я як самостійного заходу, спрямованого на підвищення показників використання ДПД і поліпшення результатів. Хоча якість і ефективність спілкування під час відвідувань вдома невідомі, так само як те, наскільки вони сприяють підтримці жінок, відвідування вагітних вдома можуть бути корисними для забезпечення безперервності медичної допомоги під час вагітності, пологів та післяпологового періоду та пропаганди моделей здорової поведінки.

- Зацікавлені сторони повинні розуміти, що відвідування вагітних вдома непрофесійними працівниками охорони здоров'я не замінюють візити в рамках ДПД.

- Разом із заходами на рівні громадськості зацікавлені сторони повинні впроваджувати заходи зі зміцнення системи охорони здоров'я.

- Працівникам охорони здоров'я потрібно базове і безперервне навчання спілкуванню з жінками та їхніми партнерами. Для роботи з жіночими групами і мобілізації громадськості медичним працівникам необхідно навчання посередництвом в дискусії, проведенню громадських зібрань і іншим методам взаємодії.

- Інформацію жінкам і членам спільноти слід надавати, використовуючи доступні для них мову і формат; розробники програм повинні гарантувати, що працівники охорони здоров'я або посередники мають надійне постачання відповідних інформаційних матеріалів.

- Розробники програм повинні бути інформовані про можливості додаткових витрат, пов'язаних з відвідуваннями вдома та ініціативами з мобілізації громадськості, в тому числі про потенційну необхідність додаткового персоналу і витрат на відрядження.

- Розглядаючи відвідування вагітних вдома, роботу з жіночими групами, залучення партнерів або мобілізацію громадськості, розробники програм повинні гарантувати, що при впровадженні цих заходів поважатимуть потреби жінок у конфіденційності, їх вибір та незалежність при ухваленні рішень, а також – сприяння реалізації перерахованого. Пропонуючи вагітним ряд можливостей для контактів, спілкування і підтримки, слід враховувати їх індивідуальні переваги і обставини.

- Необхідні подальші дослідження прийнятності та здійсненності спілкування за участю представників різних статей, оптимальних методів мобілізації громадськості, кращих моделей інтеграції в системі охорони здоров'я, елементів сценарію відвідувань вдома і механізмів впливу цих заходів.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти комунікації та підтримки, наданих жінкам за допомогою мобілізації громадськості та відвідувань вдома під час вагітності в порівнянні зі стандартною допомогою (ДБ Таблиця Е.4.2)

Докази, які стосуються ефективності мобілізації громадськості та відвідувань вагітних вдома, отримані з Кокранівського огляду заходів на рівні системи охорони здоров'я і

спільнот, спрямованих на поліпшення охоплення ДПД і результатів щодо здоров'я¹⁷⁵. Дані про комплекс заходів щодо мобілізації громадськості і відвідувань вагітних вдома в порівнянні з відсутністю заходів отримані з чотирьох великих кластерних РКД, проведених в сільських районах Бангладеш, Індії і Пакистану¹⁹²⁻¹⁹⁵. У двох дослідженнях як в групі втручання, так і в контрольній групі проходили заходи зі зміцнення системи охорони здоров'я. Комплекс заходів був в цілому сфокусований на пропаганді санітарної освіти серед матерів, відвідування ДПД і звернення за медичною допомогою, вакцинації правцевим анатоксином, додаткового прийому препаратів заліза і фолієвої кислоти, готовності до пологів і догляду за новонародженим. Відвідування вдома проводилися навченими непрофесійними працівниками охорони здоров'я та включали, принаймні, два візити за вагітність. В двох дослідженнях було заплановано, що ці відвідування відбулися в терміни 12-16 і 32-34 тижні вагітності, в одному дослідженні обидва відвідування припадали на III триместр, в четвертому дослідженні терміни відвідувань не уточнювалися. Багаторівневі стратегії мобілізації громадськості включали пропаганду серед зацікавлених сторін (лідерів спільнот, вчителів та інших шанованих членів спільнот), повитух, чоловіків або партнерів, родин (чоловіків або партнерів, жінок та інших членів сім'ї). Два комплекси заходів включали групове навчання жінок, сконцентроване на основних теоретичних відомостях і практичних навичках, необхідних під час вагітності і для догляду за новонародженим, в тому числі на пропаганді ДПД і санітарної освіти з інших питань. Один комплекс заходів включав навчання чоловіків за допомогою буклетів і аудіокасет. Навчання повитух з розпізнавання частих акушерських та неонатальних невідкладних станів було частиною трьох комплексів заходів. В одному дослідженні в рамках пакету створені телекомунікаційні системи з транспортними зв'язками. В іншому дослідженні на додаток до пропагандистської роботи, відвідувань вдома і зборів жінок комітетам охорони здоров'я в спільнотах запропоновано створити транспортний фонд для невідкладної допомоги та використовувати для цього місцеві транспортні кошти.

Материнські результати

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що комплекси заходів з мобілізації громадськості і відвідуванням вагітних вдома, ймовірно, мають незначний ефект або не впливають на материнську смертність (2 дослідження; ВР 0,76, 95% ДІ 0,44-1,31).

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що комплекси заходів з мобілізації громадськості і відвідувань вагітних вдома, ймовірно, знижують перинатальну смертність (3 дослідження; ВР 0,65, 95% ДІ 0,48-0,88).

Охоплення

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що комплекси заходів з мобілізації громадськості і відвідувань вагітних вдома підвищують охоплення ДПД, що включає принаймні одне відвідування (4 дослідження; ВР 1,76, 95% ДІ 1,43-2,16). Однак докази із середнім рівнем достовірності вказують, що вони, ймовірно, мають незначний ефект або не впливають на охоплення ДПД, що включає принаймні чотири відвідування (1 дослідження; ВР 1,51, 95% ДІ 0,50-4,59), або частоту пологів в медичних закладах (3 дослідження; ВР 1,46, 95% ДІ 0,87-2,46).

Додаткові міркування

- ГРР розглянула також докази ефективності відвідувань вагітних вдома як самостійного заходу, але не сформулювала окрему рекомендацію з цього заходу в зв'язку з відсутністю доказів про переваги щодо результатів, на які направлені рекомендації з ДПД. Якщо коротко, докази із середнім / високим рівнем достовірності вказують, що відвідування вагітних вдома як самостійний захід мають незначний ефект або не впливають на

- охоплення ДПД, що включає принаймні чотири відвідування (4 дослідження; ВР 1,09, 95% ДІ 0,99-1,22), частоту пологів в медичних закладах (4 дослідження; ВР 1,08, 95% ДІ 0,87-1,35), перинатальну смертність (4 дослідження; ВР 0,91, 95% ДІ 0,79-1,05) і частоту передчасних пологів (1 дослідження; ВР 0,88, 95% ДІ 0,54-1,44) (див. Web-додаток).
- «Рекомендації ВООЗ з надання допомоги породіллі і новонародженому» (2013 р.) включають наступну рекомендацію. «Для надання допомоги породіллі і новонародженому рекомендуються відвідування вдома протягом першого тижня після пологів (наполеглива рекомендація, заснована на доказах високої якості для новонароджених та низької якості для матерів)». Ця рекомендація забезпечена приміткою: «Залежно від систем охорони здоров'я, що існують в різних умовах, відвідування вдома можуть здійснюватися акушерками, іншими кваліфікованими працівниками охорони здоров'я або добре навченими і працюючими під наглядом громадськими працівниками охорони здоров'я»¹⁹⁶.
 - Публікація ВООЗ 2011 р. «Профілактика ранньої вагітності і несприятливих репродуктивних результатів серед підлітків в країнах, що розвиваються» настійно рекомендує для результату «підвищення використання кваліфікованої допомоги під час вагітності, пологів та післяпологового періоду» наступне:
 - «Надавати всім вагітним підліткам і зацікавленим сторонам інформацію про важливість використання кваліфікованої ДПД».
 - «Надавати всім вагітним підліткам і зацікавленим сторонам інформацію про важливість використання кваліфікованої допомоги під час пологів».
 - «В рамках стратегії ДПД пропагувати вагітним підліткам готовність до пологів і невідкладних станів (в умовах сім'ї, спільноти і медичного закладу)»¹⁹⁷.
 - До заходів на рівні спільноти з поліпшення комунікації і підтримки жінок під час вагітності мають відношення кілька рекомендацій, включених в «Рекомендації ВООЗ про заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я матерів і новонароджених » (2015 р.)¹⁹⁸. Вони представлені у Вставці 3.

Вставка 3. Цікаві рекомендації з публікації «Рекомендації ВООЗ про заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я матерів та новонароджених» (2015 р.)

Рекомендація 1. Рекомендуються заходи щодо забезпечення готовності до пологів і ускладнень, щоб збільшити використання кваліфікованої допомоги під час пологів та своєчасне надання допомоги в медичних закладах з приводу акушерських ускладнень і ускладнень у новонароджених. (Нагальна рекомендація, докази дуже низької якості.)

Рекомендація 2. Рекомендуються заходи, спрямовані на залучення чоловіків під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, щоб сприяти і підтримувати жінок під час догляду за собою, догляду за жінками і новонародженими вдома, а також використання кваліфікованої допомоги жінкам і новонародженим під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. (Нагальна рекомендація, докази дуже низької якості.) Ці заходи рекомендуються за умови, що вони впроваджуються таким способом, який поважає і полегшує вибір жінок і їх самостійність в прийнятті рішень, а також підтримує жінок в турботі про себе і новонародженого. Для забезпечення цього рекомендуються ретельний моніторинг і оцінка впровадження.

Рекомендація 3 щодо заходів з пропаганди обізнаності про права людини, в тому числі в області сексуального і репродуктивного здоров'я та отримання якісної кваліфікованої медичної допомоги. Через нестачу наявних доказів рекомендуються додаткові дослідження. Принципово ГРР підтримує значимість програм МНН для інформування жінок про право на здоров'я і отримання якісної кваліфікованої медичної допомоги, а також розширення можливостей жінок в її отриманні.

Рекомендація 6 щодо партнерства з повитухами. Там, де повитухи залишаються основними особами, які надають допомогу в пологах, рекомендується діалог з повитухами, жінками,

сім'ями, спільнотами і працівниками охорони здоров'я, щоб визначити і погодити альтернативну роль повитух, визнаючи їх значимість в підтримці здоров'я жінок і новонароджених. (Нагальна рекомендація, докази дуже низької якості.)

Рекомендація 7. Як основний спосіб визначення характеристик культурно адаптованої, якісної медичної допомоги вагітним та породіллям, спрямованої на задоволення потреб жінок і новонароджених, рекомендується постійний діалог з громадами. Рекомендується використовувати механізми, які забезпечують значущу участь жінок в цьому процесі. (Нагальна рекомендація, докази дуже низької якості.)

Рекомендація 11. Для поліпшення якості медичної допомоги з точки зору жінок, спільнот і працівників охорони здоров'я рекомендується участь громадськості в процесі поліпшення якості медичної допомоги вагітним та породіллям. Спільноти повинні бути залучені до спільного визначення та оцінки якості. Рекомендується використовувати механізми, які забезпечують значущу участь жінок в цьому процесі. (Нагальна рекомендація, докази дуже низької якості.)

Рекомендація 12. Для поліпшення використання кваліфікованої допомоги жінкам і новонародженим під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, своєчасного надання допомоги в медичних закладах з приводу акушерських ускладнень і ускладнень у новонароджених та поліпшення здоров'я матерів і новонароджених рекомендується участь спільнот в плануванні, впровадженні та моніторингу програми. Рекомендується використовувати механізми, що забезпечують значущу участь жінок в цьому процесі. (Нагальна рекомендація, докази дуже низької якості.)

Джерело: ВООЗ, 2015¹⁹⁸.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.Е «Передумови».

Ресурси

У систематичному огляді рентабельності стратегій з підвищення використання і надання медичної допомоги матерям і новонародженим в країнах з низьким і низьким-середнім доходом повідомляється, що є досить сильні докази рентабельності СЦНД¹⁹⁹. За оцінками, витрати на порятунок життя для СЦНД як самостійного втручання склали 268 дол. США, для мобілізації громадськості з відвідуванням вагітних вдома і / або зміцненням системи охорони здоров'я – від 707 до 1489 дол. США на запобігання одній смерті. Однак вартість цих заходів важко оцінити, і вона залежить від контексту. Розрахунок вартості повинен враховувати час і навчання координаторів, а також спостереження за ними. Ці елементи вважаються ключем до якісного впровадження та успіху заходу.

Справедливість

Такі заходи, як СЦНД, мобілізація громадськості та відвідування вагітних вдома, є способами сприяння діалогу і роботі з неблагополучними групами населення, а також розширенню їх прав брати участь в заходах, спрямованих на зміцнення здоров'я та широкої суспільної підтримки. Зокрема, СЦНД в жіночих групах проводили у відокремлених районах, де відсутні інші механізми підтримки. Заходи із залучення партнерів / чоловіків і інших членів спільноти, спрямовані на підтримку жінок у здоровому виборі для них і їхніх дітей, можуть зменшити нерівність. Однак, залучаючи чоловіків, важливо враховувати переваги жінок, оскільки залучення партнерів / чоловіків може викликати несприятливі наслідки для жінок, які вважали б за краще обговорювати питання, пов'язані з вагітністю, і інші питання без участі свого партнера.

Прийнятність

Якісні докази вказують, що жінки в різних умовах охоче беруть участь в заходах, спрямованих на поліпшення комунікації та підтримки, за умови, що вони проводяться в

турботливій і поважній манері (докази з високим рівнем достовірності)²². Робота з жіночими групами, ймовірно, відповідає двом вимогам з ДПД з точки зору жінок: можливості отримувати і ділитися релевантною інформацією і можливості розвивати підтримувальні відносини з іншими жінками і працівниками охорони здоров'я (докази з високим рівнем достовірності). Дані, отримані від жінок і медичних працівників в КНСД, підкреслюють важливість активного залучення громадськості до розробки та надання інформаційних послуг, особливо в спільнотах, де традиційні вірування можуть відрізнятися від загальноприйнятих уявлень (докази із середнім рівнем достовірності). Якісні докази, отримані від медичних працівників, вказують, що вони готові надавати інформацію, пов'язану з вагітністю, і пропонувати психологічну / емоційну підтримку жінкам за умов наявності ресурсів (докази з високим рівнем достовірності) і координованого організованого надання допомоги з відповідною підтримкою з боку менеджерів (докази із середнім рівнем достовірності)⁴⁵.

Здійснимість

Якісні докази вказують, що там, де працівники охорони здоров'я залучені до посередництва в жіночих групах, їм може знадобитися додаткове навчання, що може бути бар'єром в деяких умовах обмежених ресурсів (докази з високим рівнем достовірності). Аналогічним чином додаткові витрати, пов'язані з відвідуванням вдома, як з точки зору додаткового персоналу, так і додаткових ресурсів, можуть обмежувати впровадження в деяких КНСД (докази з високим рівнем достовірності)⁴⁵. Передбачається, що впровадження заходів на рівні спільноти через працівників державних та місцевих систем охорони здоров'я може бути більш здійсненним і з більшою ймовірністю буде успішним, ніж заходи в рамках проєктів²⁰⁰.

Е.5 Перерозподіл обов'язків в рамках допологової допомоги

Рекомендація Е.5.1. Рекомендується перерозподіл обов'язків з пропаганди моделей поведінки, пов'язаних зі здоров'ям матері і дитини^a, на користь широкого кола медичних працівників, включаючи непрофесійних працівників охорони здоров'я, молодших медичних сестер, медичних сестер, акушерок і лікарів. (Рекомендовано)

Рекомендація Е.5.2. Рекомендується делегування обов'язків з розподілу рекомендованих харчових добавок і періодичної профілактики малярії під час вагітності широкому колу медичних працівників, включаючи молодших медичних сестер, медичних сестер, акушерок і лікарів. (Рекомендовано)

Примітка:

^a У тому числі пропаганда наступного: моделей поведінки, пов'язаних зі зверненням за медичною допомогою і використанням ДПД, готовності до пологів і ускладнень, сну під обробленими інсектицидами сітками проти москітів, кваліфікованої допомоги під час пологів, супроводу під час пологів, консультування з питань харчування, прийому харчових добавок, обстеження для виключення ВІЛ-інфекції під час вагітності, виключно грудного вигодовування, післяпологового догляду та планування сім'ї, імунізації згідно з національними рекомендаціями.

Коментарі

- Рекомендації Е.5.1 і Е.5.2 адаптовані і запозичені з публікації «Оптимізація ролі медичних працівників з метою поліпшення доступу до ключових заходів в охороні здоров'я матерів і новонароджених за допомогою перерозподілу обов'язків (OptimizeMNH)» (2012 р.)²⁰¹.

- ГРР зазначила, що в той час як перерозподіл обов'язків має важливе значення, забезпечуючи гнучкість надання медичної допомоги в умовах обмежених ресурсів, особи,

відповідальні за розробку політики, повинні працювати в напрямку надання БДА всім жінкам.

- Слід визнати і інтегрувати в систему непрофесійних працівників охорони здоров'я, вони не повинні працювати поодино, тобто перерозподіл обов'язків має відбуватися в рамках командного підходу.

- Повинні бути уточнені повноваження медичних працівників, які є учасниками програми перерозподілу обов'язків.

- У Рекомендаціях з обстеження на наявність ВІЛ інфекції⁹⁸ ВООЗ рекомендує, що непрофесійні працівники охорони здоров'я, які навчені і працюють під контролем, можуть самостійно проводити безпечне та ефективне обстеження за допомогою експрес-методів (див. рекомендацію В.1.8).

- ГРР зазначила, що можливий перерозподіл обов'язків з виконання УЗД під час вагітності акушеркам за наявності відповідного навчання, забезпечення персоналом, наставництва та системи направлення на консультацію.

- Необхідні подальші дослідження механізмів дії БДА та можливості перерозподілу обов'язків з надання безперервної допомоги.

- Додаткова інформація щодо цієї рекомендації представлена в публікації «OptimizeMNH»²⁰¹, яка доступна на сайті: <https://apps.who.int/>

Е.6 Набір і збереження кадрів в сільських і віддалених районах

Рекомендація Е.6. Особам, відповідальним за розробку політики, слід розробити заходи освітньої, нормативної, фінансової, особистої і професійної підтримки медичних працівників, щоб забезпечити набір і збереження кваліфікованих кадрів охорони здоров'я в сільських і віддалених районах. (Рекомендовано при певних умовах)

Коментарі

- Рекомендація Е.6 адаптована і запозичена для Керівництва з ДПД із публікації ВООЗ «Підвищення доступності працівників охорони здоров'я у віддалених і сільських районах за допомогою збереження кадрів: рекомендації з глобальної стратегії» (2010 р.)²⁰².

- Наполегливі рекомендації (в скороченому вигляді) з набору і збереження персоналу із вказаної вище публікації включають наступне.

- У програмах навчання з різних медичних дисциплін використовувати політику цільового прийому студентів з сільських районів і / або створювати медичні школи за межами великих міст.

- Переглянути програми основної і післядипломної освіти та включити заняття з особливостей надання медичної допомоги та клінічної ротації в сільських районах з метою підвищення компетентності медичних працівників, які працюють в сільських районах.

- Поліпшити житлові умови працівників охорони здоров'я та їх сімей, інвестувати в інфраструктуру і комунікації (водопровід і каналізацію, електропостачання, телекомунікації, школи).

- Забезпечити гарне і безпечне робоче середовище, в тому числі відповідне обладнання і постачання, допоміжне спостереження і наявність наставника.

- Визначити та провести відповідні пропагандистські заходи з метою сприяння співпраці між працівниками охорони здоров'я з районів, краще і гірше укомплектованих кадрами, і при можливості використовувати телемедицину для надання додаткової підтримки.

- Розробляти і підтримувати програми кар'єрного розвитку і надавати більш високі пости в сільських районах, з тим щоб по мірі накопичення досвіду, отримання освіти та професійної підготовки медичні працівники могли рухатися вгору по кар'єрних сходах, не залишаючи сільських районів.

- Підтримувати розвиток професійних мереж, професійних товариств працівників охорони здоров'я, які працюють в сільських районах, спеціальних медичних журналів, щоб

покращувати моральний стан, підвищувати статус сільських медичних працівників і зменшувати почуття професійної ізоляції.

- Впроваджувати заходи суспільного визнання, такі, як сільські дні здоров'я, присудження нагород і звань сільським працівникам охорони здоров'я, на місцевому, національному та міжнародному рівнях для підвищення професійного статусу працюючих в сільських районах.

- Умовні освітні, нормативні та фінансові рекомендації можна знайти у Рекомендаціях з глобальної стратегії ВООЗ²⁰², які доступні на сайті: <https://apps.who.int/>

Е.7 Графік візитів в рамках допологової допомоги

Рекомендація Е.7. Для зниження перинатальної смертності і формування у жінок позитивного досвіду отримання допомоги рекомендується застосовувати моделі ДПД, які передбачають не менше восьми візитів вагітної до медичних працівників. (Рекомендовано)

Коментарі

- ГРР підкреслює, що модель сфокусованої ДПД, яка складається з чотирьох відвідувань, не надає жінкам повноцінного спілкування з працівниками охорони здоров'я та більше не рекомендується. У моделі сфокусованої ДПД перше відвідування відбувалося до 12-го тижня вагітності, друге – приблизно на 26-му тижні, третє – приблизно на 32-му і четверте – між 36 і 38-м тижнями вагітності. Потім жінкам рекомендувалося відвідати медичного працівника на 41-му тижні або раніше при появі тривожних ознак. Кожне відвідування в рамках ДПД переслідує певну мету, спрямовану на поліпшення діагностики і своєчасне направлення на консультацію при вагітності високого ризику, і включає навчання¹². Однак сучасні дані демонструють, що модель сфокусованої ДПД, яка розроблена в 1990-і рр., ймовірно, пов'язана з більш високою перинатальною смертністю, ніж моделі, що включають, принаймні, вісім відвідувань. Крім того, дані вказують, що незалежно від ресурсів більша кількість відвідувань в рамках ДПД, ймовірно, пов'язана з більшою задоволеністю жінок.

- ГРР вважає за краще вживати слово «контакт», а не «відвідування», оскільки контакт має на увазі активну взаємодію вагітної і працівника охорони здоров'я, яку не відображає слово «відвідування». З точки зору впровадження цієї рекомендації термін «контакт» може бути адаптований до місцевих умов за допомогою програм звернення до громадськості та залучення непрофесійних працівників охорони здоров'я.

- На рішення про кількість візитів впливає також наступне:

- докази підвищення безпеки вагітності при збільшенні частоти обстежень вагітної і плода, спрямованих на виявлення відхилень;

- докази поліпшення взаємодії з системою охорони здоров'я і підтримки жінок і їх сімей під час вагітності;

- докази з досліджень, проведених у КВД, що вказують на відсутність істотних відмінностей в материнських і перинатальних наслідках між моделями ДПД, що включають, принаймні, вісім візитів, і моделями, що включають більшу кількість (11-15) візитів²⁰³;

- докази, що вказують на велику ймовірність отримання позитивного досвіду вагітності при збільшенні числа візитів вагітних до працівників охорони здоров'я, які обізнані, надають підтримку і проявляють повагу.

Резюме доказів і міркувань

Ефекти моделі сфокусованої ДПД (з 4 відвідуваннями) в порівнянні зі «стандартною» ДПД (з принаймні 8 запланованими відвідуваннями) (ДБ Таблиця Е.7)

Дані про ефективність сфокусованої ДПД (модель ДПД, що складається з чотирьох відвідувань) отримані з Кокранівського огляду семи РКД, присвяченого порівнянню моделей ДПД «зі зменшеною кількістю відвідувань» і моделей «стандартної» допомоги (що

включали, принаймні, 8 запланованих відвідувань). Чотири РКД проведені в КВД (Сполучене Королівство і США) і три великих кластерних РКД – в КНСД: одне було проведено в Аргентині, на Кубі, в Саудівській Аравії і Таїланді²⁰⁴ і два – в Зімбабве. Дослідження в КНСД оцінювали модель сфокусованої ДПД в порівнянні з моделями «стандартної» ДПД, в яких було заплановано, принаймні, 8 відвідувань¹². В аналіз включені дані трьох кластерних РКД за участю більше 50000 жінок. Медіана числа відвідувань в групах, де використовували сфокусовану ДПД, в цих дослідженнях варіювала від 4 до 5, а в групах, де застосовували стандартну ДПД, – від 4 до 8.

Материнські результати

Докази з високим рівнем достовірності демонструють, що сфокусована ДПД має незначний ефект або не впливає на частоту кесарева розтину (1 дослідження 24526 жінок; ВР 1,00, 95% ДІ 0,89-1,11); докази з низьким рівнем достовірності вказують, що вона має незначний ефект або не впливає на материнську смертність (3 дослідження, 51504 жінки; ВР 1,13, 95% ДІ 0,5-2,57). Що стосується задоволеності жінок, результати представлені в огляді описово, тому що дані були нечисленними. В опитуванні, проведеному в підгрупі жінок, які брали участь в дослідженні ВООЗ, вони рідше були задоволені частотою відвідувань в рамках моделі сфокусованої ДПД, ніж частотою відвідувань в рамках стандартної моделі (77,4% порівняно з 87,2%). Жінки, яким надавали допомогу в рамках моделі сфокусованої ДПД, з меншою ймовірністю були задоволені інтервалами між відвідуваннями (72,7% порівняно з 81%). Ці докази не були класифіковані в зв'язку з нечисленністю даних.

Наслідки для плода та новонародженого

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що сфокусована ДПД, ймовірно, підвищує перинатальну смертність в порівнянні зі «стандартною» ДПД з великою кількістю відвідувань (3 дослідження; ВР 1,15, 95% ДІ 1,01-1,32). Розрахований на підставі цього ВР впливу на перинатальну смертність представлено у Вставці 4.

Вставка 4. Вплив сфокусованої ДПД на перинатальну смертність

Передбачувана перинатальна смертність («стандартна» ДПД)	Показова перинатальна смертність (сфокусована ДПД) ^a	Абсолютний приріст випадків перинатальної смертності
10 смертей на 1000 пологів	12 смертей на 1000 пологів (10-13 смертей)	2 смерті на 1000 пологів (0-3 смерті)
25 смертей на 1000 пологів	29 смертей на 1000 пологів (25-33 смерті)	4 смерті на 1000 пологів (0-8 смертей)
50 смертей на 1000 пологів	58 смертей на 1000 пологів (50-66 смертей)	8 смертей на 1000 пологів (0-16 смертей)

Примітка: ^a На підставі ВР 1,15, 95% ДІ 1,01-1,32.

Докази із середнім рівнем достовірності вказують, що сфокусована ДПД, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту передчасних пологів (3 дослідження; ВР 0,99, 95% ДІ 0,91-1,08) і народження маловагих дітей (3 дослідження; ВР 1,04, 95% ДІ 0,97-1,12) порівняно зі «стандартною» ДПД. Крім того, докази з низьким рівнем достовірності вказують, що сфокусована ДПД, ймовірно, має незначний ефект або не впливає на частоту народження МГВ дітей (3 дослідження; ВР 1,01, 95% ДІ 0,88-1,17).

Додаткові міркування

- ГРР зазначила, що автори огляду вивчили причини впливу на перинатальну смертність, і цей ефект зберігався при проведенні різних аналізів.
- У 2012 р. ВООЗ зробила додатковий аналіз даних щодо перинатальної смертності з дослідження сфокусованої ДПД ВООЗ²⁰⁵. Цей аналіз, в який включені дані про 18365

вагітностей низького і 6160 вагітностей високого ризику, виявив підвищення загального ризику перинатальної смертності між 32 і 36-м тижнями вагітності при використанні сфокусованої ДПД в порівнянні з «стандартною» ДПД серед вагітностей як низького, так і високого ризику.

- Наскільки ефективно в цих дослідженнях впроваджувалася філософія сфокусованої ДПД, яка полягає в підвищенні якості медичної допомоги під час кожного відвідування, неясно. Однак якщо знехтувати цим елементом, погано виконувана модель сфокусованої ДПД представляє собою просте зменшення числа контактів з працівниками охорони здоров'я, обмеження можливостей для виявлення факторів ризику і ускладнень, а також вирішення проблем жінок.
- Експерти ГРР розглянули неопубліковані дані дворічного аудиту перинатальної смертності в провінції Мпумаланга (Південна Африка), в якій впроваджувалася модель сфокусованої ДПД²⁰⁶. Аудит з вересня 2013 р. по серпень 2015 р. включав дані про 149308 новонароджених вагою понад 1000 г, серед яких відзначено 3893 випадки перинатальної загибелі (перинатальна смертність 24,8 на 1000 пологів). Ризик мертвородження проаналізовано залежно від гестаційного віку, і відзначено три його піки: на терміні близько 31, 37 і 40 тижнів і більше. Коли ці дані порівняли з даними про частоту мертвородження з іншої провінції Південної Африки, в якій використовували модель ДПД, яка передбачає відвідування кожні два тижні після 28-го тижня вагітності, остання продемонструвала поступове збільшення загального мертвородження після 28-го тижня і одиночний (але нижчий) пік на терміні 40 тижнів і більше, тобто додаткові піки на 30 і 37-му тижнях були відсутні. Ці дані узгоджуються з результатами додаткового аналізу результатів дослідження ВООЗ і вказують, що додаткові відвідування в III триместрі вагітності можуть попереджати мертвородження.
- ГРР розглянула також докази з Кокранівського огляду ефективності моделей ДПД зі зниженою кількістю відвідувань (що включають, принаймні, 8 відвідувань) в порівнянні з моделями «стандартної» ДПД, що включає 11-15 відвідувань, отримані в чотирьох РКД з КВД²⁰³. Докази з низьким рівнем достовірності вказують, що застосування моделі зі зниженою кількістю відвідувань (принаймні, 8) може бути пов'язано зі збільшенням частоти передчасних пологів (3 дослідження; ВР 1,24, 1,01-1,52), інших істотних впливів на результати щодо здоров'я відзначено не було. В цілому, однак, докази з цих окремих досліджень також вказують, що застосування моделей зі зниженою кількістю відвідувань може бути пов'язане з більш низькою задоволеністю жінок.
- ГРР розглянула неопубліковані докази з 4 досліджень, проведених в окремих країнах (Аргентина, Кенія, Об'єднана Республіка Танзанія і Таїланд), в яких впроваджувалася модель сфокусованої ДПД²⁰⁷. Відзначено, що в деяких умовах, таких, як нестача обладнання, недолік постачання і персоналу, дотримання рекомендацій медичними працівниками було проблематичним. Відзначено, що особливо важким було об'єднання окремих видів медичної допомоги, особливо в умовах високої поширеності ендемічних інфекцій (наприклад, малярії, ТБ, ПСШ, гельмінтозів). Відзначено, що рекомендації з впровадження моделі сфокусованої ДПД в цих умовах неадекватні, так само як і кількість часу, виділеного в рамках моделі з 4-х відвідувань для надання комплексної допомоги.
- Дані про дотримання рекомендацій працівниками охорони здоров'я, отримані в цих дослідженнях, узгоджуються з опублікованими даними з сільських районів Буркіна-Фасо, Об'єднаної Республіки Танзанії і Уганди²⁰⁸. Виявлено, що медичні працівники вибірково виключали деякі методики, пов'язані з моделлю сфокусованої ДПД, в тому числі вимірювання артеріального тиску і надання інформації про загрозливі ознаки, і витрачали менше 15 хвилин на прийом в рамках ДПД. Такі повідомлення вказують, що вмістити всі компоненти моделі сфокусованої ДПД в 4 відвідування в умовах обмежених ресурсів, де система охорони здоров'я перевантажена, важко. Крім того, в умовах обмежених ресурсів, коли метою є чотири відвідування в рамках ДПД, через різні бар'єри на шляху її застосування в дійсності виявляється можливим істотно менше чотирьох відвідувань.

- Програмні докази, отримані при дослідженнях в Гані і Кенії, вказують на подібні рівні задоволеності при застосуванні сфокусованої і стандартної ДПД; джерелами незадоволеності при застосуванні обох моделей є тривале очікування і витрати, пов'язані з отриманням медичної допомоги^{209, 210}.
- Емоціональні і психологічні потреби різні, а потреби незахищених груп населення (в тому числі дівчат-підлітків, переміщених осіб, які проживають в зонах збройних конфліктів, жінок з обмеженими можливостями або психічними розладами, ВІЛ-інфікованих, працівників секс-індустрії, представників етнічних і расових меншин та ін.) можуть бути більшими. Отже, кількість і зміст відвідувань має бути адаптованим до місцевих умов і індивідуальних особливостей жінки.

Цінності

Див. «Цінності жінок» в розділі 3.Е «Передумови».

Ресурси

Два дослідження оцінювали вартість двох моделей ДПД зі скороченою кількістю відвідувань: одне – в Сполученому Королівстві, інше – в двох КНСД (на Кубі і в Таїланді). І в тих, і в інших умовах вартість ДПД в перерахунку на одну вагітність як для жінок, так і для працівників охорони здоров'я була нижчою при застосуванні моделей зі скороченою кількістю відвідувань. Час, витрачений на отримання медичної допомоги, також був значно меншим при використанні моделей зі скороченою кількістю відвідувань. У дослідженні, проведеному в Сполученому Королівстві, відзначено підвищення вартості, пов'язаної з перебуванням у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, при використанні такої моделі.

Справедливість

Запобіжна материнська і перинатальна смертність є вищою серед неблагополучних груп населення, у яких підвищений ризик різних проблем зі здоров'ям, таких, як дефіцит харчування і інфекції, що призводять жінок до несприятливих наслідків вагітності. Це передбачає, що більша кількість і більш висока якість контактів вагітних з працівниками охорони здоров'я в КНСД можуть зменшити нерівність щодо здоров'я.

Прийнятність

Докази з країн з високим, середнім і низьким рівнем забезпеченості ресурсами вказують, що жінкам не подобається скорочена кількість відвідувань, і вони вважали за краще мати більше контактів в рамках ДПД (докази із середнім рівнем достовірності)²². Жінки цінують можливість будувати під час вагітності взаємини, повні підтримки (докази з високим рівнем достовірності), і для деяких жінок, особливо в умовах КНСД, скорочена кількість відвідувань може обмежувати їх можливість розвивати ці взаємини як з працівниками охорони здоров'я, так і з іншими вагітними (докази з низьким рівнем достовірності). У деяких умовах обмежених ресурсів, де жінки покладаються на своїх чоловіків або партнерів, що надають фінансову підтримку при ДПД, скорочена кількість відвідувань обмежує їх можливості отримувати додаткові кошти (докази з низьким рівнем достовірності). Однак деякі жінки в умовах КНСД можуть позитивно оцінювати скорочену кількість відвідувань через потенційну економію, наприклад зменшення втрат сімейного доходу в результаті додаткових відвідувань лікарні і / або пов'язаних з ними транспортних витрат (докази з низьким рівнем достовірності). Непрямі докази також вказують, що жінки з набагато більшою ймовірністю звертаються за ДПД, якщо вона надається обізнаними доброзичливими медичними працівниками, у яких є час і ресурси надавати справжню допомогу, орієнтовану на жінок, незалежно від кількості відвідувань (докази з високим рівнем достовірності). Спеціальні дані, отримані від працівників охорони здоров'я, щодо скороченої кількості відвідувань або впровадження сфокусованої ДПД нечисленні, і в деяких

КНСД висувають на перший план проблеми наявності обладнання та ресурсів, нестачі персоналу і недостатньої підготовки – проблеми, які мають відношення до всіх моделей ДПД в країнах з обмеженими ресурсами.

Здійснимість

Якісні дані вказують, що деякі медичні працівники вважають, що скорочена кількість відвідувань дозволяє більш ефективно використовувати час персоналу і з меншою ймовірністю виснажує обмежене постачання обладнання та лікарських засобів (докази із середнім рівнем достовірності)⁴⁵. Звіти програм з Гани і Кенії підкреслюють, що не відповідні вимогам обладнання, постачання, інфраструктура і навчання можуть перешкоджати впровадженню^{209, 210}. Працівники охорони здоров'я також висловлювали стурбованість з приводу труднощів включення всіх компонентів сфокусованої ДПД у відносно нетривалі відвідування, особливо в КНСД (Буркіна-Фасо, Об'єднана Республіка Танзанія і Уганда), де система охорони здоров'я вже перевантажена^{208, 211}.

Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Australian Government Department of Health, 2020.

8.2.1. Час початку ДПД

Настанова NICE рекомендує, щоб перший допологовий візит відбувся до 10 тижнів вагітності через значний обсяг інформації, необхідної на ранніх термінах вагітності. Це також дозволяє організувати обстеження, які є найбільш ефективними на ранніх термінах вагітності (наприклад, оцінка гестаційного віку, тестування на хромосомні аномалії).

8.3. Обговорення графіку допологових візитів із жінками

Перший або інший ранній контакт з жінкою дає можливість оцінити кількість візитів, необхідних для її вагітності. Міркування включають:

- будь-які стани, які можуть вплинути на вагітність або здоров'я жінки, її соціальне та емоційне благополуччя,
- це перша чи повторна вагітність,
- уподобання жінки щодо надання ДПД.

Цей візит слід використовувати для надання жінкам значної частини інформації, яка їм потрібна на ранніх термінах вагітності. Це включає пояснення, а також письмову або іншу форму інформації про різні види доступної ДПД та про те, що передбачає кожен варіант.

Інформація щодо кожного варіанту допомоги повинна включати наступне:

- хто буде здійснювати ДПД та як буде надаватися медична допомога вагітній (індивідуально чи у групі),
- ймовірна кількість, тривалість та зміст допологових візитів,
- місце розродження,
- післяпологовий догляд та підтримка.

8.4. Зміст першого допологового візиту

Перший контакт з жінкою в допологовому періоді може відбутися під час її звернення за первинною медичною допомогою для підтвердження вагітності. На цьому етапі жінкам або починають ДПД, або їх скеровують до надавача допомоги або акушерського закладу охорони здоров'я, наприклад місцева лікарня, акушерка, лікар акушер-гінеколог, терапевт.

Перший допологовий контакт повинен бути довшим, ніж більшість подальших візитів через великий обсяг інформації, яку необхідно обговорити на ранніх термінах вагітності. Якщо часу на першому допологовому візиті недостатньо, можна призначити додатковий контакт, який охоплює заходи першого візиту, або заходи можуть бути включені до медичної допомоги протягом прогресування вагітності.

Жінок слід бачити наодинці принаймні один раз під час вагітності, особливо під час першого допологового візиту, оскільки присутність партнера може бути перешкодою для розкриття інформації щодо насильства в сім'ї чи інших аспектів особистого анамнезу жінки.

Необхідність обговорення багатьох опитувань та досліджень, які пропонуються жінкам у I триместрі, збільшує тривалість першого візиту. Важливо пояснити, що жодне з опитувань та досліджень не є примусовим, і що жінки мають право приймати свої особисті інформовані рішення.

Додатковий час може знадобитися для першого допологового візиту для жінок, які мають:

- **обмежений досвід співпраці з медичними працівниками або погане розуміння процесів у закладах охорони здоров'я**, потрібно чітко пояснення щодо антенатальних візитів, необхідності обстежень, а також інструментальних досліджень;

- **порушення слуху**: для полегшення спілкування слід використовувати сурдопереклад (мова жестів);

- **попередній досвід, який впливає на рівень довіри до органів влади або медичних працівників**: для створення необхідної впевненості та довіри можуть знадобитися пояснення пропонуваної допомоги та співпраця з іншими службами;

- **психосоціальні обставини**, які можуть означати, що жінка потребує більш інтенсивної психосоціальної підтримки (наприклад, підлітки або вразливі жінки);

- **інші стани**, які зазвичай потребують додаткової медичної допомоги.

8.4.1. Зміст першого допологового візиту

Допомога, орієнтована на вагітну

- Розпитайте про думки та погляди жінки.
- Задавайте відкриті питання, надайте їй можливість обговорити проблеми та задати питання.

- Запропонуйте усну інформацію, підтверджену письмовою або іншою відповідною формою (про такі теми, як дієта та спосіб життя, доступність ДПД, допомога під час вагітності та пологів, обстеження, грудне вигодовування).

- Обговоріть участь партнера/сім'ї жінки в ДПД, використовуючи гендерно нейтральну мову.

- Надайте емоційну підтримку та проявіть емпатію.

- Обговоріть будь-які витрати жінки, які можуть бути пов'язані з ДПД.

Уточнення анамнезу

- Поточна вагітність (запланована, незапланована, жінка бажає пролонгувати або перервати вагітність).

- Медичний анамнез (перенесені хвороби, вживані ліки, сімейний анамнез (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, генетичні захворювання), цитологічний скринінг шийки матки, вакцинація, операції на молочній залозі).

- Акушерський анамнез (попередні вагітності та пологи).

- Досвід грудного вигодовування.

- Харчування та фізична активність.

- Куріння, зловживання алкоголем та іншими речовинами.

- Очікування, участь партнера/сім'ї, культурні та духовні питання, проблеми, знання щодо вагітності та пологів, грудного вигодовування і варіантів вигодовування немовлят.

- Фактори, які можуть вплинути на вагітність або пологи (наприклад, оперативні втручання на жіночих статевих органах).

- Психосоціальні фактори, які впливають на емоційне здоров'я та благополуччя жінки.

- Групи підтримки жінки та її інформаційні потреби.

Клінічна оцінка:

- Обговорення способу зачаття та дати останньої менструації, скерування на перше УЗД для оцінки гестаційного віку (у терміні 8-14 тижнів).

- Вимірювання зросту та ваги, обчислення ІМТ, слід надати поради щодо відповідної прибавки ваги.
- Вимірювання артеріального тиску.
- Проведення тесту на протеїнурію.
- Аускультация серцебиття плода з 12 тижнів вагітності за допомогою фетального доплера та з 28 тижнів вагітності стетоскопом Пінарда або фетальним доплером.
- Оцінка факторів ризику прееклампсії, жінкам групи ризику слід повідомити, що низькі дози ацетилсаліцилової кислоти з ранніх термінів вагітності можуть бути корисними для профілактики прееклампсії.
- Оцінка факторів ризику передчасних пологів та надання відповідних рекомендацій з факторів ризику і захисних факторів.
- Заповнення Единбурзької шкали післяпологової депресії під час цього візиту або пізніше під час вагітності.
- Запитання про психосоціальні фактори, які впливають на психічне здоров'я.

27.2.2. Інші аспекти скринінгу депресії

Рекомендація заснована на консенсусі XXVIII

Для жінки з позитивним результатом з питання 10 Единбурзької шкали післяпологової депресії слід провести або організувати негайну подальшу оцінку і, в разі виявлення суїцидальних думок, вжити термінових заходів відповідно до місцевого протоколу.

Схвалено Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в жовтні 2017 року; термін дії закінчується в жовтні 2022 року.

Оцінка стану здоров'я вагітної

- Встановити групу крові, резус-фактор та наявність антитіл, загальний аналіз крові і кількість гемоглобіну, розглянути можливість визначення рівня феритину в районах з високою поширеністю залізодефіцитної анемії.
- Оцінити фактори ризику цукрового діабету, запропонувати обстеження жінкам з виявленими факторами ризику.
- Рекомендувати обстеження на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, сифіліс та безсимптомну бактеріюрію, встановити імунний статус щодо червонички.
- Запропонувати обстеження на гонорею жінкам з групи ризику.
- Запропонувати обстеження на хламідіоз жінкам молодше 25 років.
- У регіонах з високою поширеністю ППСШ розглянути можливість проведення обстеження на хламідіоз та гонорею всім вагітним.
- Запропонувати обстеження на трихомоніаз жінкам, які мають симптоми.
- Запропонувати тестування на цитомегаловірус жінкам, які часто контактують з великою кількістю маленьких дітей.

44.3.3. Ризики і переваги обстеження вагітної

Рекомендація заснована на консенсусі LIII

Запропонувати тестування на цитомегаловірус жінкам, які часто контактують з великою кількістю маленьких дітей (наприклад, працівникам дитячих закладів), з використанням серологічного дослідження (тільки IgG до цитомегаловірусу).

Схвалено Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в квітні 2019 року; термін дії закінчується в квітні 2024 року

Рекомендація заснована на консенсусі LIV

Запропонувати тестування на цитомегаловірус вагітним, якщо у них є симптоми, які вказують на цитомегаловірус і не пов'язані з іншою специфічною інфекцією, або якщо результати візуалізації вказують на інфікування плода.

Схвалені Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в квітні 2019 року; термін дії закінчується в квітні 2024 року

- Запропонувати обстеження функції щитовидної залози жінкам з симптомами або високим ризиком дисфункції щитовидної залози.
- Запропонувати дослідження на дефіцит вітаміну D лише за наявності відповідних показань.
- Запропонувати тестування на хромосомні аномалії.
- Запропонувати скринінг шийки матки жінкам, яким не проводили скринінг протягом рекомендованого періоду.
- Консультувати жінок щодо заходів профілактики токсоплазмозу та цитомегаловірусної інфекції.

44.2. Обговорення зниження ризику цитомегаловірусної інфекції

Рекомендація заснована на консенсусі LII

Проконсультувати всіх вагітних про заходи гігієни, які допомагають знизити ризик цитомегаловірусної інфекції, включаючи уникнення контакту зі слиною чи сечею дитини і миття рук після такого контакту.

Схвалено Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в квітні 2019 року; термін дії закінчується в квітні 2024 року

Висновки

- Очікувана дата пологів/термін вагітності.
- Фактори ризику: фізичні, соціальні, емоційні.
- Необхідність скерування жінки до інших спеціалістів.
- Обсяг подальшого обстеження/лікування/профілактики.

Подальші дії:

- Консультування з варіантів ДПД та місця розродження.
- Направлення вагітної до інших спеціалістів за показаннями.
- Додаткові обстеження за показаннями.
- Загальні рекомендації (також для партнера/сім'ї): симптоми вагітності, дієтичні добавки, куріння, харчування, алкоголь, фізична активність, споживання психоактивних речовин, відвідування стоматолога.
- За потреби обговорення питання про консультування і переривання вагітності (згідно чинного законодавства).
- Профілактичні втручання: фолієва кислота, йод, інші за потребою (наприклад, препарати заліза).
- Вакцинація, включаючи грип та кашлюк¹¹.

Коментар робочої групи:

Прийом йоду.

Пацієнтка слід питати про використання ними йодованої солі і інформувати про важливість адекватного споживання йоду для забезпечення оптимальної функції щитовидної залози як до, так і під час вагітності^{13, 15}.

Вагітних жінок слід заохочувати до регулярного вживання йодованої солі (що містить 95 мкг йоду на чверть чайної ложки), а також розглянути можливість прийому препаратів йоду^{2, 13, 15}.

Для всіх вагітних і жінок, які годують груддю, можна розглянути можливість щоденного перорального прийому препаратів мікроелементів, які містять 150 мкг йоду в формі йодиду калію^{14, 15}.

(Джерело: *Good clinical practice advice: Micronutrients in the periconceptional period and pregnancy. Int J Gynecol Obstet. 2019. 144: 317-321. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12739>*)

Зареєстровані в Україні лікарські засоби, які містять йодид калію (код АТХ Н03С А), відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, показані для профілактики розвитку дефіциту йоду, у тому числі у період вагітності або годування груддю у дозі 200 мкг на добу.

8.5. Планування подальших допологових візитів

Визначення графіка візитів та заходів, які проводяться під час кожного візиту, вимагає гнучкості. ДПД повинна плануватися спільно з жінкою на підставі потреб, виявлених у процесі обстеження, з наголосом на безперервність допомоги, за можливості. При плануванні також необхідно враховувати участь партнера/сім'ї жінки. Жінкам, які звертаються за ДПД у пізніх термінах вагітності, необхідно «наздогнати пропущену» інформацію і обстеження, які звичайно пропонуються на ранніх термінах вагітності.

Під час усіх візитів жінці слід надавати можливість поділитися своїми очікуваннями та досвідом, а також обговорювати будь-які питання та/або проблеми, які виникли після її останнього візиту, включаючи психосоціальну підтримку та проблеми психічного здоров'я. Також жінкам слід пропонувати інформацію про особливості стану здоров'я під час вагітності та під час майбутнього раннього материнства і батьківства (наприклад, харчування, алкоголь, куріння, полегшення симптомів, які виникли під час вагітності, годування грудьми, зниження ризику раптової смерті дитини). Впевненість жінки у своїй здатності до пологів та догляду за своїм новонародженим повинна підтримуватися протягом ДПД, а допологове навчання також має підтримувати її у підготовці до змін у своєму житті та стосунках із партнером, розумінні фізичних та емоційних потреб дитини. Потреби жінки повинні диктувати тип наданої інформації та підтримки (наприклад, хоча багато жінок отримують користь від письмової інформації, інші форми інформації, такі як аудіо чи відео, іноді є більш придатними). Жінка також повинна визначати тип обговорюваних проблем і питань.

Перелік додаткових спеціальних заходів під час допологових візитів вказує відповідні терміни гестації для скринінгу, клінічних і лабораторних обстежень, хоча необхідна гнучкість. Різні жінки потребуватимуть різних аспектів догляду в різний час. Якщо будь-які обстеження виявлять необхідність подальшого спостереження, можуть знадобитися додаткові візити.

8.5.1. Додаткові спеціальні заходи при наступних допологових візитах

16-19 тижнів:

- Переглянути, обговорити та записати результати всіх проведених досліджень.
- Переглянути запланований графік ДПД та визначити, чи потрібні додаткове обстеження або консультації інших спеціалістів.
- Оцінити зростання плода.
- Запропонувати УЗД плода у 18-20 тижнів вагітності.
- Запропонувати жінці зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

20-27 тижнів:

- Оцінити зростання плода.
- Обговорити рухи плода: терміни, нормальні цикли бадьорості та сну тощо.
- Виміряти артеріальний тиск.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками преєклампсії (наприклад, високий артеріальний тиск).
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.
- Тест на гіперглікемію між 24 та 28 тижнями вагітності.

- Повторити тестування на феритин, якщо низький рівень виявлений у I триместрі.
- 28 тижнів:**
- Оцінити зростання плода.
 - Обговорити рухи плода.
 - Загальний аналіз крові, група крові, резус-фактор та антитіла.
 - Рекомендувати анти-D-імуноглобулін резус-негативним неімунізованим жінкам.
 - Виміряти артеріальний тиск.
 - Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками пре еклампсії.
 - Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, діету та рівень фізичної активності.
 - Провести тест на гіперглікемію, якщо це не зроблено раніше.
 - Дізнатися про психічне здоров'я та оцінити Единбурзьку шкалу післяпологової депресії.

36. Сифіліс

36.2.2. Повторне обстеження у жінок з високим ризиком інфікування або повторного зараження

Рекомендація заснована на консенсусі XLIV

Рекомендувати повторне тестування на сифіліс на початку III триместру (28-32 тижні) і під час пологів для жінок з високим ризиком інфекції або реінфекції.

Схвалено Національною радою з охорони здоров'я і медичних досліджень в квітні 2019 року; термін дії закінчується в квітні 2024 року

29-34 тижні:

- Оцінити зростання плода.
- Обговорити рухи плода.
- Переглянути, обговорити та записати результати тестів, проведених на 28 тижні.
- Переглянути запланований графік ДПД та визначити жінок, які потребують додаткового догляду і направлення до інших спеціалістів.
- Надати інформацію з можливістю обговорити проблеми та задати питання щодо підготовки до пологів і народження дитини, включно з планом ведення пологів, обізнаності жінки про періоди пологів, управління болем при нормальних пологах (ця інформація може знадобитися раніше жінкам з віддалених районів).
- Обговорити грудне вигодовування (наприклад, контакт «шкіра-до-шкіри» при народженні, раннє прикладання до грудей, сумісне перебування, прихильність, виключно грудне вигодовування, годування на вимогу, підтримку партнера); обговорити безпечне вигодовування немовлят, якщо жінка віддає перевагу штучному вигодовуванню.

Коментар робочої групи: в Україні перевага надається виключно грудному вигодовуванню.

- Виміряти артеріальний тиск.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, діету та рівень фізичної активності.
- Запропонувати повторне УЗД на 32 тижні вагітності жінкам, у яких виявлена аномально/низько розташована плацента у 18-20 тижнів.
- Рекомендувати другу дозу анти-D-імуноглобуліну резус-негативним неімунізованим жінкам у 34 тижні.

35-37 тижнів:

- Оцінити зростання плода.
- Обговорити рухи плода.

- Надати інформацію про догляд за новонародженою дитиною, зменшення ризику раптової смерті немовляти, скринінгові тести для новонароджених та профілактику вітаміном К, психосоціальну підтримку, доступну в постнатальному періоді, включаючи заклади охорони здоров'я матері та дитини, з можливістю обговорити проблеми і задати питання.

- Оцінити передлежання плода шляхом зовнішнього акушерського дослідження з 36 тижнів вагітності та підтвердити підозру на неправильне передлежання плода за допомогою УЗД.

- Для жінок з тазовим передлежанням плода обговорити варіанти, включно з зовнішнім поворотом плода для переведення у головне передлежання.

- Запропонувати тестування на стрептококи групи В, якщо політикою організації передбачено рутинне обстеження всіх жінок.

- Виміряти артеріальний тиск.

- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.

- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

38-40 тижнів:

- Оцінити зростання плода.

- Надати інформацію, включаючи нормальну тривалість вагітності та початок пологів, з можливістю обговорити будь-які страхи та занепокоєння і задати питання.

- Обговорити рухи плода, включаючи необхідність швидкого звернення до лікаря, якщо є занепокоєння щодо зменшення чи відсутності рухів плода.

- Виміряти артеріальний тиск.

- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.

- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

Жінки, які не народили до 41 тижня:

- Надати інформацію, включаючи обговорення варіантів ведення перенесеної вагітності з можливістю задати та обговорити питання.

- Обговорити рухи плода, включаючи необхідність швидкого звернення до лікаря, якщо є занепокоєння щодо зменшення чи відсутності рухів плода.

- Виміряти артеріальний тиск.

- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.

- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

9. Підготовка до вагітності, пологів і батьківства

9.1. Передумови

Програми допологової освіти зазвичай охоплюють низку тем і можуть включати в себе:

- фізичне благополуччя (харчування, фізична активність, куріння, алкоголь, здоров'я порожнини рота);

- емоційне благополуччя і психічне здоров'я під час вагітності та після народження дитини (прихильність між матір'ю і плодом, адаптація до змін, очікування, навички подолання труднощів, розуміння, коли звернутися за допомогою);

- пологи (періоди пологів, пози, дихання і розслаблення, підтримка, знеболювання);

- розродження (нормальні пологи, інструментальні пологи, кесарів розтин, розриви промежини);

- варіанти для жінок з ускладненнями у час попередньої вагітності або пологів;

- грудне вигодовування (контакт «шкіра-до-шкіри», переваги раннього грудного вигодовування, прихильність, грудне вигодовування як фізіологічна норма);

- раннє батьківство (нормальна поведінка новонародженого, вкладання, безпека сну, імунізація, прихильність до немовляти);
 - способи пошуку підтримки і створення громадських мереж після народження дитини.
- Також пропонуються програми допологового навчання для подружніх пар, спрямовані на поліпшення відносин між подружжям та відносин між батьками і дітьми.

10.3. Обговорення грудного вигодовування

В обговоренні **питань грудного вигодовування** повинні брати участь партнери, включаючи:

- переваги грудного вигодовування для здоров'я немовляти (наприклад, зниження ризику інфекції) і матері (наприклад, поліпшення відновлення після пологів і повернення до ваги до вагітності, зниження ризику раку молочних залоз);
- попередній досвід жінки щодо грудного вигодовування і будь-які пов'язані з цим проблеми;
- допомогу партнерів матері при годуванні грудьми і участь в інших аспектах догляду за дитиною (наприклад, купання, зміна підгузків);
- важливість безперервного контакту «шкіра-до-шкіри» при народженні і раннього грудного вигодовування, включаючи користь молозива для немовляти;
- рекомендації щодо годування дитини виключно грудьми протягом 6 місяців після народження і продовження грудного вигодовування до 1 року або до тих пір, поки мати і дитина цього бажають;
- важливість правильного розташування і прихильність, розміщення в кімнаті і годування за вимогою;
- ознаки того, що дитина готова до годування і отримує достатньо молока;
- необхідність уникати пляшечок, сосок і пустушок в період становлення грудного вигодовування;
- відсутність потреби дитини у питній воді: грудне молоко є достатнім харчуванням і питвом протягом перших 6 місяців;
- важливість здорового харчування і добавок йоду при грудному вигодовуванні;
- необхідність звернення за порадою (наприклад, хоча деякий дискомфорт на початку грудного вигодовування не є чимось незвичайним, якщо біль не припиняється, слід звернутися за порадою з приводу прикладання дитини до грудей);
- доступність підтримки грудного вигодовування на місцевому рівні (наприклад, підтримка інших матерів та лікарів-консультантів з грудного вигодовування).

Літературні джерела

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016

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-ddsny.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 4 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-andchildbirth-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 (EPOC). EPOC Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2015 (<http://epoc.cochrane.org/epocspecific-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-cutoffspregnant-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-ReexaminingtheGuidelines.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. Puppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon 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 Annecy 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, PeñaRosas 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 onsite 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/vawclinical-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-АТРНIV-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-treatmentguidelines/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/syphilitreatment-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/, 26. ed.).
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 antihelminthics 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 ноября 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/defaultsource/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, Godsken 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, Sangkomkarn 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 Hoop-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. Centering Pregnancy 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, Eftekhar 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, Mпembeni 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/), 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, Mпembeni 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.).

Australian Government Department of Health. Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care, 2020.

Vitamin D status

1. ABS (2014a) 4727.0.55.003 - Australian Aboriginal and Torres Strait Islander Health Survey: Biomedical Results, 2012-13. Canberra: Australian Bureau of Statistics.

2. ABS (2014b) 4364.0.55.006 - Australian Health Survey: Biomedical Results for Nutrients, 2011-12. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
3. ACOG (2011) ACOG Committee Opinion No. 495: Vitamin D: Screening and supplementation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 118(1): 197-8.
4. Asemi Z, Samimi M, Siavashani MA et al (2016) Calcium-Vitamin D Co-supplementation Affects Metabolic Profiles, but not Pregnancy Outcomes, in Healthy Pregnant Women. *Int J Prev Med* 7: 49.
5. Bartoszewicz Z, Kondracka A, Krasnodebska-Kiljańska M et al (2013) Vitamin D insufficiency in healthy pregnancy women living in Warsaw. *Ginekol Pol* 84: 363–67.
6. Bendall A, de Costa C, Woods C et al (2012) Vitamin D levels in pregnant women booking for antenatal care in Far North Queensland. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 52(4): 391-4.
7. Binks MJ, Smith-Vaughan HC, Marsh R et al (2016) Cord blood vitamin D and the risk of acute lower respiratory infection in Indigenous infants in the Northern Territory. *Med J Aust* 204(6): 238.
8. Bomba-Opon DA, Brawura-Biskupski-Samaha R, Kozlowski S et al (2014) First trimester maternal serum vitamin D and markers of preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med* 27(10): 1078-9.
9. Brough L, Rees GA, Crawford MA et al (2010) Effect of multiple-micronutrient supplementation on maternal nutrient status, infant birth weight and gestational age at birth in a low-income, multi-ethnic population. *Br J Nutr* 104(3): 437-45.
10. Burris HH, Rifas-Shiman SL, Kleinman K et al (2012) Vitamin D deficiency in pregnancy and gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol* 207(3): 182 e1-8.
11. Burris HH, Thomas A, Zera CA et al (2015) Prenatal vitamin use and vitamin D status during pregnancy, differences by race and overweight status. *J Perinatol* 35(4): 241-5.
12. Cooper C, Harvey NC, Bishop NJ et al (2016) Maternal gestational vitamin D supplementation and offspring bone health (MAVIDOS): a multicentre, double-blind, randomised placebo-controlled trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 4(5): 393-402.
13. Dahlman I, Gerdhem P, Bergstrom I (2013) Vitamin D status and bone health in immigrant versus Swedish women during pregnancy and the post-partum period. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 13(4): 464–69.
14. Davies-Tuck M, Yim C, Knight M et al (2015) Vitamin D testing in pregnancy: Does one size fit all? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 55(2): 149-55.
15. Dawodu A, Saadi HF, Bekdache G et al (2013) Randomized controlled trial (RCT) of vitamin D supplementation in pregnancy in a population with endemic vitamin D deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 98(6): 2337-46.
16. De Laine KM, Matthews G, Grivell RM (2013) Prospective audit of vitamin D levels of women presenting for their first antenatal visit at a tertiary centre. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 53(4): 353-7.
17. De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK et al (2016) Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD008873.
18. Diogenes ME, Bezerra FF, Rezende EP et al (2015) Calcium Plus Vitamin D Supplementation During the Third Trimester of Pregnancy in Adolescents Accustomed to Low Calcium Diets Does Not Affect Infant Bone Mass at Early Lactation in a Randomized Controlled Trial. *J Nutr* 145(7): 1515-23.
19. Gibson-Helm M, Teede H, Block A et al (2014) Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 14: 392.

20. Gibson-Helm M, Boyle J, Cheng IH et al (2015) Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from Asian countries. *Int J Gynaecol Obstet* 129(2): 146-51.
21. Gidlof S, Silva AT, Gustafsson S et al (2015) Vitamin D and the risk of preeclampsia--a nested case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94(8): 904-8.
22. Harvey NC, Holroyd C, Ntani G et al (2014) Vitamin D supplementation in pregnancy: a systematic review. *Health Technol Assess* 18(45): 1-190.
23. Johnson DD, Wagner CL, Hulsey TC et al (2011) Vitamin D deficiency and insufficiency is common during pregnancy. *Am J Perinatol* 28(1): 7-12.
24. Karlsson T, Andersson L, Hussain A et al (2015) Lower vitamin D status in obese compared with normal-weight women despite higher vitamin D intake in early pregnancy. *Clin Nutr* 34(5): 892-8.
25. Leffelaar ER, Vrijkotte TG, van Eijsden M (2010) Maternal early pregnancy vitamin D status in relation to fetal and neonatal growth: results of the multi-ethnic Amsterdam Born Children and their Development cohort. *Br J Nutr* 104(1): 108-17.
26. Lehotay DC, Smith P, Krahn J et al (2013) Vitamin D levels and relative insufficiency in Saskatchewan. *Clin Biochem* 46(15): 1489-92.
27. Luque-Fernandez MA, Gelaye B, VanderWeele T et al (2014) Seasonal variation of 25-hydroxyvitamin D among non-Hispanic black and white pregnant women from three US pregnancy cohorts. *Paediatr Perinat Epidemiol* 28(2): 166-76.
28. March KM, Chen NN, Karakochuk CD et al (2015) Maternal vitamin D(3) supplementation at 50 mug/d protects against low serum 25-hydroxyvitamin D in infants at 8 wk of age: a randomized controlled trial of 3 doses of vitamin D beginning in gestation and continued in lactation. *Am J Clin Nutr* 102(2): 402-10.
29. McAree T, Jacobs B, Manickavasagar T et al (2013) Vitamin D deficiency in pregnancy - still a public health issue. *Matern Child Nutr* 9(1): 23-30.
30. McLeod DS, Warner JV, Henman M et al (2012) Associations of serum vitamin D concentrations with obstetric glucose metabolism in a subset of the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study cohort. *Diabet Med* 29(8): e199-204.
31. Morales E, Rodriguez A, Valvi D et al (2015) Deficit of vitamin D in pregnancy and growth and overweight in the offspring. *int J Obesity* 39: 61-68.
32. Mutlu GY, Ozsu E, Kalaca S et al (2014) Evaluation of vitamin D supplementation doses during pregnancy in a population at high risk for deficiency. *Horm Res Paediatr* 81(6): 402-8.
33. NICE (updated 2016) Antenatal Care for Uncomplicated Pregnancies. London: National Institute of Health and Clinical Excellence.
34. Nowson CA, McGrath JJ, Ebeling PR et al (2012) Vitamin D and health in adults in Australia and New Zealand: a position statement. *Med J Aust* 196(11): 686-7.
35. NZ MoH (2013) Companion Statement on Vitamin D and Sun Exposure in Pregnancy and Infancy in New Zealand. Wellington: Ministry of Health.
36. Ozias MK, Kerling EH, Christifano DN et al (2014) Typical prenatal vitamin D supplement intake does not prevent decrease of plasma 25-hydroxyvitamin D at birth. *J Am Coll Nutr* 33(5): 394-9.
37. Paxton GA, Teale GR, Nowson CA et al (2013) Vitamin D and health in pregnancy, infants, children and adolescents in Australia and New Zealand: a position statement. *Med J Aust* 198(3): 142-3.
38. Perampalam S, Ganda K, Chow KA et al (2011) Vitamin D status and its predictive factors in pregnancy in 2 Australian populations. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 51(4): 353-9.

39. Perumal N, Al Mahmud A, Baqui AH et al (2015) Prenatal vitamin D supplementation and infant vitamin D status in Bangladesh. *Public Health Nutr*: 1-9.
40. RANZCOG (2015) *Vitamin and Mineral Supplementation and Pregnancy*. Melbourne: Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.
41. Rodda CP, Benson JE, Vincent AJ et al (2015) Maternal vitamin D supplementation during pregnancy prevents vitamin D deficiency in the newborn: an open-label randomized controlled trial. *Clin Endocrinol (Oxf)* 83(3): 363-8.
42. Schneuer FJ, Roberts CL, Guilbert C et al (2014) Effects of maternal serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in the first trimester on subsequent pregnancy outcomes in an Australian population. *Am J Clin Nutr* 99(2): 287-95.
43. Teale GR & Cunningham CE (2010) Vitamin D deficiency is common among pregnant women in rural Victoria. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 50(3): 259-61.
44. Wagner CL, McNeil RB, Johnson DD et al (2013) Health characteristics and outcomes of two randomized vitamin D supplementation trials during pregnancy: a combined analysis. *J Steroid Biochem Mol Biol* 136: 313-20.
45. Wall CR, Stewart AW, Camargo CA, Jr. et al (2016) Vitamin D activity of breast milk in women randomly assigned to vitamin D3 supplementation during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 103(2): 382-8.
46. Willix C, Rasmussen S, Evans S et al (2015) A comparison of vitamin D levels in two antenatal populations in regional Western Australia. *Aust Fam Phys* 44(3): 141-44.

Antenatal visits

1. AIHW (2016) *Australia's mothers and babies 2014—in brief*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
2. Carroli G, Villar J, Piaggio G et al (2001) WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 357: 1565-70.
3. Clement S, Sikorski J, Wilson J et al (1996) Women's satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. *Midwifery* 12: 120-28.
4. Dowswell T, Carroli G, Duley L et al (2015) Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934. pub3.
5. Henderson J, Roberts T, Sikorski J et al (2000) An economic evaluation comparing two schedules of antenatal visits. *J Health Services Res Pol* 5: 69-75.
6. Hildingsson I, Waldenstrom U, Radestad I (2002) Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: Number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81: 118-25.
7. Hueston WJ, Gilbert GE, Davis L et al (2003) Delayed prenatal care and the risk of low birth weight delivery. *J Comm Health* 28(3): 199-208.
8. Kaminski M, Blondel B, Breart G (1988) Management of pregnancy and childbirth in England and Wales and in France. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 2: 13-24.
9. NICE (2008) *Antenatal Care. Routine Care for the Healthy Pregnant Woman*. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. London: RCOG Press.

10. Ryan M, Ratcliffe J, Tucker J (1997) Using willingness to pay to value alternative models of antenatal care. *Soc Sci Med* 44(3): 371–8.
11. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G et al (2001) WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 357(9268): 1551–64.

Cytomegalovirus

1. Adler SP, Finney JW, Manganello AM et al (1996) Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus by changing behaviors: a randomized controlled trial. *Pediatr Infect Dis J* 15(3): 240-6.
2. Alarcon A, Martinez-Biarge M, Cabanas F et al (2013) Clinical, biochemical, and neuroimaging findings predict long-term neurodevelopmental outcome in symptomatic congenital cytomegalovirus infection. *J Pediatr* 163(3): 828-34 e1.
3. Bartlett AW, McMullan B, Rawlinson WD et al (2017) Hearing and neurodevelopmental outcomes for children with asymptomatic congenital cytomegalovirus infection: A systematic review. *Rev Med Virol* 27(5): e1938.
4. Blazquez-Gamero D, Galindo Izquierdo A, Del Rosal T et al (2017) Prevention and treatment of fetal cytomegalovirus infection with cytomegalovirus hyperimmune globulin: a multicenter study in Madrid. *J Matern Fetal Neonatal Med*: 1-9.
5. Dahl HH, Ching TY, Hutchison W et al (2013) Etiology and audiological outcomes at 3 years for 364 children in Australia. *PLoS One* 8(3): e59624.
6. Dollard SC, Grosse SD, Ross DS (2007) New estimates of the prevalence of neurological and sensory sequelae and mortality associated with congenital cytomegalovirus infection. *Rev Med Virol* 17(5): 355-63.
7. Gantt S, Dionne F, Kozak FK et al (2016) Cost-effectiveness of Universal and Targeted Newborn Screening for Congenital Cytomegalovirus Infection. *JAMA Pediatr* 170(12): 1173-80.
8. Goderis J, De Leenheer E, Smets K et al (2014) Hearing loss and congenital CMV infection: a systematic review. *Pediatrics* 134(5): 972-82.
9. Hadar E, Dorfman E, Bardin R et al (2017) Symptomatic congenital cytomegalovirus disease following non-primary maternal infection: a retrospective cohort study. *BMC Infect Dis* 17(1): 31.
10. Hamilton ST, van Zuylen W, Shand A et al (2014) Prevention of congenital cytomegalovirus complications by maternal and neonatal treatments: a systematic review. *Rev Med Virol* 24(6): 420-33.
11. Kenneson A & Cannon MJ (2007), Review and meta-analysis of the epidemiology of congenital cytomegalovirus (CMV) infection. *Rev Med Virol* 17(4): 253-76.
12. Lanzieri TM, Leung J, Caviness AC et al (2017) Long-term outcomes of children with symptomatic congenital cytomegalovirus disease. *J Perinatol* 37(7): 875-80.
13. Lazzaro A, Vo M, Zeltzer J et al (2018) Knowledge of congenital cytomegalovirus (CMV) in pregnant women in New South Wales (NSW) is low and improved with education. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 58(Suppl 1): 18.
14. Leruez-Ville M, Ghout I, Bussieres L et al (2016), In utero treatment of congenital cytomegalovirus infection with valacyclovir in a multicenter, open-label, phase II study. *Am J Obstet Gynecol* 215(4): 462 e1-62 e10.
15. Lim Y & Lyall H (2017), Congenital cytomegalovirus – who, when, what-with and why to treat? *Journal of Infection* 74: S89-S94.

16. Manicklal S, Emery VC, Lazzarotto T et al (2013) The "silent" global burden of congenital cytomegalovirus. *Clin Microbiol Rev* 26(1): 86-102.
17. McCarthy FP, Giles ML, Rowlands S et al (2011) Antenatal interventions for preventing the transmission of cytomegalovirus (CMV) from the mother to fetus during pregnancy and adverse outcomes in the congenitally infected infant. *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD008371.
18. McMullan BJ, Palasanthiran P, Jones CA et al (2011) Congenital cytomegalovirus--time to diagnosis, management and clinical sequelae in Australia: opportunities for earlier identification. *Med J Aust* 194(12): 625-9.
19. Munro SC, Trincado D, Hall B et al (2005) Symptomatic infant characteristics of congenital cytomegalovirus disease in Australia. *J Paediatr Child Health* 41(8): 449-52.
20. Naing ZW, Scott GM, Shand A et al (2016) Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy: a review of prevalence, clinical features, diagnosis and prevention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 56(1): 9-18.
21. Rawlinson WD, Boppana SB, Fowler KB et al (2017) Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy. *The Lancet Infectious Diseases* 17(6): e177-e88.
22. Rawlinson WD, Palasanthiran P, Hall B et al (2018) Neonates with congenital Cytomegalovirus and hearing loss identified via the universal newborn hearing screening program. *J Clin Virol* 102: 110-15.
23. Revello MG, Lazzarotto T, Guerra B et al (2014) A randomized trial of hyperimmune globulin to prevent congenital cytomegalovirus. *N Engl J Med* 370(14): 1316-26.
24. Shand AW, Luk W, Nassar N et al (2018) Cytomegalovirus (CMV) infection and pregnancy-potential for improvements in Australasian maternity health providers' knowledge. *J Matern Fetal Neonatal Med* 31(19): 2515-20.
25. Smithers-Sheedy H, Raynes-Greenow C, Badawi N et al (2017) Congenital Cytomegalovirus among Children with Cerebral Palsy. *J Pediatr* 181: 267-71 e1.
26. Wang C, Zhang X, Bialek S et al (2011) Attribution of congenital cytomegalovirus infection to primary versus non-primary maternal infection. *Clin Infect Dis* 52(2): e11-3.
27. Zheng QY, Huynh KT, van Zuylen WJ et al (2018) Cytomegalovirus infection in day care centres: A systematic review and meta-analysis of prevalence of infection in children. *Rev Med Virol*: e2011.

Practice guidelines of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians - Ultrasound Section for ultrasound screening in uncomplicated pregnancy, 2020.

https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/

Ультразвуковий скринінг при неускладненій вагітності

Основною метою УЗД при вагітності є мінімізація виникнення несприятливих акушерських результатів, які можуть бути наслідком недіагностованої вродженої вади плода, незрілості плода або інших внутрішньоутробних ускладнень. Завдання лікаря ультразвукової діагностики, який проводить скринінг, – направити вагітну жінку до спеціалізованого закладу охорони здоров'я в кожному випадку діагностичних сумнівів або підозри щодо неправильного розвитку плода.

Незалежно від терміну вагітності, лікар повинен надати жінці, якій проведено УЗД, письмовий протокол зі вказаними даними пацієнтки та лікаря, а також з детальним описом анатомії плода та біометричними вимірюваннями. Роздрукована ультразвукового зображення є не результатом обстеження, а лише додатковою документацією, яка може бути додана до протоколу. Також пацієнтка повинна отримати від лікаря вичерпну інформацію щодо результатів УЗД.

На даний час немає результатів досліджень про негативний вплив УЗД на розвиток плода. Виконуючи УЗД, необхідно дотримуватися принципу мінімальної експозиції та часу обстеження – ALARA (As Low As Reasonably Achievable – настільки малі, настільки це можливо). Зокрема, показники теплового та механічного індексів повинні бути нижче 1 протягом усього дослідження.

Коментар робочої групи:

Використання доплерографії у ембріональному періоді. Ембріональний період завершується на 10^{+6} тижні вагітності (згідно з першим днем останньої менструації або з куприко-тім'яним розміром – КТР). Спектральний доплер, кольорове доплерівське картування, енергетичний та інші методи доплерівського ультразвуку не повинні рутинно використовуватися в ембріональному періоді. Якщо використання доплерографії є клінічно показаним, тоді час впливу повинен бути мінімальним.

Використання доплерометрії у фетальному періоді. В терміні вагітності від 11^{+0} до 13^{+6} тижнів спектральний доплер, візуалізація кольорового потоку, енергетичний та інші методи доплерівського ультразвуку можуть рутинно застосовуватися за визначеними клінічними показаннями, такими як скринінг на трисомії та серцеві аномалії. При проведенні ультразвукової доплерометрії час впливу повинен бути якомога коротшим (як правило, не більше 5-10 хвилин).

Доплерометрія маткової артерії. При скануванні маткових артерій матері в будь-якому терміні в I триместрі вагітності малоймовірні будь-які наслідки для безпеки плода, поки ембріон/плід знаходиться поза ультразвуковим променем.

(Джерело: ISUOG statement on the safe use of Doppler for fetal ultrasound examination in the first 13+6 weeks of pregnancy (updated 2021) <https://www.isuog.org/>)

Протокол УЗД повинен містити такі дані:

- а) прізвище та ініціали пацієнтки, дату її народження.
- б) заклад охорони здоров'я, дату проведення обстеження, прізвище та ініціали лікаря з ультразвукової діагностики.
- в) інформацію щодо апарату УЗД (назва, тип та частота використаних датчиків).
- г) первинний діагноз, встановлений лікуючим лікарем, якщо це не рутинне обстеження.

г) дату останньої менструації та термін вагітності згідно з першим днем останньої менструації.

д) якщо дата останньої менструації невідома, термін вагітності слід визначати за КТР у I триместрі. За відсутності УЗД у I триместрі вагітності термін вагітності визначається на підставі окружності голівки (ОГ), яка виміряна у II триместрі вагітності.

е) особисту печатку та підпис лікаря з ультразвукової діагностики.

Слід зазначити, що будь-яке відхилення від нормального стану плода, органів малого таза, зокрема матки, та будь-які інші аномальні ознаки, виявлені під час УЗД, повинні бути включені до протоколу дослідження. Усне повідомлення інформації неприйнятне без відповідного запису в протоколі.

Якщо повне обстеження провести неможливо, це слід зазначити в протоколі, а також надати рекомендації щодо подальших дій та запланованих обстежень. Елементи, які не вдалося повністю або частково візуалізувати, потрібно зазначити в протоколі. Якщо під час вагітності неможливо провести повне обстеження або існують непереборні технічні обмеження, які впливають на якість УЗД (наприклад, надмірна маса тіла або ожиріння вагітної, аномалії матки, ретроверсія матки, лейоміома матки тощо), цей факт слід зазначити в протоколі, а також надати рекомендації щодо подальших дій та запланованих обстежень.

При інформуванні вагітної/подружжя про результати УЗД, слід звернути увагу на обмеження цього методу та неможливість виключення всіх анатомічних вад плода.

УЗД до 10 тижнів вагітності

УЗД в цьому терміні вагітності слід проводити з використанням трансвагінального датчика. Це обстеження не є обов'язковим і проводиться за медичними показаннями.

Цілі УЗД до 10 тижнів вагітності, проведеного за медичними показаннями:

а) **візуалізація та місце розташування заплідненої яйцеклітини** – підтвердження внутрішньоматкової вагітності або визначення вагітності невідомої локалізації. Особливу увагу слід приділити розташуванню плідного яйця у пацієнтку після кесарева розтину через ризик імплантації вагітності в рубець³⁻⁵. У разі сумнівів пацієнтку слід направити на обстеження до спеціалізованого центру.

б) **оцінка наявності плодового яйця (ПЯ)** – вимірювання розмірів ПЯ (середнє значення 3-х вимірів), його положення в порожнині матки, кількість ПЯ. До моменту візуалізації ембріона та до вимірювання КТР, при розмірах ПЯ понад 20 мм за відсутності ембріона існує високий ризик викидня.

в) **визначення гестаційного терміну** – на основі вимірювання КТР плода.

г) **оцінка ехоструктури трофобласту для виявлення трофобластичної хвороби** – у випадках суб'єктивної гіпертрофії ехоструктури хоріону, яка характерна для молярної вагітності (численні малі та дисеміновані гіпоехогенні структури в хоріальній зоні), слід рекомендувати визначення рівня сироваткового β -ХГЛ та направити вагітну до стаціонару.

г) **оцінка кількості ембріонів, хоріонів та амніонів**. *Примітка: при багатоплідній вагітності слід визначити хоріальність та амніальність на підставі візуалізації двох окремих або одного загального ПЯ.*

д) **оцінка жовткового мішка (ЖМ)** – наявність ЖМ (так/ні), опис можливих порушень ЖМ. *Примітка: якщо ПЯ наявне за відсутності ЖМ або ембріона, слід звернути увагу на можливість ектопічної вагітності (несправжнє ПЯ).*

е) **визначення наявності ембріона** – наявність (так/ні), вимірювання КТР, наявність серцебиття плода (при КТР понад 4 мм). *Примітка: при використанні трансвагінального датчика серцебиття плода визначається при КТР ≥ 4 мм. У разі відсутності серцебиття плода при КТР < 5 мм – обстеження слід повторити для підтвердження життєздатності вагітності.*

є) **проводити доплерометрію** під час УЗД до 10 тижнів вагітності, в тому числі для оцінки серцебиття плода, не рекомендується. Рекомендовано визначати серцебиття плода у 2D (В)-режимі або М-режимі. Наявність брадикардії плода нижче 80 ударів на хвилину (уд/хв) збільшує ризик викидня.

ж) **дослідження статевих органів вагітної** – візуалізація тіла і шийки матки (правильної, неправильної форми), вивчення анатомії (норма, аномалії, лейоміома матки). Оцінюється контур і наявність вогнищевих уражень, в основному лейоміоми матки, з точки зору їх розташування та співвідношення до трофобласту. Диференціальна діагностика вроджених аномалій матки під час вагітності є обмеженою, проте основна увага повинна бути зосереджена на можливій наявності перетинки матки (перетинка за ехоструктурою відповідає міометрію і зберігає зв'язок зі стінкою матки), подвоєння матки та однорогої матки із рудиментарним рогом. На відміну від цього, хоріонічні шипи, які не загрожують розвитку плода, є гіперехогенними і зберігають цілісність з трофобластом. Оцінка шийки матки повинна включати діагностику вогнищевих уражень, таких як лейоміома матки або проліферативний процес (нерівномірні вогнищеві ураження з нерівними контурами, найчастіше гіпоехогенні з підвищеною васкуляризацією). Оцінка придатків матки на наявність фокальних змін повинна базуватися на системі простих правил, відповідно до термінології Міжнародної групи аналізу пухлин яєчників (International Ovarian Tumour Analysis group – ІОТА). *Примітка: аномальні утворення в ділянці придатків матки слід описати в протоколі.* Якщо є лейоміома матки, опишіть розташування вузлів та проведіть їх вимірювання. Позаматкове заглиблення (Дугласів карман) потрібно оглянути на наявність вільної рідини. Товщину шару рідини слід вимірювати на рівні шийки матки, перпендикулярно до неї, отримане значення більше 10 мм необхідно записати в протокол УЗД. Якщо відхилень від норми немає, детальний опис не є обов'язковим, достатньо твердження, наприклад: «матка та придатки матки без патологічних змін».

УЗД в терміні 11⁺⁰-13⁺⁶ тижнів вагітності (КТР 45-84 мм)

УЗД, проведене у цьому терміні вагітності, передбачає кілька задач. Лікар, який надає ДПД, зобов'язаний пояснити пацієнтці необхідність цього дослідження. Кожна пацієнтка має право отримати інформацію про можливість проведення пренатальних тестів. Основною метою є оцінка анатомічних структур плода, пошук ранніх структурних вад; вимірювання розмірів плода; визначення терміну вагітності та передбачуваної дати пологів, якщо дата останньої менструації невідома.

Завдяки технологічному розвитку ультразвуку та пов'язаної з цим високої роздільної здатності та точності візуалізації, УЗД в терміні 11⁺⁰-13⁺⁶ тижнів дозволяє запідозрити все більшу кількість вад плода⁶⁻⁸. На даний час виявлення аномалій анатомії плода в І триместрі становить близько 60%⁹⁻¹¹. Якщо діагностуються анатомічні аномалії плода на ранніх термінах, вагітній можна запропонувати ранню пренатальну інвазивну діагностику для виключення генетичних порушень.

Абсолютною передумовою достовірного пренатального обстеження є отримання зображень поперечних ультразвукових зрізів плода відповідно до стандартів та отримання найкращих доступних зображень при даних умовах обстеження.

У зв'язку з впровадженням у клінічну практику дослідження позаклітинної ДНК плода в крові матері (*Примітка: дослідження має назву неінвазивний пренатальний тест – НІПТ*) для скринінгу на хромосомні аберації, у окремих клінічних ситуаціях рекомендується запропонувати цей метод діагностики вагітній. НІПТ рекомендується (лише за відсутності анатомічних аномалій за даними УЗД) для вагітних групи ризику трисомії за 21, 18, 13 хромосомами (1:300-1:1000)¹². Якщо виявляються аномальні результати пренатального скринінгу, структурна аномалія плода або значення товщини комірцевого простору (КП) вище 95-го процентиля, вагітну слід направити на подальше обстеження до медико-генетичного центру¹³.

Коментар робочої групи: показники індивідуального ризику для групи середнього ризику визначаються згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Критерій «вище 95-го перцентилья» краще замінити на «більше 3,5 мм», оскільки це значення є найбільш універсальним показником поширеного КП в будь-якому терміні І скринінгу.

(Джерело: Wright, D., Kagan, K.O., Molina, F.S., Gazzoni, A. and Nicolaidis, K.H. (2008), A mixture model of nuchal translucency thickness in screening for chromosomal defects. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 31: 376-383. <https://doi.org/10.1002/uog.5299>)

Якщо жінка має негативний результат НППТ, товщину КП потрібно виміряти і відобразити як абсолютне значення і відповідний перцентиль.

(Джерело: ISUOG updated consensus statement on the impact of cfDNA aneuploidy testing on screening policies and prenatal ultrasound practice, 2017. <https://www.isuog.org/>)

Детальна оцінка вагітності включає такі параметри (проводиться абдомінальним або трансвагінальним датчиком):

а) кількість ПЯ і плодів в порожнині матки.

б) **оцінка серцебиття плода.** Примітка: під час нормальної вагітності частота серцевих скорочень (ЧСС) плода зменшується з приблизно 170 уд/хв на 11 тижні вагітності до приблизно 150 уд/хв в терміні 14 тижнів.

в) **біометрія:** вимірювання КТР – підтвердження/визначення гестаційного віку при КТР < 84 мм. Примітка: необхідно забезпечити надійне та точне вимірювання КТР, оскільки це потрібно для підтвердження/визначення терміну вагітності та дати пологів, якщо дата останньої менструації невідома.

Коментар робочої групи: На момент розробки даної клінічної настанови термін вагітності визначають відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2006 № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12 квітня 2006 року за № 427/12301. Термін вагітності визначається від першого дня останнього нормального менструального циклу. Термін вагітності визначається у повних днях чи повних тижнях (наприклад, період між 280-ю і 286-ю добою від першого дня останнього нормального менструального циклу, відповідає 40 тижням вагітності). Перший день останнього нормального менструального циклу необхідно оцінювати як день 0, а не день 1-й. Дні 0-6 відповідно складають «повний нульовий місячний тиждень», дні 7-13 – «повний перший тиждень», і відповідно 40-й тиждень вагітності є синонімом поняття «повні 39 тижнів». Якщо дата останньої нормальної менструації невідома, термін вагітності необхідно визначати на основі найбільш надійних клінічних ознак.

Вимірювання КТР слід проводити, коли плід знаходиться в нейтральному положенні, на спині, в сагітальному зрізі. Значення КТР 45 мм відповідає терміну вагітності 11⁺⁰ тижнів (за деякими номограмами 11⁺² тижнів) та 84 мм відповідає терміну 13⁺⁶ тижнів (14⁺¹ тижнів відповідно).

г) **оцінка анатомії плода**¹⁸⁻²¹:

- череп – форма, серп мозку, судинні сплетення, співвідношення судинних сплетінь та ліквору в черепі плода

- лицевий скелет – оцінка профілю, наявність очних яблук за можливості

- черевна стінка – місце відходження пуповини

- візуалізація шлунка – зліва під діафрагмою

- серце плода – розташування, ЧСС; за можливості належною клінічною практикою є візуалізація 4-х камер серця та поперечного перерізу через поперечну частину артеріальної протоки та дуги аорти (очікувана «V» ознака) в режимі кольорового доплерівського картування

- сечовий міхур у сагітальній проекції (у деяких випадках нормальної вагітності його важко побачити)

- верхні та нижні кінцівки – наявність трьох сегментів кожної кінцівки

- оцінка хоріона, опис можливої неоднорідності, входження судин пуповини центральне / децентроване

- оцінка хоріальності при багатоплідній вагітності («λ» або «Т» ознака)

Друга мета УЗД у терміні 11⁺⁰-13⁺⁶ тижнів вагітності – це оцінка ризику найпоширеніших хромосомних аберацій (трисомія 21, 18, 13)¹. Розрахунок ризику базується на даних анамнезу, віці матері, оцінці даних ультразвукових та біохімічних маркерів і повинен проводитись лише на основі сертифікованих калькуляторів FMF (Фонду медицини плода).

***Коментар робочої групи:** Вимірювання проводять лікарі з УЗД, які проходять навчання з пренатальної діагностики, з використанням сертифікованих в Україні програм.*

Медичні працівники, які отримали сертифікати FMF щодо компетентності з вимірювання комірцевого простору, носової кістки, венозної протоки, тристулкової регургітації та інших показників УЗД при вагітності вказані на сайті: <https://fetalmedicine.org/>

Рекомендовано вказувати два значення ризику: базовий, який враховує вік вагітної жінки, та індивідуальний, який оцінює всі використані ультразвукові маркери та біохімічні параметри. Помилкою є надання пацієнтці двох окремих результатів: першого на підставі тільки УЗД, а другого – на підставі УЗД та біохімічних маркерів. У випадку взяття крові для біохімічного дослідження в день проведення УЗД, пацієнтці слід надати протокол обстеження без розрахунку ризику хромосомних трисомій (оцінка терміну вагітності, анатомії плода). Остаточний протокол обстеження з оцінкою генетичного ризику слід надати лише після отримання результатів біохімічного тесту.

Основні ультразвукові маркери наступні¹⁷: **ЧСС плода** і **товщина комірцевого простору** (КП). Принципи оцінки КП відповідно до FMF^{18, 22}:

а) **збільшення зображення** – голівка та 1/3 грудної клітки плода займають весь екран.

б) **нейтральне положення голівки плода** – відсутність надмірного згинання голівки плода в будь-якому напрямку.

в) **положення плода** – сагітальний зріз плода. *Примітка: сагітальний зріз отримують, візуалізуючи кінчик носа, носову кістку, шкіру носа, гіпоехогенний середній мозок та прямокутне зображення щелепи плода.*

г) **амніотична оболонка** – її слід відрізнити від шкіри плода. *Примітка: для отримання контрастного зображення КП та амніотичної мембрани, зменшіть коефіцієнт посилення до низьких значень.*

г) **вимірювання КП** – у найширшій точці КП, каліпери між внутрішніми контурами, їх горизонтальні мітки розміщені на обмежуючих лініях КП. *Примітка: якщо пуповина знаходиться навколо шиї плода, рекомендується спочатку оцінити анатомію плода, розраховуючи на зміну положення плода. Якщо це неможливо, можна виміряти КП вище і нижче ходу пуповини та визначити середнє значення, уникаючи вживання в описі таких виразів, як «пуповина навколо шиї».*

Оцінку ризику хромосомних аберацій плода слід проводити у термін 11⁺⁰-13⁺⁶ тижнів вагітності (при КТР 45-84 мм). Вік матері, анамнез, КП та ЧСС плода у поєднанні з біохімічними маркерами (асоційований із вагітністю протеїн-А плазми – РАРР-А, вільна субодиниця β-ХГЛ) є компонентами комбінованого тесту (комбінованого скринінгу I

триместру)^{1, 22, 23}. Біохімічний тест, який включає принаймні обидва із вищезазначених показників, є обов'язковим елементом для правильного розрахунку ризику. Оцінка ризику без біохімічних маркерів є неправильною практикою, і такий результат слід вважати неповним.

Недоречно замінювати біохімічний тест проведенням НПТ, оскільки біохімічні маркери використовуються не лише для оцінки ризику трисомії. Біохімічні тести I триместру слід проводити лише на сертифікованому FMF обладнанні (Delfia, Kryptor, Roche).

Коментар робочої групи: в Україні біохімічні тести проводяться лише на обладнанні, реагентах та програмному забезпеченні, сертифікованих відповідно до чинного законодавства.

Оптимальний час для забору крові для біохімічних досліджень у I триместрі – це 10-11 тижнів вагітності. Оцінка зразка крові повинна бути проведена не пізніше терміну 13⁺⁶ тижнів (КТР – 84 мм).

У випадку аномальних значень біохімічних маркерів їх не слід здавати повторно, за винятком випадків, коли підозрюється помилка у заборі, зберіганні або транспортуванні зразка крові.

Оцінка додаткових ультразвукових маркерів деяких хромосомних аберацій²³⁻²⁵:

- **носова кістка** Примітка: довжину носової кістки в I триместрі вагітності не слід вимірювати. Цей показник оцінюється як: наявна, відсутня (гіпопластична) або така, що не піддається оцінці (через складні технічні умови).

- **венозна протока** (реверсна а-хвиля).

- **тристулкова регургітація**

Оцінка додаткових маркерів підвищує рівень виявлення для трисомії 21 до 95%, з хибно позитивним результатом 2,5%.

Лікар з відповідним аудитом зображень та сертифікатом FMF для оцінки додаткових маркерів (носова кістка, венозна протока, тристулкова регургітація) може використовувати ці маркери для розрахунку ризику генетичних дефектів.

Інвазивна діагностика (біопсія хоріону, амніоцентез) повинна бути рекомендована вагітним, у яких після комбінованого тесту (вік вагітної, ЧСС плода, КП, PAPP-A, вільний β-ХГЛ) встановлений ризик хромосомних аберацій у плода $\geq 1:300$.

Коментар робочої групи: показники індивідуального ризику для групи високого ризику визначаються згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Додатковий ризик переривання вагітності (з урахуванням специфічних груп ризику та показань до процедури) після амніоцентезу становить близько 0,1%²⁶.

В I триместрі вагітності належною клінічною практикою є діагностика «великих» ультразвукових маркерів хромосомних аномалій²⁷:

- грижа передньої черевної стінки (омфалоцеле),
- загальний атріовентрикулярний канал,
- мегацистис,
- вроджена діафрагмальна грижа,
- голопрозенцефалія.

Якщо вони виявлені, незалежно від інших маркерів, ризик хромосомних аберацій у плода зростає, і вагітну слід направити в спеціалізований центр для подальшого обстеження та інвазивної діагностики.

Направлення на інвазивну процедуру (біопсія хоріону, амніоцентез, кордоцентез) видає лікар акушер-гінеколог або перинатолог. Консультація лікаря генетика не є необхідною для проведення інвазивної процедури (проте консультація рекомендована особливо у випадку сімейного анамнезу генетичних захворювань).

Коментар робочої групи. В Україні відповідно до номенклатури лікарських спеціальностей немає лікаря перинатолога. Направлення вагітній на інвазивну процедуру видає лікар акушер-гінеколог або генетик. Консультація лікаря-генетика показана у випадку сімейного анамнезу генетичних захворювань.

УЗД в терміні 11⁺⁰-13⁺⁶ тижнів також надає можливість досягнення третьої мети скринінгу: розрахунок ризику прееклампсії²⁸⁻³⁰.

Спеціалісти, які мають відповідний сертифікат FMF, можуть додатково проводити оцінку ризику прееклампсії на підставі анамнезу, середнього артеріального тиску, пульсаційного індексу маткових артерій, концентрації плацентарного фактора росту (PIGF) у сироватці крові вагітної³¹.

Якщо вимірювання PIGF неможливо виконати, то значення PAPP-A нижче 0,4 МоМ свідчить про підвищений ризик прееклампсії.

Коментар робочої групи: Пульсаційний індекс маткових артерій слід замінити на середній пульсаційний індекс правої та лівої маткових артерій.

(Джерело: ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in screening for and follow-up of pre-eclampsia, 2018. <https://www.isuog.org/>)

У дослідженні ASPRE у вагітних вивчали ризик прееклампсії з використанням алгоритму FMF в терміні 11⁺⁰-13⁺⁶ тижнів вагітності. При виявленні високого ризику (в теперішній час найбільш розповсюджені показники >1:100 або >1:150), профілактика за допомогою 150 мг ацетилсаліцилової кислоти (один раз на добу перед сном) призначається після розрахунку ризику (в 11-14 тижнів) до 16 тижнів і продовжується до 36 тижнів³².

Коментар робочої групи: Оцінка групи ризику прееклампсії і профілактична доза ацетилсаліцилової кислоти визначаються відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2022 № 151.

Кожен протокол УЗД в I триместрі вагітності доповнюється коментарем і можливими рекомендаціями щодо подальшого обстеження для лікуючого лікаря та пацієнтки.

УЗД в 18-22 і 28-32 тижнів вагітності – оцінка розвитку плода

Метою УЗД в терміні 18-22 тижні вагітності є детальна оцінка органів плода з точки зору вроджених вад (оцінка анатомічної будови плода). Дослідження в терміні 28-32 тижнів передбачає, в першу чергу, оцінку росту плода, і, можливо, оцінку стану плода в конкретних клінічних ситуаціях. Крім того, при УЗД на підставі біометричних параметрів визначають приблизну вагу плода та термін вагітності (якщо дата останньої менструації невідома та/або УЗД не проводилось у I триместрі вагітності).

Варто зазначити, що як множинна, так і індивідуальна варіабельність біометричних параметрів, на основі яких можливо визначити термін вагітності, обумовлює те, що точність даного методу протягом цього терміну вагітності, може бути недостатньою. У першій половині II триместру (14-20 тижнів), на підставі вимірювання окружності голови (ОГ) та поперечного розміру мозочка (ПРМ), гестаційний вік можна оцінити з точністю ± 7 , ± 10 днів. У III триместрі вагітності середнє значення передбачуваного терміну вагітності (мультипараметрична оцінка) становить ± 3 тижні – у таких ситуаціях рекомендується використовувати ОГ або ПРМ для оцінки прогресування вагітності у III триместрі.

Слід також додати, що якщо гестаційний вік визначено раніше на підставі КТР у I триместрі вагітності, не слід робити корекцію терміну вагітності на підставі біометричних вимірювань, проведених у II та III триместрах вагітності, щоб скорегувати дату пологів.

1. Біометрія, визначення передбачуваної ваги плода та терміну вагітності вимірювання на основі біометричних параметрів: БПР – біпаріетальний розмір, ОГ – окружність голови, ОЖ – окружність живота, ДС – довжина стегнової кістки, опціонально ДП – довжина плечової кістки і ПРМ – поперечний розмір мозочка^{1, 33}.

Біпаріетальний розмір (БПР) – трансталамічна площина (рекомендовано)

а) поперечний переріз на рівні таламусу,

б) кут інсонації 90°,

в) симетричні півкулі та склепіння, півкулі мозочку не повинні знаходитися в площині зображення,

г) серединний зріз серпа з порожниною прозорої перетинки (ППП).

Примітка: вимірювальні мітки слід встановлювати «від зовнішнього до внутрішнього» краю по стінці склепіння черепа. У трансвентрикулярній площині рекомендується виміряти ширину бічних шлуночків мозку.

Мозкові структури, видимі в конкретних площинах:

Трансталамічна площина: передні роги бічних шлуночків, ППП, таламус, гіпокамп.

Трансвентрикулярна площина: паралельна до описаної вище площини, передній та задній роги бічних шлуночків, ППП.

Трансцеребелярна площина: передні роги бічних шлуночків, ППП, таламус, мозочок, велика цистерна.

Окружність голови плода (ОГ) – площина вимірювання, аналогічна вимірюванню БПР.

Примітка: використовуйте еліпс, що охоплює зовнішній контур черепа плода.

Окружність живота (ОЖ) – площина вимірювання:

а) зріз у поперечній площині,

б) вена пуповини на рівні воротного синусу,

в) візуалізується шлунок, не візуалізуються нирки.

Примітка: Використовуйте еліпс, що охоплює зовнішній контур живота плода.

Довжина стегнової кістки (ДС) – площина вимірювання:

а) вимірювання по найдовшій вісі,

б) кут інсонації 45-90°.

Примітка: вимірювальні мітки слід розміщувати на найвіддаленіших кінцях кістки, не включаючи епіфізи, якщо їх видно.

Довжина плечової кістки плода (ДП) – площина вимірювання:

а) вимірювання по найдовшій вісі,

б) кут інсонації 45-90°.

Примітка: вимірювальні мітки слід розміщувати на найвіддаленіших кінцях кістки, не включаючи епіфізи, якщо їх видно.

2. Оцінка структур та органів плода – оцінка анатомії плода^{1, 33-35}

У таблиці 1 представлений рекомендований мінімальний об'єм оцінки анатомії плода при УЗД у терміні 18-22 тижні вагітності.

Таблиця 1. Рекомендована оцінка плода у II триместрі вагітності (18-22 тижні)

Голова	Неперервність кісток черепа ППП Серп мозку Таламус Бокові шлуночки Мозочок Велика цистерна	Черевна порожнина	Правильне розташування шлунку Відсутність розширених петель кишечника Наявність обох нирок Прикріплення пуповини (вид) Сечовий міхур
Обличчя	Очні яблука, профіль обличчя Рот, верхня губа Альвеолярний відросток верхньої щелепи	Скелет	Хребет: відсутність дефектів (аксіальна, сагітальна, фронтальна площини) Верхні та нижні кінцівки – трьохсегментні
Шия	Відсутність пухлин (кістозна гідрома, тератома шії)	Плацента	Розташування Можливі аномалії
Грудна клітка/ Серце	Форма грудної клітки Розмір, розташування серця ЧСС плода 4 камери Шляхи викиду крові зі шлуночків серця Ультразвуковий зріз через 3 судини (висхідна аорта, легенева артерія, верхня порожниста вена) Зріз через 3 судини та трахею	Пуповина	Кількість судин, вид прикріплення
		Стать	Жіноча/чоловіча*

Примітка: *опційно, в залежності від умов обстеження та побажань вагітної/подружжя

а) **Череп** – оцінка за 4 ознаками:

- Розмір – оцінка при вимірюванні БПР, ОГ.
- Форма – овална, без втрати безперервності – за винятком черепних швів. Аномальна форма (лимон, полуниця, листя конюшини) повинна бути задокументована.
- Безперервність – відсутність дефектів кісток, відсутність зовнішніх видимих структур мозку.
- Ехогенність – однорідна, знижена лише на черепних швах. «Надмірно» ехогенні мозкові структури плода можуть вказувати на дефекти мінералізації кісток (наприклад, гіпофосфатазію, недосконалий остеогенез), аналогічно як піддатливість кісток черепа при компресії абдомінальним датчиком³⁶.

б) **Центральна нервова система (ЦНС)** плода – оцінка щонайменше у трьох площинах - трансентрикулярній, трансталамичній та трансцеребелярній (задня ямка).

Слід візуалізувати: бічні шлуночки з судинними сплетеннями, ППП, мозковий серп, таламус, мозочок та велику цистерну. Слід виміряти задній ріг бічного шлуночка.

в) **Обличчя плода** – оцінка верхньої губи (наявність ущелини), альвеолярного відростка верхньої щелепи, очних яблук, профілю обличчя, наявність та довжина носової кістки.

г) **Шия плода** – наявність можливих пухлин. Оцінка включає обстеження на такі ураження, як кістозна гідрома або тератома в цій області, та вимірювання потиличної складки (ПС) у терміні 18-22 тижні вагітності.

г) **Грудна клітка плода** – правильної форми, без деформацій, обидві легені однорідної ехогенності, без патологічних утворень, порожнин з рідиною та зміщення середостіння. Гіпоехогенна лінія діафрагми візуалізується на сагітальному перерізі.

д) **Серце плода** – під час дослідження рекомендується збільшити зображення серця плода, щоб воно займало 1/3 екрану (Таблиця 2).

Таблиця 2. Рекомендований об'єм ультразвукового скринінгу серця плода¹

Мінімальні параметри оцінки виділені жирним шрифтом
<ul style="list-style-type: none"> ● Визначення правої та лівої сторін плода, базуючись на його позиції в матці ● Візуалізація шлунка ● Візуалізація низхідної аорти спереду та зліва від хребта плода ● Візуалізація нижньої порожнистої вени попереду від аорти та справа від хребта плода ● Візуалізація серця у грудній клітці ● Розміри серця – площа серця займає 1/3 площі грудної клітки ● Візуалізація серця з лівої сторони грудної клітки ● Визначення вісі серця – $45 \pm 20^\circ$ ● Відсутність рідини в перикардіальній порожнині ● Оцінка ЧСС плода – переважно у лівому шлуночку у проекції 4 камер серця на шлуночкової перетинці на межі притоку та викиду крові, що дає можливість додатково визначити чи є порушення імпульсної провідності від передсердь до шлуночків (синусовий ритм – 110-160 уд/хв) ● Візуалізація 4 камер та «хреста» серця ● Візуалізація 3 судин у верхньому середостінні – легеневий стовбур, аорта, верхня порожниста вена ● Візуалізація 3 судин та трахеї у верхньому середостінні – трахея розташована справа від дуги аорти та дуги артеріальної (боталової) протоки ● Візуалізація шляхів викиду крові з камер серця ● LVOT (the left ventricular outflow tract) – шлях викиду крові з лівого шлуночка не розділений, визначається перетинково-васкулярна неперервність ● RVOT (the right ventricular outflow tract) – шлях викиду крові з правого шлуночка поділений на гілки: права та ліва легеневі артерії та артеріальна (боталова) протока ● Візуалізація перехрестя аорти та легеневої артерії після виходу з відповідного шлуночка

е) **Тулуб плода** – положення внутрішніх органів слід оцінити по відношенню до верхівки серця:

- **Шлунок плода** зліва, аномальне положення та форма (наприклад, подвійний міхур) повинні бути задокументованими.

- **Кишечник** повинен знаходитися в черевній порожнині. Ознаки розширення петель кишечника слід внести до протоколу УЗД.

- **Місце входження пуповини** разом з червеною стінкою формує зображення букви «Т». Місце входження пуповини потрібно дослідити на наявність порушень передньої черевної стінки (пупкова грижа, гастрошизис). Кількість судин у пуповині слід визначати, бажано за допомогою доплерографії, досліджуючи кровоплин артерій пуповини уздовж сечового міхура плода, або на поперечному зрізі пуповини. Наявність єдиної артерії пуповини є показанням для ретельної оцінки анатомії плода або подальшої діагностики у спеціалізованому центрі.

- **Жовчний міхур** плода не є предметом рутинного обстеження у II та III триместрі.

- **Обидві нирки** слід візуалізувати, розширення мискової системи потрібно задокументувати. Вимірювання ниркової миски необхідно проводити на поперечному перерізі живота плода на рівні нирок плода з хребтом плода на «6» або «12 годинах». Розміри більше 7 мм слід розглядати як показання для обстеження у спеціалізованому центрі.

- **Сечовий міхур** плода потрібно візуалізувати, збільшення розмірів та аномальну форму слід задокументувати (наприклад, візуалізація «замкової щілини» – задній уретральний клапан).

- **Хребет плода** – в сагітальній, аксіальній та фронтальній площинах з оцінкою безперервності шкіри. *Spina bifida* часто супроводжується змінами анатомії ЦНС плода (мозочок – ознака «банана», колапс великої цистерни). Дослідження в інших площинах може бути корисним для виявлення деформацій хребців або крижової агенезії.

- **Кінцівки плода** – мінімальна оцінка передбачає трьохсегментний вигляд кінцівок плода. Не вимагається рахувати пальці рук і ніг під час рутинного дослідження.

- **Оцінка плаценти** – мінімальна оцінка включає визначення положення плаценти та її відношення до внутрішнього вічка шийки матки в сагітальній проекції. Аномалії в структурі плаценти – гематоми, пухлини та інші патологічні утворення повинні бути задокументовані. Вагітним з хірургічними втручаннями на матці в анамнезі або з низько розташованою плацентою за показаннями рекомендовані повторні УЗД для діагностики прирощення плаценти. У випадках сумнівів слід провести повторну оцінку плаценти або направити жінку до спеціалізованого центру для діагностики прирощення плаценти (PAS placenta accreta spectrum – рекомендований в теперішній час термін для визначення плаценти accreta/increta/percreta)

Коментар робочої групи: *Класифікуйте розташування плаценти як передлежання плаценти (якщо плацента перекриває внутрішнє вічко шийки матки частково або повністю), як низько розташована плацента (край плаценти розташований на відстані ≤ 20 мм від внутрішнього вічка шийки матки) або як нормально розташована плацента (край плаценти розташований на відстані > 20 мм від внутрішнього вічка шийки матки) (рекомендація сильна, якість доказів помірна).*

Діагноз передлежання плаценти або низько розташованої плаценти не повинен ставитися на терміні вагітності $< 18-20$ тижнів, а попередній діагноз повинен бути підтвердженим на терміні вагітності > 32 тижні або раніше, якщо того вимагає клінічна ситуація. У жінок з низько розташованою плацентою перед кесаревим розтином (рекомендація сильна, якість доказів помірна) слід провести повторне УЗД (за 7-14 днів до операції) для підтвердження розташування плаценти.

(Джерело: Jain, V., Bos, H., & Bujold, E. (2020). Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. Journal of obstetrics and gynaecology Canada JOGC, 42(7), 906–917.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.07.019>)

- з) **Дослідження шийки матки, тіла матки, придатків матки** – в II триместрі можливо оцінити ризик передчасних пологів шляхом вимірювання довжини цервікального каналу (цервікометрія). Будь-які аномальні утворення в шийці матки або придатках матки слід документувати, якщо вони можуть перешкоджати вагінальним пологам.

- и) У разі виявлення «амніотичного сладжу» цей факт необхідно зафіксувати в протоколі дослідження.

- і) **Оцінка навколоплідних вод** – може проводитися з використанням напівкількісних показників: індексу навколоплідних вод або глибини максимальної вертикальної кишені. Вагітні із аномальною кількістю навколоплідних вод потребують детальної оцінки стану плода у спеціалізованому центрі.

- ї) **Визначення статі плода** – може проводитися за запитом та за згодою батьків. Якщо є якісь зміни, наприклад гідрома яєчка, кіста яєчника або гіпертрофія клітора, це повинно бути записано у протоколі дослідження.

- й) При обстеженні в III триместрі оцінка кровотоку в артерії пуповини, середній мозковій артерії або маткових артеріях рутинно не проводиться. Однак це може бути зроблено, якщо лікар, який має відповідну кваліфікацію, вважає це обстеження клінічно виправданим і може інтерпретувати результати.

Коментар робочої групи: При обстеженні в III триместрі вагітності рекомендований розрахунок передбачуваної маси плода за формулою Hadlock з оцінкою відповідності розрахованої маси плода гестаційному ваговому процентилю. Для оцінки відповідності розрахованої маси плода гестаційному ваговому процентилю можливо використовувати наявні онлайн ресурси сайтів FMF, WHO або Intergrowth з обов'язковим вказанням у протоколі дослідження джерела, за яким проводиться оцінка вагового процентилю.

(Джерело: ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction, 2020 <https://www.isuog.org/>)

Мінорними ехо-маркерами трисомії 21 у II триместрі вагітності є гіпоплазія кістки носу, права абераантна підключична артерія, збільшення шийної складки, вентрикуломегалія, гіперехогенний кишечник, пієлоектазія, гіперехогенний фокус у шлуночку серця, вкорочення плечової кістки, вкорочення стегнової кістки.

(Джерело: Agathokleous, M., Chaveeva, P., Poon, L. C., Kosinski, P., & Nicolaides, K. H. (2013). Meta-analysis of second-trimester markers for trisomy 21. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 41(3), 247–261. <https://doi.org/10.1002/uog.12364>)

Оцінка мінорних ехо-маркерів трисомії 21 може проводитися за показаннями у вагітних пізнього репродуктивного віку, у жінок з групи середнього ризику за результатами комбінованого тесту I триместру, з сімейним анамнезом хромосомної патології. Візуалізація мінорних ехо-маркерів є показанням для консультації жінки у спеціалізованому центрі.

УЗД при вагітності після очікуваної дати пологів

Після 280 днів вагітності ризик внутрішньоутробної загибелі плода зростає, особливо у випадках плодів із раніше не діагностованою затримкою внутрішньоутробного росту³⁷. Відповідно до чинних рекомендацій, після очікуваної дати пологів рекомендовано УЗД з наступною метою³⁸:

1. Оцінка положення і передлежання плода.
2. Оцінка серцевої діяльності та ЧСС плода.
3. Біометрія та визначення передбачуваної маси плода – за можливості і якщо останнє УЗД проводилося більше 7 днів тому. Визначення базується на біометричних параметрах (БПР, ОГ, ОЖ, ДС – за Hadlock для оцінки маси плода).
4. Оцінка об'єму навколоплідних вод (індекс навколоплідних вод або глибина максимальної вертикальної кишені).
5. Оцінка розташування плаценти та її відношення до внутрішнього вічка шийки матки.
6. У виправданих випадках – подальша оцінка, включаючи біофізичний профіль плода (за Manning) та/або доплерометрія артерії пуповини, середньої мозкової артерії з якісною оцінкою спектру потоку та напівкількісною оцінкою (визначення пульсаційного індексу з посиленням на процентильні значення). Слід підкреслити, що УЗД після очікуваної дати пологів має найвищий ризик помилки. У разі виявлення неправильного передлежання або неправильного положення плода, затримки росту плода або макросомії, олігогідрамніону необхідно направити пацієнтку до акушерського стаціонару для розродження.

Таблиця 3. Протокол УЗД у терміні 18-22 та 28-32 тижні вагітності

Заклад охорони здоров'я			Оцінка анатомії плода	норма	аномалії	не візуалізується
Прізвище, ініціали вагітної			Голова			
Дата народження			Форма			
Дата останньої менструації			Порожнина прозорої перетинки			
Термін вагітності за датою останньої менструації			Серп мозку			
Дата дослідження			Таламус			
Апарат			Бокові шлуночки, стандартний розмір до 10 мм			
Датчик			Мозочок			
Лікар, який направив вагітну			Велика цистерна – стандартний розмір 2-10 мм			
Лікар, який проводив УЗД			Обличчя			
Плодова біометрія			Орбіти			
			Профіль обличчя			
			Носова кістка (мм)			
			Верхня губа, нижня губа			
Параметр	мм	тижні	Альвеолярний відросток верхньої щелепи			
Біпаріетальний розмір			Шия, потилична складка стандартний розмір до 6 мм			
Окружність голівки			Серце			
Окружність живота			ЧСС _____ уд/хв			
Довжина стегна			Розташування			
Довжина плеча			Розміри			
Поперечний розмір мозочка			Огляд 4 камер			
Маса плода (г)			Огляд 3 судин та трахеї			
Плацента						
Розташування (стінка)						
Відстань від внутрішнього вічка (мм)						

Амніотична рідина (об'єм) <input type="checkbox"/> нормальний <input type="checkbox"/> аномальний Індекс амніотичної рідини (см) _____ Максимальна вертикальна кишеня (см) _____	Лівошлуночковий викид крові			
	Правошлуночковий викид крові			
Рухи плода <input type="checkbox"/> нормальні <input type="checkbox"/> відсутні	Черевна порожнина			
Положення плода <input type="checkbox"/> поздовжнє <input type="checkbox"/> поперечне <input type="checkbox"/> косе	Шлунок			
Передлежання плода <input type="checkbox"/> головне <input type="checkbox"/> тазове	Петлі кишечника			
Коментарі: Висновок: <input type="checkbox"/> нормальний та повний результат огляду <input type="checkbox"/> нормальний, але неповний результат огляду _____ _____ _____ _____ _____	Нирки			
	Сечовий міхур			
	Прикріплення пуповини до плаценти			
	Кількість судин пуповини	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	
	Скелет			
	Кінцівки			
	Ліва верхня кінцівка			
	Права верхня кінцівка			
	Ліва нижня кінцівка			
	Права нижня кінцівка			
Стать (опційно)	<input type="checkbox"/> чол			
	<input type="checkbox"/> жін			
Рекомендації:				
Підпис і печатка лікаря з УЗД				