Shrnutí

Úvod

V roce 2016 na počátku projektu Cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals, SDG) je morbidita a mortalita související s těhotenstvím stále nepřijatelně vysoká. Přestože došlo k významnému pokroku, musejí jednotlivé státy tyto pokroky upevnit a posílit a rozšířit své agendy tak, aby udělaly vše pro maximální zajištění zdraví a potenciálu svého obyvatelstva.

Světová zdravotnická organizace (WHO) si přeje svět, ve kterém se bude každé těhotné ženě a novorozenci dostávat kvalitní péče po celou dobu těhotenství, během porodu a v poporodním období. V rámci kontinuální péče o reprodukční zdraví poskytuje předporodní péče (ANC) platformu pro důležité činnosti spojené s poskytováním zdravotní péče, jako je propagace zdraví, screening, diagnostika a prevence onemocnění. Bylo zjištěno, že zavedením včasných a přiměřených postupů založených na důkazech může předporodní péče zachraňovat životy. Předporodní péče navíc poskytuje možnosti komunikovat a poskytovat podporu ženám, jejich rodinám a komunitám v rozhodujících chvílích v životě ženy. Při vypracovávání těchto doporučení k předporodní péči se vyjevila důležitost účinné komunikace o fyziologických, biomedicínských, behaviorálních a sociokulturních otázkách a účinné podpory, včetně podpory sociální, kulturní, emocionální a psychologické, poskytovaná ženám respektujícím způsobem. Tyto komunikační a podpůrné funkce předporodní péče jsou klíčové, a to nejen pro záchranu životů, ale i pro jejich zlepšení, jakož i pro lepší využívání zdravotní péče a její kvality. Pozitivní zkušenost žen s předporodní péčí a porodem může vytvořit základy zdravého mateřství.

Jedná se o souhrnnou směrnici WHO k rutinní předporodní péči o těhotné ženy a dospívající dívky. Cílem těchto doporučení je doplnit stávající směrnice WHO o řešení konkrétních komplikací souvisejících s těhotenstvím. Tato směrnice má reflektovat složitou povahu otázek týkající se postupů a poskytování předporodní péče, reagovat na ně a stavět do popředí lidské zdraví a dobrou pohodu – nejenom prevenci úmrtí a morbidity – v souladu s přístupem založeným na lidských právech.

Rozsah těchto doporučení byl dán systematickým přezkumem názorů žen, z nichž vyplývá, že ženy od předporodní péče očekávají dobrou zkušenost s těhotenstvím. Dobrá zkušenost s těhotenstvím je definována jako zachování normálního stavu po psychické i sociokulturní stránce, udržení zdravého těhotenství pro matku i dítě (včetně prevence rizik a úmrtí a léčby onemocnění), účinný přechod k pozitivnímu porodu a dosažení pozitivního mateřství (včetně mateřského sebehodnocení, kompetence a samostatnosti).

S vědomím, že zkušenost žen s péčí je pro transformaci předporodní péče a vytvoření prospívajících rodin a komunit zásadní, se tato doporučení zaměřují na následující otázky:

- Jaké postupy založené na důkazech používané v předporodní péči zlepšují výsledky a vedou k pozitivní zkušenosti s těhotenstvím?
- Jak by měly být tyto postupy prováděny?

Postupy vypracování směrnice

Cílem těchto doporučení je informovat o vývoji příslušných zásad poskytování zdravotní péče a klinických hodnocení. Tato směrnice byla vypracována za použití standardních pracovních postupů v souladu s postupem popsaným v *Příručce WHO k vypracování směrnic*. Tyto postupy ve stručnosti zahrnují: (i) určení prioritních otázek a výsledků, (ii) vyhledání a syntézu důkazů, (iii) vyhodnocení důkazů, (iv) formulaci doporučení a (v) plán implementace, rozšíření, vyhodnocení dopadů a

aktualizace doporučení. Kvalita vědeckých důkazů, o něž se tato doporučení opírají, byla klasifikována za pomoci systému hodnocení, posuzování a vývoje (GRADE) doporučení WHO k předporodní péči pro pozitivní zkušenost s těhotenstvím a na základě důvěry v důkazy pocházející z přehledů kvalitativního výzkumu (CERQual), a to u kvantitativních i kvalitativních důkazů. K přípravě důkazních profilů pro prioritní otázky byly použity aktuální systematické přehledy. Skupina pro vývoj směrnic (GDG), mezinárodní skupina odborníků, která se sešla za účelem vývoje tohoto doporučení, použila během dvou odborných konzultací v období mezi říjnem 2015 a březnem 2016 jako průvodce k formulaci doporučení rámec DECIDE (Vývoj a vyhodnocení komunikačních strategií na podporu informovaných rozhodnutí založených na důkazech) nástroj „evidence-to-decision" (rozhodnutí na základě důkazů), jenž zahrnuje kritéria, jako jsou účinky intervence, hodnoty, zdroje, rovnost, přijatelnost a proveditelnost.

Doporučení

Odborné konzultace WHO vedly k vypracování 39 doporučení vztahujících se k pěti typům intervencí: A. Nutriční intervence, B. Vyhodnocení zdraví matky a plodu, C. Preventivní opatření, D. Intervence u běžných fyziologických příznaků a E. Intervence zdravotnického systému pro zlepšení využívání a kvalitu předporodní péče. Intervence byly buď doporučeny, nedoporučeny nebo doporučeny za určitých podmínek na základě posouzení GDG dle kritérií DECIDE, což určilo jak směr, tak případný kontext doporučení. Aby každé z doporučení bylo správně pochopeno a uplatněno v praxi, je u každého z kontextuálně-specifických doporučení jasně uveden jejich kontext a přispívající odborníci poskytli tam, kde to bylo potřeba, dodatečné poznámky. Uživatelé doporučení by si měli přečíst tyto poznámky, které jsou v rámci směrnice uvedeny spolu s přehledy důkazů. Dále byla systematicky identifikována doporučení ze stávajících směrnic týkající se předporodní péče, která byla vypracovaná jinými odděleními WHO, kdy 10 takovýchto doporučení bylo zapracováno do této směrnice za účelem vytvořit souhrnný dokument pro konečného uživatele. Všech 49 doporučení k předporodní péči pro pozitivní zkušenost s těhotenstvím je shrnuto v tabulce 1.

V souladu se standardy vývoje směrnic WHO budou tato doporučení po zjištění nových důkazů přezkoumána a aktualizována, přičemž největší přezkumy a aktualizace budou provedeny minimálně každých pět let. WHO uvítá návrhy týkající se dalších otázek, které by měly být zahrnuty do příštích aktualizací doporučení.

Během odborných konzultací byly projednány úvahy o implementaci jednotlivých doporučení a směrnice jako celku. GDG kladla důraz na důkazy poukazující na zvýšený počet úmrtí plodu a nižší spokojenost žen s modelem čtyř návštěv (známým též jako zaměřená nebo základní předporodní péče) a rozhodla se zvýšit doporučený počet kontaktů mezi matkou a poskytovateli zdravotní péče, což může usnadnit posouzení dobré pohody a provádění intervencí pro zlepšení výsledků v případě zjištění problémů (viz doporučení E.7 v tabulce 1). Doporučení obsažená v této směrnici by měla být realizována souběžně s dalšími činnostmi zaměřenými na zlepšování kvality. Odvozené produkty této směrnice budou zahrnovat manuál pro implementaci do praxe určený lékařům, do něhož budou začleněna doporučení k předporodní péči a stanoveny správné klinické postupy. Tabulka 1 shrnuje seznam intervencí vyhodnocených GDG, a tudíž zahrnuje intervence, jež jsou doporučené, doporučené pouze za určitých podmínek (včetně výzkumu) a intervence, jež nejsou doporučené.

Tabulka 1: Souhrnný seznam doporučení WHO týkajících se předporodní péče (ANC) pro pozitivní zkušenosti s těhotenstvím.

Tato doporučení se týkají těhotných žen a dospívajících dívek v rámci běžně poskytované předporodní péče.

A. Nutriční intervence		
	Doporučení	Typ doporučení
Dietní intervence	A.1.1: Poradenství o zdravé výživě a soustavné fyzické aktivitě během těhotenství se u těhotných žen doporučuje k zachování zdraví a prevenci nadměrného přibývání na váze během těhotenství. [a]	Doporučeno.
	A.1.2: V podvyživených populacích se u těhotných žen doporučuje vzdělání v oblasti výživy v souvislosti se zvýšením denního příjmu energie a bílkovin za účelem snížení rizika nízké porodní váhy u novorozenců.	Doporučeno za určitých podmínek
	A.1.3: V podvyživených populacích se u těhotných žen doporučuje energeticky vyvážená a proteinová dietní suplementace ke snížení výskytu rizika zamlklého porodu a novorozenců s nízkou porodní hmotností vzhledem ke gestačnímu stáří.	dtto
	A.1.4: V podvyživených populacích se u těhotných žen nedoporučuje suplementace s vysokým obsahem bílkovin ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků.	Nedoporučuje se.
Suplementace železem a kyselinou listovou	A.2.1: Každodenní perorální suplementace železem a kyselinou listovou v dávce 30 až 60 mg elementárního železa [b] a 400 pg (0,4 mg) kyseliny listové [c] se doporučuje u těhotných žen jako prevence mateřské anémie, puerperální sepse, nízké porodní hmotnosti a předčasného porodu. [d]	Doporučeno.
	A.2.2: Intermitentní perorální	Doporučeno za určitých

	suplementace železem a kyselinou listovou v dávce 120mg elementárního železa [e] a 2 800g (2,8mg) kyseliny listové jednou týdně se doporučuje u těhotných žen pro zlepšení mateřských a neonatálních výsledků v případě, kdy každodenní podávání železa není přijatelné z důvodu vedlejších účinků, a dále u populací s prevalencí anémie mezi těhotnými nižší než 20%. [f]	podmínek
Suplementace vápníkem	A.3: U populací s nízkým příjmem vápníku v potravě se denní suplementace vápníkem (1,5 - 2,0 g perorálního prvkového vápníku) doporučuje u těhotných žen pro snížení rizika preeklampsie. [g]	Doporučeno za určitých podmínek
Suplementace vitaminem A	A.4: Suplementace vitaminem A se u těhotných žen doporučuje pouze v oblastech, kde nedostatek vitaminu A představuje závažný problém pro veřejné zdraví [h] a jako prevence šerosleposti. [i]	Doporučeno za určitých podmínek

a. Zdravá výživa obsahuje přiměřené množství energie, bílkovin, vitamínů a minerálů přijatých konzumací pestré stravy včetně zelené a oranžové zeleniny, masa, ryb, luštěnin, ořechů, celozrnných obilovin a ovoce.

b. Ekvivalentem 60 mg elementárního železa je 300 mg heptahydrátu síranu železnatého, 180 mg fumarátu železnatého nebo 500 mg glukonátu železnatého.

c. S podáváním kyseliny listové by se mělo začít co nejdříve (nejlépe před početím) pro prevenci defektů neurální trubice.

d. Toto doporučení nahrazuje předchozí doporučení uvedené ve Směrnici WHO: denní suplementace železem a kyselinou listovou u těhotných žen (2012).

e. Ekvivalentem 120 mg elementárního železa je 600 mg heptahydrátu síranu železnatého, 360 mg fumarátu železnatého nebo 1000 mg glukonátu železnatého.

f. Toto doporučení nahrazuje dřívější doporučení uvedené ve Směrnici WHO: intermitentní suplementace železem a kyselinou listovou u neanemických těhotných žen (2012).

g. Toto doporučení je v souladu s doporučeními WHO, která se týkají prevence a léčby preeklampsie a eklampsie (2011) a nahrazují dřívější doporučení uvedená ve Směrnicích WHO: suplementace vápníkem u těhotných žen (2013).

h. Nedostatek vitaminu A je závažným problémem pro veřejné zdraví, pokud u 5 % nebo více žen v populaci byla v průběhu posledního těhotenství za posledních 3-5 let, ukončeného porodem živého dítěte, diagnostikována anamnéza šerosleposti, anebo pokud 20 % nebo více těhotných žen má hladinu retinol séra nižší než 0,70 mol/L. Stanovení nedostatku vitaminu A jako problému pro veřejné zdraví zahrnuje odhad prevalence nedostatku u populace za použití specifických biochemických a klinických indikátorů stavu vitaminu A.

i. Toto doporučení nahrazuje dřívější doporučení uvedená ve Směrnici WHO: suplementace vitaminem A u těhotných žen (2011). Doporučení WHO týkající se předporodní péče pro pozitivní porodní zkušenost.

Suplementace zinkem	A.5: Suplementace zinkem u těhotných žen se doporučuje pouze v kontextu rigorózního výzkumu.	Doporučeno za určitých podmínek
Suplementace různými mikronutrienty	A.6: Suplementace různými mikronutrienty u těhotných žen ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků se nedoporučuje.	Nedoporučuje se.
Suplementace vitaminem B6 (pyridoxinem)	A.7: Suplementace vitaminem B6 (pyridoxinem) u těhotných žen se ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků nedoporučuje.	Nedoporučuje se.
Suplementace vitaminem E a C	A.8: Suplementace vitaminem E a C se u těhotných žen ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků nedoporučuje.	Nedoporučuje se.
Suplementace vitaminem D	A.9: Suplementace vitaminem D u těhotných žen se ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků nedoporučuje. [j]	Nedoporučuje se.
Omezení příjmu kofeinu	A.10: U těhotných žen s vysokým denním příjmem kofeinu (vyšším než 300 mg denně) [k] se snížení denní dávky kofeinu v těhotenství doporučuje jako prevence snížení rizika potratu a výskytu novorozenců s nízkou porodní hmotností.	Doporučeno za určitých podmínek

B. Posuzování stavu matky a plodu [l]		
	Doporučení	Typ doporučení
B.1: Posuzování stavu matky		
Anémie	B.1.1: Vyšetření krevního obrazu je doporučenou metodou k diagnostikování anémie během těhotenství. V zařízeních, kde vyšetření krevního obrazu nelze provést, se jako metoda k diagnostikování anémie v těhotenství doporučuje vyšetření hemoglobinu na	Doporučeno za určitých podmínek

	místě pomocí hemoglobinometru spíše než použití barevné stupnice ke stanovení hladiny hemoglobinu.	
Asymptomatická bakteriurie (ASB)	B.1.2: Odběr středního proudu moči ke kultivaci je doporučenou metodou k diagnostikování asymptomatické bakteriurie (ASB) v těhotenství. V zařízeních, kde odběr a kultivaci moči nelze provést, se jako metoda k diagnostikování ASB v těhotenství doporučuje barvení dle Grama prováděné na místě spíše než chemické vyšetření moči.	Doporučeno za určitých podmínek
Domácí násilí (Intimate Partner Violence, IPV)	B.1.3: Při posuzování stavů, jež by mohly být zapříčiněny nebo zkomplikovány IPV, je třeba při návštěvách v těhotenské poradně zvážit klinické dotazování ohledně možného domácího násilí (IPV) za účelem lepší klinické diagnózy a následné péče tam, kde existují kapacity k poskytnutí pomoci (včetně případného doporučení ke specialistovi) a kde jsou splněny minimální požadavky WHO. [m n]	Doporučeno za určitých podmínek

j. Toto doporučení nahrazuje předchozí doporučení uvedené ve Směrnici WHO: suplementace vitaminem D u těhotných žen (2012).

k. Patří sem jakýkoli výrobek, nápoj nebo potravina s obsahem kofeinu (např. překapávaná káva, čaj, nealkoholické nápoje typu kola, energetické nápoje s obsahem kofeinu, čokoláda, kofeinové tablety).

l. Záznamy o základních předporodních úkonech, jako je měření krevního tlaku matky, proteinurie, hmotnost a kontrola srdečních ozev plodu, GDG nevyhodnocovala, protože tyto úkony se považují za součást správné klinické praxe.

m. Minimální požadavky jsou: protokol/standardní pracovní postupy; školení ohledně dotazování na IPV a poskytování minimální nebo další péče; soukromí; zajištění důvěrnosti; vhodný systém doporučení odborníka; čas umožňující získat příslušné informace.

n. Toto doporučení je v souladu s řešením situací při domácím násilí a sexuálním násilí páchaném na ženách: Klinické a politické směrnice WHO (2013).

Doporučení zařazená z jiných směrnic WHO týkajících se předporodního vyhodnocení stavu matek.		
Gestační diabetes mellitus (GDM)	B.1.4: Hyperglykémii poprvé zjištěnou kdykoli v průběhu těhotenství je nutné klasifikovat v souladu s kritérii WHO jako gestační diabetes mellitus (GDM), nebo zjevný diabetes mellitus v těhotenství. [o]	Doporučeno.
Užívání tabáku	B.1.5: Zdravotnický personál by se měl všech těhotných co nejdříve a dále při každé návštěvě těhotenské poradny dotázat na jejich užívání tabáku (v minulosti a současnosti) a na to, zda jsou vystaveny pasivnímu kouření. [p]	Doporučeno.
Užívání návykových látek	B.1.6: Zdravotnický personál by se měl všech těhotných co nejdříve a dále při každé návštěvě těhotenské poradny dotázat na jejich užívání alkoholu a jiných návykových látek (v minulosti a současnosti). [q]	Doporučeno.
Virus lidské imunodeficience (HIV) a syfilis	B.1.7: V prostředích s vysokou prevalencí [r] by se mělo testování a poradenství HIV na popud poskytovatele péče (PITC) považovat za rutinní součást balíčku péče poskytované těhotným ženám ve všech zařízeních předporodní péče. V prostředích s nízkou prevalencí by mělo být PITC u těhotných žen v předporodní péči považováno za klíčovou součást snahy o eliminaci přenosu HIV z matky na dítě, snahy o spojení testů na HIV s testováním na syfilis, virovými nebo jinými důležitými testy s ohledem na prostředí a o posílení souvisejících systémů zaměřených na zdraví matek a dětí.	Doporučeno.
Tuberkulóza (TB)	B.1.8: V prostředí s prevalencí tuberkulózy (TB) v celkové populaci 100/100 000 obyvatel	Doporučeno za určitých podmínek

	nebo vyšší by měl být systematický screening aktivní TB u těhotných žen považován za součást předporodní péče. [t]	

B.2: Posuzování stavu plodu		
Počítání pohybů plodu za den	B.2.1: Počítání pohybů plodu za den, např. za pomoci „počítání do deseti“, se doporučuje pouze v kontextu výzkumných projektů.	Doporučeno za určitých podmínek
Měření vzdálenosti symfýza-fundus (SFH)	B.2.2: Nahrazení abdominální palpace měřením vdálenosti symfýza-fundus (SFH) pro posouzení růstu plodu a zlepšení výsledků porodu se nedoporučuje. Odklon od běžně používané praxe (abdominální palpace nebo měření SFH) v konkrétním zařízení se nedoporučuje.	Doporučeno za určitých podmínek
Prenatální kardiotokografie	B.2.3: Rutinní prenatální kardiotokografie u těhotných žen pro zlepšení mateřských a perinatálních výsledků se nedoporučuje.	Nedoporučuje se.

o. Nejedná se o doporučení rutinního provádění screeningu hyperglykémie v těhotenství. Převzato a upraveno z publikace WHO *Diagnostická kritéria a klasifikace hyperglykémie poprvé zjištěné v těhotenstv*í (2013), jež stanoví, že GDM by měla být diagnostikována kdykoli v průběhu těhotenství v případě, že je splněno alespoň jedno z uvedených kritérií:
• glukóza v plazmě žilní krve nalačno 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL),
• glukóza v plazmě žilní krve > 10,0 mmol/L (180 mg/dL) za 1 hodinu po perorální glukózové zátěži 75 g,
• glukóza v plazmě žilní krve 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) za 2 hodiny po perorální glukózové zátěži 75 g.
Diabetes mellitus v těhotenství by měla být diagnostikována v případě, že je splněno alespoň jedno z uvedených kritérií:
• glukóza v plazmě žilní krve nalačno > 7,0 mmol/L (126 mg/dL),
• glukóza v plazmě žilní krve > 11,1 mmol/L (200 mg/dL) za 2 hodiny po perorální glukózové zátěži 75 g,
• namátkový test hladiny glukózy v plazmě žilní krve > 11,1 mmol/L (200 mg/dL) při výskytu příznaků diabetes.

p. Převzato z doporučení WHO, která se týkají prevence a kontroly užívání tabáku a vystavení pasivnímu kouření v těhotenství (2013).

q. Převzato z publikovaných směrnic WHO týkajících se zjištění a kontroly užívání návykových látek a poruch vyvolaných užíváním návykových látek v těhotenství (2014).

r. Prostředí s vysokou prevalencí jsou v publikovaných *Sjednocených směrnicích WHO týkajících se testování HIV* z roku 2015 definována jako prostředí s prevalencí HIV u testované populace vyšší než 5 %. Prostředí s nízkou prevalencí jsou ta, kde je HIV prevalence u testované populace nižší než 5 %. V prostředích s generalizovanou nebo koncentrovanou epidemií HIV je nutné u HIV-negativních žen provést ve třetím trimestru testování znovu z důvodu vysokého rizika nákazy HIV během těhotenství; podrobnosti jsou uvedena v doporučení B.1.7

s. Upraveno a převzato z publikace WHO *Sjednocené směrnice týkající se testování HIV* (2015)

t. Upraveno a převzato z publikace WHO *Systematický screening ke zjištění aktivní tuberkulózy: zásady a doporučení* (2013).

u. Kardiotokografie je soustavné zaznamenávání srdeční frekvence plodu a děložních kontrakcí zjištěných pomocí ultrazvukového převodníku umístěného na břiše matky. Doporučeno WHO k předporodní péči pro pozitivní porodní zkušenost.

Ultrazvukové vyšetření	B.2.4: Jedno ultrazvukové vyšetření před 24. týdnem těhotenství (raný ultrazvuk) se doporučuje u těhotných žen k přibližnému určení gestačního stáří, pro lepší odhalení anomálií plodu a vícečetného těhotenství, snížení pravděpodobnosti vyvolávání porodu u přenášeného těhotenství a pro lepší porodní zkušenost ženy.	Doporučeno.
Snímání krevních cév plodu (dopplerovské vyšetření)	B.2.5: Rutinní ultrazvukové vyšetření dopplerovské vyšetření se pro zlepšení mateřských a perinatálních výsledků u těhotných žen nedoporučuje. [v]	Nedoporučuje se.

C. Preventivní opatření		
	Doporučení	Typ doporučení
Antibiotika u symptomatické bakteriurie (ASB)	C.1: Sedmidenní podávání antibiotik se doporučuje pro všechny těhotné ženy s asymptomatickou bakteriurií (ASB) jako prevence přetrvávající bakteriurie, předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti.	Doporučeno.
Profylaxe antibiotiky k prevenci rekurentních infekcí močových cest	C.2: Profylaxe antibiotiky k prevenci rekurentních infekcí močových cest u těhotných žen se doporučuje pouze v kontextu výzkumných projektů.	Doporučeno za určitých podmínek
Předporodní podávání anti-D imunoglobulinu	C.3: Předporodní profylaxe anti-D imunoglobulinem u nesenzitizovaných Rh-negativních těhotných žen ve 28. a 34. týdnu těhotenství k prevenci RhD aloimunizace se doporučuje pouze v kontextu výzkumných projektů.	Doporučeno za určitých podmínek
Preventivní léčba antihelmintiky	C.4: V endemických oblastech [w] se preventivní léčba antihelmintiky doporučuje u těhotných žen po prvním	Doporučeno za určitých podmínek

	trimestru v rámci programu na snížení parazitických infekcí.[x]	
Vakcinace tetanickým toxoidem	C.5: Vakcinace tetanickým toxoidem se doporučuje u všech těhotných žen v závislosti na předchozí vakcinaci pro prevenci novorozenecké úmrtnosti na tetanus. [y]	Doporučeno.
Doporučení převzatá z jiných směrnic WHO k předporodní péči		
Prevence malárie: intermitentní preventivní léčba v těhotenství (IPTp)	C.6: V endemických oblastech výskytu malárie v Africe se intermitentní preventivní léčba sulfadoxin-pyrimetaminem (IPTp-SP) doporučuje u všech těhotných žen. S dávkováním by se mělo začít ve druhém trimestru a dávky by měly být podávány s rozestupem minimálně jednoho měsíce s cílem zajistit podání alespoň tří dávek. [z]	Doporučeno za určitých podmínek
Preexpoziční profylaxe (PrEP) k prevenci HIV	C.7: Perorální preexpoziční profylaxe (PrEP) s obsahem tenofovir-disoproxil-fumarátu (TDF) by měla být nabídnuta jako dodatečná preventivní volba všem těhotným ženám se značným rizikem nákazy HIV v rámci přístupů kombinované prevence. [aa]	Doporučeno za určitých podmínek

v. Dopplerovské ultrazvukové vyšetření vyhodnocuje průtokové křivky umbilikální artérie (a jiných fetálních artérií) k vyhodnocení dobré pohody plodu ve třetím trimestru těhotenství.

w. Oblasti s více než 20% prevalencí helmintóz přenášených půdou.

x. V souladu s *publikovanými Směrnicemi WHO: preventivní chemoterapie k regulaci helmintóz přenášených půdou u vysoce rizikových skupin* (2016, v tisku).

y. Toto doporučení je v souladu se směrnicí WHO k imunizaci matek vůči tetanu (2006). Rozvrh dávkování závisí na předchozí vakcíně.

z. Převzato z publikovaných *Směrnic WHO k léčbě malárie* (2015), kde je mj. uvedeno: „WHO doporučuje, aby v afrických oblastech s mírným až vysokým přenosem malárie byla IPTp-SP podávána všem těhotným ženám při každé návštěvě těhotenské poradny, přičemž s podáváním by se mělo začít co nejdříve ve druhém trimestru za předpokladu, že dávky SP budou podávány s rozestupem

minimálně jednoho měsíce. WHO doporučuje balíček intervencí k prevenci malárie v těhotenství, jenž zahrnuje propagaci a používání insekticidních sítí a také IPTp-SP“.

Aby bylo možné zahájit IPTp-SP u těhotných žen v endemických oblastech co nejdříve ve druhém trimestru, měli by tvůrci politik zajistit kontakt mezi zdravotnickými systémy a ženami ve 13. týdnu těhotenství.

aa. Zařazeno z publikovaných směrnic WHO k zahájení antiretrovirové léčby a k preexpoziční profylaxi HIV (2015). Značné riziko nákazy HIV je definováno jako incidence nákazy HIV za absence PrEP, jež je dostatečně vysoká (incidence > 3 %) k tomu, aby se nabízení PrEP stalo potenciálně nákladově úsporným (nebo nákladově efektivním). Nabízení PrEP u osob značně ohrožených nákazou HIV maximalizuje přínosy s ohledem na rizika a náklady.

D. Intervence v případě běžných fyziologických příznaků		
	Doporučení	Typ doporučení
Nevolnost a zvracení	D.1: Zázvor, heřmánek, vitamin B6 a/nebo akupunktura dle preferencí ženy a dostupných možností se doporučují pro úlevu od nevolnosti v raném těhotenství.	Doporučeno.
Pálení žáhy	D.2: Jako prevence a úleva při pálení žáhy v těhotenství se doporučuje poradenství ohledně stravy a životosprávy. Ženám s obtížnými symptomy, jež neustupují ani po úpravě životosprávy, lze nabídnout antacidové preparáty.	Doporučeno.
Křeče v nohou	D.3: Pro úlevu od křečí v nohou v těhotenství lze použít hořčík, vápník nebo nefarmakologické možnosti léčby dle preferencí ženy a dostupných možností.	Doporučeno.
Bolest v dolní části zad a podbřišku	D.4: Pro prevenci bolesti v dolní části zad a podbřišku se doporučuje pravidelné cvičení po celou dobu těhotenství. Existuje celá řada různých možností léčby dle preferencí ženy a dostupných možností, jako např. fyzioterapie, podpůrné pásy a akupunktura.	Doporučeno.
Zácpa	D.5: K úlevě od zácpy v těhotenství, pokud se stav nelepší ani po úpravě stravy, lze použít pšeničné otruby nebo jiné potravinové doplňky s obsahem vlákniny dle preferencí ženy a dostupných možností.	Doporučeno.
Křečové žíly a otoky	D.6: Ke zmírnění křečových žil a otoků v těhotenství lze využít nefarmakologických možností, jako jsou kompresivní punčochy, nohy ve vyvýšené poloze a lázně nohou dle preferencí ženy a dostupných možností.	Doporučeno.

E. Intervence zdravotnických systémů za účelem lepšího využívání a kvality předporodní péče		
	Doporučení	Typ doporučení
Těhotenský průkaz (poznámky), který má žena u sebe	E.1: Doporučuje se, aby každá těhotná žena u sebe po dobu těhotenství nosila těhotenský průkaz se záznamy pro zajištění lepší kontinuity a kvality péče a pro její lepší porodní zkušenost.	Doporučeno.
Kontinuita péče vedené porodními asistentkami	E.2: Modely kontinuální péče vedené porodními asistentkami, kdy porodní asistentka nebo skupina porodních asistentek poskytuje ženě podporu během celého předporodního, porodního i poporodního období, se doporučují u žen v prostředích se správně fungujícími programy porodních asistentek.	Doporučeno za určitých podmínek
Skupinová předporodní péče	E.3: V kontextu výzkumných projektů lze těhotným ženám jako alternativu k individuální předporodní péči nabídnout skupinovou předporodní péči vedenou kvalifikovaným zdravotnickým personálem dle preferencí ženy a za předpokladu, že je dostupná infrastruktura a zdroje k poskytování skupinové předporodní péče.	Doporučeno za určitých podmínek
Intervence na úrovni komunit pro lepší komunikaci a podporu	E.4.1: Mobilizace v rámci komunity prostřednictvím cyklů společného vzdělávání a aktivní účasti se skupinami žen se doporučuje pro lepší zdraví matek a novorozenců, zejména ve venkovských oblastech s nízkou dostupností zdravotnických služeb. Prezenční skupiny žen představují pro ženy příležitost jak společně probrat své potřeby v těhotenství včetně překážek v přístupu k péči a zvýšit podporu těhotných žen.	Doporučeno za určitých podmínek

	E.4.2: Balíčky intervencí, které zahrnují mobilizaci v rámci domácnosti a komunity a předporodní návštěvy v domácnosti, se doporučují v zájmu lepšího využívání předporodní péče a perinatálních zdravotních výsledků, a to zejména ve venkovských oblastech s nízkou dostupností zdravotnických služeb.	Doporučeno za určitých podmínek
Převod úkolů v rámci poskytování předporodní péče[ac]	E.5.1: Převod úkolů při propagaci chování, které ovlivňuje zdraví matek a novorozenců, na širokou škálu zaměstnanců včetně nekvalifikovaného zdravotnického personálu, pomocných sester, porodních asistentek a lékařů se doporučuje.	Doporučeno.
	E.5.2: Převod úkolů při distribuci doporučených výživových doplňků a intermitentní preventivní léčby v těhotenství (IPTp) pro prevenci malárie na širokou škálu zaměstnanců včetně nekvalifikovaného zdravotnického personálu, pomocných sester, porodních asistentek a lékařů se doporučuje.	Doporučeno.
Nábor a udržení zaměstnanců ve venkovských a odlehlých oblastech [ae]	E.6: Tvůrci politiky by měli zvážit intervence v podobě vzdělávací, regulační, finanční, personální a odborné pomoci při náboru a udržení kvalifikovaného zdravotnického personálu ve venkovských a odlehlých oblastech.	Doporučeno za určitých podmínek
Rozvržení návštěv v rámci předporodní péče	E.7: Modely předporodní péče s minimálně osmi návštěvami se doporučují ke snížení perinatální mortality a pro lepší zkušenosti žen s péčí.	Doporučeno.

ab. Převzato z doporučení WHO k mobilizaci v rámci komunity prostřednictvím podporovaných cyklů prezenční výuky a činnosti se skupinami žen, pro zdraví matek a novorozenců (2014). Doporučení WHO k předporodní péči pro pozitivní porodní zkušenost.

ac. Doporučení upravená a převzatá ze směrnice WHO k optimalizaci role zdravotního personálu pro lepší přístup k hlavním intervencím ve prospěch zdraví matek a novorozenců prostřednictvím převodu úkolů (OptimizeMNH) (2012).

ad. Včetně propagace následujícího: záměrné vyhledávání péče a využívání předporodní péče, příprava na porod a připravenosti na komplikace; spaní pod insekticidními sítěmi; kvalifikovaná porodní péče; doprovod při porodu; výživové poradenství; výživové doplňky; jiné kontextuálně specifické doplňky a intervence; testování na HIV během těhotenství; výlučné kojení; poporodní péče a plánování rodičovství; imunizace v souladu s vnitrostátními pokyny.

ae. Doporučení upravená a převzatá z publikace WHO Zlepšování přístupu ke zdravotnickému personálu v odlehlých a venkovských oblastech pomocí lepší retence zaměstnanců: doporučení pro provádění globální politiky (2010).

A.1: Dietní intervence

A1.1: Poradenství o zdravé výživě a fyzické aktivitě

DOPORUČENÍ A.1.1: Poradenství o zdravé výživě a fyzické aktivitě poskytované těhotným ženám se doporučuje pro zachování zdraví a prevenci nadměrného přibývání na váze v těhotenství. (Doporučeno.)

Poznámky

• Zdravá výživa obsahuje přiměřené množství energie, bílkovin, vitamínů a minerálů získaných konzumací pestré stravy, včetně zelené a oranžové zeleniny, masa, ryb, luštěnin, ořechů, celozrnných obilovin a ovoce (41).

• Zainteresované osoby mohou zvážit kulturně vhodné intervence ve prospěch zdravé výživy a cvičení k prevenci nadměrného přibývání na váze v těhotenství, zejména u populací s vysokou prevalencí nadváhy a obezity, a to v závislosti na dostupných zdrojích a preferencích ženy. Intervence by měly být zaměřeny na ženu, prováděny bez předsudků a rozpracovány tak, aby zajistily přiměřený váhový přírůstek (viz další informace u bodů níže).

• Zdravý životní styl zahrnuje aerobní fyzické aktivity a posilovací cvičení zaměřené na udržení dobré tělesné kondice po celou dobu těhotenství bez snahy dosáhnout vrcholné fyzické kondice a bez trénování na sportovní závody. Ženy by si měly zvolit aktivity s minimálním rizikem ztráty rovnováhy nebo poranění plodu (42).

• K nejnormálnějšímu váhovému přírůstku v těhotenství dochází po 20 týdnech těhotenství, přičemž definice pojmu „normální“ je podmíněna regionálními rozdíly, měla by však zohlednit BMI před otěhotněním. Podle klasifikace Lékařského institutu (Institute of Medicine) (43) by ženy s podváhou na začátku těhotenství (tj. BMI < 18,5 kg/m2) měly přibrat 12,5–18 kg, ženy s běžnou váhou na začátku těhotenství (tj. BMI 18,5–24,9 kg/m2) by měly přibrat 11,5–16 kg, ženy s nadváhou (tj. BMI 25–29,9 kg/m2) by měly přibrat 7–11,5 kg a obézní ženy (tj. BMI > 30 kg/m2) by měly přibrat 5–9 kg.

• Většina podkladů souvisejících s intervencemi v oblasti zdravé výživy a cvičení pochází ze zemí s vysokými příjmy (high-income countries, HIC) a GDG zaznamenala, že v těchto zemích probíhá v dané oblasti nejméně 40 klinických zkoušek. GDG poznamenala, že je třeba provést výzkum týkající se účinků, proveditelnosti a přijatelnosti intervencí ve prospěch zdravé výživy a cvičení v zemích s nízkými a středními příjmy.

• Těhotenství může být optimálním obdobím pro intervence, které přinesou změnu chování u populací s vysokou prevalencí nadváhy a obezity. Dlouhodobý dopad takových intervencí na ženy, děti a partnery je třeba podrobit šetření.

• GDG poznamenala, že lékaři potřebují přesvědčivý vzdělávací balíček, který by zahrnoval standardizované pokyny k výživě. Tyto pokyny by měly být založené na důkazech, být udržitelné, dostupné a přizpůsobitelné různým kulturním prostředím.

A.1.2: Osvěta v oblasti výživy v souvislosti s příjmem energie a bílkovin.

DOPORUČENÍ A.1.2: V podvyživených populacích se u těhotných žen doporučuje osvěta v oblasti výživy v souvislosti se zvýšením denního příjmu energie a bílkovin, aby se snížilo riziko nízké porodní váhy u novorozenců. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Podvýživa je běžně definována nízkým BMI (tj. podváhou). U dospělých se 20–39% prevalence žen s podváhou považuje za vysokou prevalenci podváhy a 40% nebo vyšší prevalence se považuje za velmi vysokou prevalenci (46). K rozpoznání proteinové malnutrice u jednotlivých žen a k určení její prevalence v dané populaci může být užitečné i měření obvodu nadloktí (MUAC) (31). Je však nezbytné určit optimální mezní body pro jednotlivé země na základě kontextuálně specifických analýz a analýz nákladů a výnosů (31).

• Antropometrické charakteristiky celkové populace se mění, což je potřeba zohlednit pravidelným přehodnocováním prevalence podvýživy, aby intervence byly i nadále vhodně zvolené.

• GDG poznamenala, že lékaři potřebují přesvědčivý vzdělávací balíček, který by zahrnovat standardizované pokyny k výživě. Tyto pokyny by měly být založené na důkazech, být udržitelné, dostupné a přizpůsobitelné různým kulturním prostředím.

• Zúčastněné osoby mohou zvážit alternativní platformy pro uvádění tohoto doporučení do praxe (např. peer konzultanti, připomínky v médiích) a přesunout úkoly směrem k provádění intervence.

• Oblasti s velmi nedostatečným zabezpečením potravinami nebo s omezeným přístupem k pestré stravě by mohly zvážit další dodatečné intervence, jako např. distribuci suplementů s vyváženým obsahem proteinů a energie (viz Doporučení A.1.3).

A.1.3: Energetické a proteinové doplňky stravy

DOPORUČENÍ A.1.3: V podvyživených populacích se u těhotných žen doporučuje energeticky vyvážená strava a proteinová doplňky ke snížení rizika výskytu zamlklého porodu a výskytu novorozenců s nízkou porodní hmotností vzhledem ke gestačnímu stáří. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

GDG zdůraznila, že toto doporučení se vztahuje na populace nebo prostředí s vysokou prevalencí podvyživených těhotných žen, a nikoli na jednotlivé těhotné ženy, u nichž byla zjištěna podvýživa.

• Podvýživa je běžně definována nízkým BMI (tj. podváhou). U dospělých se 20–39% prevalence žen s podváhou považuje za vysokou prevalenci podváhy a 40% nebo vyšší prevalence se považuje za velmi vysokou prevalenci (46). K rozpoznání proteinové malnutrice u jednotlivých těhotných žen a k určení její prevalence v dané populaci může být užitečné i MUAC (31). Je však nezbytné určit optimální mezní hodnoty pro jednotlivé země na základě kontextuálně specifických analýz a analýz nákladů a výnosů (31).

• Je důležité stanovit postup pro zajištění kvality, aby bylo zaručeno, že výroba, balení a skladování vyvážených energetických a proteinových doplňků stravy probíhá v kontrolovaném a nekontaminovaném prostředí. Náklady a logistické aspekty, které s sebou doplňky s vyváženým obsahem energie a proteinů nesou, lze zmírnit jejich místní výrobou za předpokladu, že bude stanoven postup pro zajištění jejich kvality. Nepřetržité adekvátní dodávky suplementů jsou pro úspěšnost programu nezbytné. To vyžaduje jasné pochopení toho, jak funguje jejich obstarávání a dodavatelský řetězec, a dále investice v této oblasti.

• Programy je nutné vytvářet a soustavně vylepšovat na základě údajů a zkušeností získaných přímo v místě. Mezi příklady relevantními pro tento pokyn můžeme např. uvést:

– Lepší provádění intervence, její přijatelnosti a jejího využívání těhotnými ženami (např. překonáváním překážek v dodávkách a užívání).

– Distribuce doplňků s vyváženým obsahem energie a proteinů při příležitosti návštěv těhotenské poradny nemusí být proveditelná; pravděpodobně bude třeba naplánovat návštěvy navíc. Je třeba zvážit další náklady spojené s takovými návštěvami. Nedochází-li k návštěvám těhotenské poradny, pokud je jich málo nebo pokud k první návštěvě dojde příliš pozdě, je třeba zvážit alternativní platformy provádění (např. komunitní zdravotničtí pracovníci, přesun úkolů v rámci konkrétního zařízení).

– Hodnoty a preference, pokud jde o typy a množství doplňků s vyváženým obsahem energie a proteinů, se mohou lišit.

• Monitorování a vyhodnocení by mělo zahrnovat posouzení úložných prostor v domácnosti, znehodnocení, plýtvání, maloobchodního prodeje, společného užívání a dalších záležitostí vztahujících se k distribuci potravin.

• Každá země bude muset porozumět kontextuálně specifické etiologii podvýživy na vnitrostátní a nižší úrovni. Například, je-li prediktor dostupnosti potravin sezónní povahy, měl by to program zohlednit a dle potřeby přizpůsobit podmínkám (např. poskytování většího nebo menšího množství potravin různého typu v různých ročních obdobích). Dále je nezbytné zjistit více informací o tom, zda alternativy k energetickým a proteinovým doplňkům – jako např. hotovost nebo poukázky, případně zlepšení lokální a vnitrostátní výroby a distribuce potravin – mohou vést k lepším nebo stejným výsledkům.

• Antropometrické charakteristiky celkové populace se mění, což je potřeba zohlednit, aby mohly být zahrnuty pouze ty ženy, jimž to pravděpodobně prospěje (tj. pouze podvyživené ženy).

• GDG poznamenala, že není známo, zda existují rizika spojená s prováděním této intervence u žen s vysokým BMI.

A.1.4: Doplňky s vysokým obsahem bílkovin

DOPORUČENÍ A.1.4: V podvyživených populacích se u těhotných žen nedoporučují doplňky stravy s vysokým obsahem bílkovin za účelem zlepšení mateřských a perinatálních výsledků. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

• GDG zaznamenala, že neexistuje dostatek důkazů o případné prospěšnosti doplňků s vysokým obsahem proteinů.

• Další výzkum účinků doplňků s vysokým obsahem proteinů u podvyživené populace se nepovažuje za prioritu výzkumu.

A.2: Suplementace železem a kyselinou listovou

A.2.1: Suplementace železem a kyselinou listovou

DOPORUČENÍ A.2.1: Každodenní perorální suplementace železem a kyselinou listovou v dávce 30 až 60 mg elementárního železa [a] a 400 g (0,4 mg) kyseliny listové [b] se doporučuje u těhotných žen k prevenci mateřské anémie, puerperální sepse, nízké porodní hmotnosti a předčasného porodu. [c]

(Doporučeno.)

Poznámky

• Toto doporučení nahrazuje Směrnici WHO z roku 2012: denní suplementace železem a kyselinou listovou u těhotných žen (36) a mělo by být posouzeno společně s doporučením A.2.2 k intermitentní suplementaci železem.

• V prostředích, kde anémie u těhotných žen představuje pro veřejnost závažný zdravotní problém (tj. tam, kde má nejméně 40 % těhotných žen koncentraci hemoglobinu [Hb] v krvi < 110 g/L), se upřednostňuje denní dávka 60 mg elementárního železa spíše než nižší dávka.

• V prvním a třetím trimestru je práh Hb k diagnostikování anémie 110 g/L; ve druhém trimestru je tento práh 105 g/L (50).

• Je-li ženě v těhotenství diagnostikována anémie, její denní příjem elementárního železa by se měl zvýšit na 120 mg, dokud se koncentrace Hb nezvýší na normální hodnotu (Hb 110 g/L nebo vyšší) (34, 51). Poté může znovu pokračovat v přijímání standardní denní dávky elementárního železa pro prevenci opakovaného výskytu anémie.

• Efektivní komunikace s těhotnými ženami o výživě a zdravé stravě – včetně poskytování informací o zdrojích vitaminů a minerálů v potravě a o pestré stravě – je nedílnou součástí prevence anémie a poskytování kvalitní předporodní péče.

• Efektivní komunikační strategie jsou nezbytné pro lepší přijímání suplementačních schémat a soulad s nimi.

• Zainteresované osoby mohou zvážit způsoby, jak těhotným ženám připomínat užívání doplňků a jak jim pomoci při řešení souvisejících vedlejších účinků.

• V oblastech s endemickým výskytem infekcí, jako je např. malárie a nákaza přenášená parazitickým červem měchovcem, jež mohou prostřednictvím krevních ztrát, zvýšené destrukce červených krvinek nebo snížení jejich tvorby způsobit anémii, je nezbytné přijmout opatření k prevenci, diagnostikování a léčbě těchto infekcí.

• Perorální suplementy jsou dostupné ve formě kapslí nebo tablet (včetně rozpustných tablet, nerozpustných tablet a tablet s řízeným uvolňováním) (52). Stanovení postupu pro zajištění kvality je důležité k tomu, aby bylo zaručeno, že energetické a proteinové doplňky stravy jsou vyráběny, baleny a skladovány v kontrolovaném a nekontaminovaném prostředí.

• Pro kontextuálně specifické úpravy tohoto doporučení je nezbytná větší informovanost na úrovni státu, pokud jde o etiologii anémie (např. o endemičnosti malárie, hemoglobinopatiích) a prevalenci rizikových faktorů.

• Pro snazší monitorování a vyhodnocení jsou nezbytné standardizované definice vedlejších účinků.

• Vývoj a zdokonalování integrovaných systémů dohledu je nezbytný k propojení stavu anémie a železa na národní úrovni s vnitrostátními a celosvětovými systémy dohledu.

• Aby bylo zasažena nejohroženější populace a zajištěny včasné a soustavné dodávky doplňků, měly by zainteresované osoby v komunitních prostředích s nízkou dostupností zdravotnického personálu zvážit přesun úkolů při poskytování doplňkového železa (viz doporučení E.6.1, v části E: Intervence zdravotnických systémů ve prospěch lepšího využívání a kvality předporodní péče)

A.2.2: Suplementace železem a kyselinou listovou

DOPORUČENÍ A.2.2: Intermitentní perorální suplementace železem a kyselinou listovou v dávce 12 mg elementárního železa [a] a 2 800g (2,8 mg) kyseliny listové jednou týdně se doporučuje u těhotných žen pro zlepšení mateřských a neonatálních výsledků v případě, kdy denní podávání železa není přijatelné z důvodu vedlejších účinků, a u populací s prevalencí anémie mezi těhotnými nižší než 20 %. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Toto doporučení nahrazuje Směrnici WHO z roku 2012: intermitentní suplementace železem a kyselinou listovou u neanemických těhotných žen (55) a mělo by být posouzeno společně s Doporučením A.1.1.

• Obecně je prevalence anémie nižší než 20 % klasifikována jako mírný problém pro veřejné zdraví (33).

• Před zahájením intermitentní suplementace železem je nezbytné přesně změřit koncentraci Hb v krvi matky a potvrdit absenci anémie. Proto může toto doporučení vyžadovat pevný zdravotnický systém, díky kterému bude možné přesně měřit Hb a monitorovat stav anémie po celou dobu těhotenství.

• Je-li ženě během předporodní péče diagnostikována anémie (Hb < 110 g/L), je třeba jí podávat 120 mg elementárního železa a 400 µg (0,4 mg) kyseliny listové denně, dokud se koncentrace Hb nezvýší na normální hodnotu (Hb 110 g/L nebo vyšší) (34, 51). Poté může pokračovat v přijímání standardních denních předporodních dávek železa a kyseliny listové (nebo pokračovat v intermitentním přijímání dávek, je-li denní podávání železa nepřijatelné z důvodu vedlejších účinků) v rámci prevence opakovaného výskytu anémie.

• Zainteresované osoby mohou zvážit způsoby, jak těhotným ženám připomínat užívání doplňků na intermitentní bázi a pomoci jim při řešení souvisejících vedlejších účinků.

A.3: Suplementace vápníkem

DOPORUČENÍ A.3: U populací s nízkým příjmem vápníku v potravě se u těhotných žen doporučuje denní suplementace vápníkem (1,5–2,0 g perorálního elementárního vápníku) pro snížení rizika preeklampsie. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

Toto doporučení je v souladu s doporučeními WHO z roku 2011, která se týkají prevence a léčby preeklampsie a eklampsie (57) (důrazné doporučení, důkazy mírné kvality), a nahrazuje dřívější doporučení uvedená ve Směrnicích WHO z roku 2013: suplementace vápníkem u těhotných žen (38).

• Výživové poradenství těhotným ženám by mělo propagovat přiměřený příjem vápníku prostřednictvím lokálně dostupné stravy bohaté na vápník.

• Rozdělením dávky vápníku je možné dosáhnout jeho lepší přijatelnosti. Navrhované schéma suplementace vápníkem je 1,5–2 g denně, kdy celková dávka je rozdělena do tří dávek podávaných nejlépe během jídla.

• Mezi suplementy železa a vápníku může dojít k nežádoucím interakcím. Proto by se měly tyto dvě živiny podávat raději s několikahodinovým rozestupem spíše než souběžně (38).

• Vzhledem k chybějícím jednoznačným důkazům pro správné zahájení suplementace vápníkem mohou zainteresované osoby zahájit suplementaci při první návštěvě těhotenské poradny vzhledem k možným problémům s dodržováním.

• Aby bylo možné zasáhnout nejohroženější populaci a zajistit včasné a soustavné dodávky suplementů, mohou zainteresované osoby v komunitních prostředích s nízkou dostupností zdravotnického personálu zvážit přesun úkolů při poskytování suplementů vápníku (viz doporučení E.6.1, v části E: Intervence zdravotnických systémů ve prospěch lepšího využívání a kvality předporodní péče).

• Provádění a dopad tohoto doporučení je třeba monitorovat na úrovni zdravotnického zařízení, regionu i státu, a to na základě jasně definovaných kritérií a indikátorů souvisejících s lokálně odsouhlasenými cíli. Pro rozhodnutí zda zahrnout toto doporučení do balíčku předporodní péče je třeba vyhodnotit úspěchy i neúspěchy.

• Další pokyny WHO k prevenci a léčbě preeklampsie a eklampsie jsou dostupné v doporučeních WHO z roku 2011 (57), které jsou ke stažení na:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf

A.4: Suplementace vitaminem A

DOPORUČENÍ A.4: Suplementace vitaminem A se u těhotných žen doporučuje pouze v oblastech, kde nedostatek vitaminu A představuje závažný problém pro veřejné zdraví, a pro prevenci šerosleposti. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

Toto doporučení nahrazuje předchozí doporučení uvedená ve Směrnici z roku 2011: suplementace vitaminem A u těhotných žen (60).

• Vitamin A se pro zlepšení mateřských a perinatálních výsledků nedoporučuje.

• Nedostatek vitaminu A je závažným problémem pro veřejné zdraví, pokud u 5 % nebo více žen v populaci byla v průběhu posledního těhotenství za posledních 3-5 let, ukončeného porodem živého dítěte, diagnostikována anamnéza šerosleposti, anebo pokud 20 % nebo více těhotných žen má hladinu retinol séra nižší než 0,70 mol/L (61). Stanovení nedostatku vitaminu A jako problému pro veřejné zdraví zahrnuje odhad prevalence nedostatku u populace za použití specifických biochemických a klinických indikátorů stavu vitaminu A.

• Těhotné ženy by měly nabádány k dodržování zdravé výživy, přijímané nejlépe formou zdravé a vyvážené stravy, s odkazem na pokyny WHO týkající se zdravé výživy (41).

• V oblastech, kde je suplementace indikována z důvodu nedostatku vitaminu A, lze vitamin A podávat denně nebo týdně. Stávající směrnice WHO navrhují dávku až 10 000 IU vitaminu A denně, případně týdenní dávku až 25 000 IU (60).

• Jediná dávka suplementu vitaminu A vyšší než 25 000 IU se nedoporučuje vzhledem k nejisté bezpečnosti. Navíc jediná dávka suplementu vitaminu A vyšší než 25 000 IU by mohla být teratogenní v případě, že bude přijata mezi 15. a 60. dnem od početí (60).

• Nebyla prokázána žádná prospěšnost přijímání suplementů vitaminu A u populace, kde běžný denní příjem vitaminu A přesahuje 8000 IU nebo 2400 µg. Potenciální riziko nežádoucích příhod se zvyšuje s vyšším příjmem (nad 10 000 IU), pokud lidé v této populaci běžně užívají suplementy (62).

A.5: Suplementace zinkem

DOPORUČENÍ Suplementace zinkem u těhotných žen se doporučuje pouze v kontextu rigorózního výzkumu. (Kontextuálně specifické doporučení – výzkum.)

Poznámky

• U mnoha zahrnutých studií hrozilo riziko podjatosti, což ovlivnilo jistotu důkazů o účincích suplementace zinkem.

• Důkazy nízké jistoty o tom, že suplementace zinkem by mohla snížit pravděpodobnost předčasného porodu, vyžadují další výzkum, stejně jako další výsledky, u nichž jsou důkazy velmi nejisté (např. perinatální mortalita, neonatální sepse), a to zejména u populace s nedostatkem zinku, kde neexistuje žádná politika pro doplňování stravy. Další studie by měla být zaměřena na objasnění toho, do jaké míry si suplementace zinkem konkuruje s předporodními suplementy železa a/nebo vápníku, pokud jde o absorpci. GDG se domnívá, že obohacování potravin by mohlo představovat nákladově efektivnější strategií a že jsou zapotřebí další důkazy o nákladové efektivitě strategií obohacování potravin.

A.6: Suplementace různými mikronutrienty (MMN)

DOPORUČENÍ A.6: Suplementace různými mikronutrienty u těhotných žen pro zlepšení mateřských a perinatálních výsledků se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

• Existují některé důkazy o dodatečné prospěšnosti MMN suplementů s obsahem 13–15 různých mikronutrientů (včetně železa a kyseliny listové) v porovnání se samotným železem a kyselinou listovou. Existují však i důkazy o riziku a závažné mezery v důkazech. Přestože se GDG shodla na tom, že pro vydání doporučení není dostatek důkazů, dohodla se skupina, že tvůrci politiky u populací s vysokou prevalencí nutričního deficitu mohou zvážit přínos MMN suplementů pro zdraví matek, pokud by převážil nad nedostatky, a mohou se rozhodnout podávat MMN suplementy s obsahem železa a kyseliny listové.

• Je potřeba provést další výzkum, abychom mohli určit, které mikronutrienty zlepšují mateřské a perinatální výsledky a které z nich lze optimálně zkombinovat do jediného suplementu.

A. 7: Suplementace vitaminem B6 (pyridoxinem)

DOPORUČENÍ A. 7: Suplementace vitaminem B6 (pyridoxinem) u těhotných žen ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

• Těhotné ženy je třeba vybízet k přijímání odpovídající výživy, nejlépe konzumací zdravé, vyvážené stravy, a odkázat je na pokyny týkající se zdravé výživy (41).

• GDG se shodla na tom, že neexistuje dostatek důkazů o případných přínosech a škodlivosti rutinní suplementace vitaminem B6 v těhotenství. Výzkum zaměřený na účinky rutinní suplementace vitaminem B6 na mateřské a perinatální výsledky u těhotných žen se však nepovažuje za prioritu výzkumu.

A.8: Suplementace vitaminem E a C

DOPORUČENÍ A.8: Suplementace vitaminem E a C u těhotných žen ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

• GDG zaznamenala, že suplementy s kombinací vitaminu E a C byly hodnoceny zejména v kontextu prevence preeklampsie. Vitamin C je důležitý pro zlepšení biologické dostupnosti perorálního železa, to však nebylo v kontextu recenzí skupiny Cochrane zohledněno. Navíc z důkazů nízké jistoty o podávání samotného vitaminu C vyplývá, že může zabránit předporodní ruptuře membrán (PROM). Proto se GDG dohodla, že příští studie by měla zvažovat suplementy vitaminu C odděleně od kombinovaných suplementů vitaminu E a C.

• Těhotné ženy je třeba vybízet k přijímání adekvátní výživy, nejlépe konzumací zdravé, vyvážené stravy, a odkázat je na pokyny týkající se zdravé výživy (41). Přijmout dostatečné množství vitaminu C stravou je relativně snadné.

A.9: Suplementace vitaminem D

DOPORUČENÍ A.9: Suplementace vitaminem D se u těhotných žen ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení nahrazuje předchozí doporučení uvedená ve Směrnici WHO z roku 2012: suplementace vitaminem D u těhotných žen (75).

• Těhotné ženy je třeba informovat, že nejdůležitějším zdrojem vitaminu D je sluneční světlo. Množství potřebného času stráveného na slunci není známo a závisí na mnoha proměnných, jako je například plocha exponované pokožky, denní doba, zeměpisné pásmo a roční období, pigmentace pokožky (tmavší pokožka syntetizuje méně vitaminu D než světlejší pigmenty) a používání prostředků na ochranu proti slunečnímu záření (75).

• Těhotné ženy je třeba vybízet k přijímání adekvátní výživy, nejlépe konzumací zdravé vyvážené stravy, a odkázat je na pokyny týkající se zdravé výživy (41).

• Těhotným ženám s prokázaným nedostatkem vitaminu D lze podávat suplementy vitaminu D v množství odpovídajícím aktuálnímu doporučenému dennímu příjmu nutrientu (recommended nutrient intake, RNI) 200 IU (5 µg).

• Podle recenze skupiny Cochrane existuje v současnosti 23 probíhajících nebo nezveřejněných studií k suplementaci vitaminem D v těhotenství (76). Důkazy z těchto klinických zkoušek by měly pomoci objasnit aktuální otázky týkající se účinků vitaminu D, zejména účinků na předčasný porod, a jakýchkoli jiných přínosů nebo škodlivosti vitaminu D v kombinaci s jinými vitaminy a minerály, zejména vápníkem.

A.10: Omezení příjmu kofeinu

DOPORUČENÍ A.10: Těhotným ženám s vysokým denním příjmem kofeinu (vyšším než 300 mg denně)[a] se doporučuje snížit denní dávku kofeinu během těhotenství, aby se snížilo riziko potratu a výskytu novorozenců s nízkou porodní hmotností. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Těhotné ženy by měly být informovány, že vysoký denní příjem kofeinu (> 300 mg denně) má pravděpodobně souvislost s vyšším rizikem potratu a nízké novorozenecké hmotnosti.

• Kofein je stimulant, který se nachází v čaji, kávě, nealkoholických nápojích, čokoládě, kolových ořeších a některých volně prodejných lécích. Káva je pravděpodobně nejběžnějším zdrojem vysokého příjmu kofeinu. Šálek rozpustné kávy může obsahovat přibližně 60 mg kofeinu; některé komerční značky překapávané kávy však obsahují více než 150 mg kofeinu v jednom nápoji.

• Čaje s obsahem kofeinu (černý a zelený čaj) a nealkoholické nápoje (nápoje typu kola a ledový čaj) obvykle obsahují méně než 50 mg na nápoj o objemu 250 ml.

[a] Patří sem jakýkoli výrobek, nápoj nebo potravina s obsahem kofeinu (např. překapávaná káva, čaj, nealkoholické nápoje typu kola, energetické nápoje s obsahem kofeinu, čokoláda, kofeinové tablety).

B.1.1: Anémie

DOPORUČENÍ B.1.1: Vyšetření celkového krevního obrazu je doporučenou metodou pro diagnostikování anémie v těhotenství. V zařízeních, kde vyšetření celkového krevního obrazu nelze provést, se jako metoda k diagnostikování anémie v těhotenství doporučuje vyšetření hemoglobinu na místě pomocí hemoglobinometru spíše než použití barevné stupnice ke stanovení hladiny hemoglobinu.

(Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• GDG se shodla na tom, že vysoké opakované náklady vzniklé v souvislosti s vyšetřováním Hb za pomoci hemoglobinometrů by mohly snížit proveditelnost této metody v některých nízkozdrojových prostředích; v takových případech lze použít metodu WHO pro určení hladiny hemoglobinu za pomoci barevné stupnice.

• Je potřeba vyvinout a/nebo prozkoumat technicky nenáročné metody k detekci anémie na místě.

B.1.2: Asymptomatická bakteriurie (ASB)

DOPORUČENÍ B.1.2: Odběr středního proudu moči ke kultivačnímu vyšetření je doporučenou metodou k diagnostikování asymptomatické bakteriurie (ASB) v těhotenství. V zařízeních, kde kultivační odběr moči nelze provést, se jako metoda k diagnostikování ASB v těhotenství, prováděná v místě, doporučuje barvení dle Grama spíše než chemické vyšetření moči. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Toto doporučení je nutné zvážit společně s doporučením C.1 k léčbě ASB (viz část C: Preventivní opatření).

• GDG se shodla na tom, že vyšší náklady na využívání zdrojů v souvislosti s testováním Gramovým barvením by mohly snížit proveditelnost této metody v prostředích s omezenými prostředky; v takových případech lze použít chemické testování.

• GDG se dohodla, že ASB je prioritním tématem výzkumu vzhledem k její spojitosti s předčasným porodem a k nejistotě související s testováním moči a léčbou v prostředích s odlišnými úrovněmi prevalence ASB. Konkrétně je potřeba provést studie srovnávající testování a léčbu v místě a testování plus potvrzení testu s léčbou potvrzené kultivace, aby bylo možné prozkoumat zdravotní a další relevantní výsledky včetně přijatelnosti, proveditelnosti a antimikrobiální rezistence. Dále je třeba vyvinout lepší testy v místě, které zlepší přesnost a sníží pravděpodobnost nadbytečné léčby ASB. Také je nezbytné určit prevalenci ASB, při které by mohlo být účinné spíše cílené testování a léčba než univerzální testování.

B.1.3: Domácí násilí (Intimate Partner Violence, IPV)

DOPORUČENÍ B.1.3: Při posuzování stavů, jež by mohly být zapříčiněny nebo zkomplikovány IPV, je třeba při návštěvách v těhotenské poradně zvážit klinické dotazování ohledně možného domácího násilí (IPV) za účelem lepší klinické diagnózy a následné péče tam, kde existují kapacity k poskytnutí

pomoci (včetně případného doporučení ke specialistovi) a kde jsou splněny minimální požadavky WHO. [a] (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Toto doporučení je v souladu s publikací z roku 2013 s názvem „Reakce na domácí násilí a sexuální násilí páchané na ženách: Klinické a strategické směrnice WHO“ (86). Důkazy o klinickém dotazování byly nepřímé (důrazné doporučení) a kvalita důkazů o univerzálním screeningu byla posouzena jako nízká až mírná (podmíněné doporučení).

• „Univerzální screening“ nebo „rutinní dotazování“ (tj. dotazování se všech žen při všech návštěvách zdravotnického zařízení) se v souvislosti s IPV nedoporučuje. Nicméně směrnice WHO považují předporodní péči za prostředí, kde by rutinní dotazování mohlo být zavedeno, pokud jsou poskytovatelé péče dobře proškoleni k poskytnutí okamžité pomoci a jsou splněny minimální požadavky (86).

• Příklady některých stavů během těhotenství, jež mohou být zapříčiněny nebo zkomplikovány IPV (86):

– traumatická poranění, zejména pokud k nim dochází opakovaně a jejich vysvětlení jsou vágní nebo nepravděpodobná;

– rušivé chování partnera nebo manžela přítomného během prohlídek;

– nepříznivé reprodukční výsledky, včetně četných neplánovaných těhotenství a/nebo jejich ukončení, prodleva s vyhledáním předporodní péče, nepříznivé výsledky porodu, opakovaná pohlavně přenosná infekční onemocnění;

– nevysvětlené nebo opakované urogenitální symptomy;

– příznaky deprese nebo úzkosti;

– užívání alkoholu a jiných návykových látek;

– sebepoškozování, pokusy o sebevraždu, příznaky deprese a úzkosti.

• GDG se dohodla, že navzdory nedostatku důkazů je důležité vydat doporučení vzhledem k vysoké prevalenci a důležitosti IPV. Předporodní péče poskytuje proto pro dotazování na IPV u žen, u kterých mohou existovat překážky v přístupu ke zdravotní péči, a současně umožňuje sledování v průběhu předporodní péče s odpovídajícími podpůrnými intervencemi, jako je poradenství a intervence ve prospěch lepšího postavení takových žen. Nicméně důkazy o přínosech a možné škodlivosti klinického dotazování a následných intervencí chybí nebo jsou nejisté.

• Minimální podmínkou k tomu, aby se poskytovatelé zdravotní péče dotazovali žen na násilí, je bezpečnost (tj. v nepřítomnosti partnera). Dále po zjištění IPV musí následovat odpovídající reakce. Kromě toho musejí být poskytovatelé vyškoleni ke správnému kladení otázek a poskytování přiměřených odpovědí ženám, které přiznají násilí (86).

• Je zapotřebí provést výzkum IPV, který by odpověděl na následující otázky:

– Jaké jsou nejúčinnější strategie zjištění, prevence a řešení IPV v těhotenství?

– Má rutinní dotazování na násilí vliv na docházku do těhotenské poradny?

– Mohou intervence zaměřené na partnery těhotných žen zabránit IPV?

• Podrobné pokyny k odpovědím na IPV a sexuální násilí páchané na ženách lze nalézt v klinických a strategických směrnicích WHO z roku 2013, které jsou ke stažení na: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/

[a] Minimální požadavky jsou: protokol/standardní pracovní postupy; školení ohledně dotazování o IPV a poskytování minimální nebo další pomoci; soukromé; zajištění důvěrnosti; vhodný systém odkazování; čas umožňující získat příslušné informace.

B.1.4: Gestační diabetes mellitus (GDM)

DOPORUČENÍ B.1.4: Hyperglykémii poprvé zjištěnou kdykoli v průběhu těhotenství je nutné v souladu s kritérii WHO klasifikovat jako gestační diabetes mellitus (GDM), nebo zjevný diabetes mellitus v těhotenství. [a] (Doporučeno.)

Poznámky

• Toto doporučení bylo převzato z publikace WHO z roku 2013 s názvem *„Diagnostická kritéria a klasifikace hyperglykémie poprvé zjištěné v těhotenství“* (síla doporučení a kvalita důkazů nebyly uvedeny) (94).

• WHO v současnosti nemá žádné doporučení týkající se toho, zda a jak provádět screening GDM, přičemž strategie screeningu GDM se považují za prioritní oblast výzkumu, zejména v zemích s nízkým až středním příjmem (LMIC).

• Zjevný diabetes mellitus v těhotenství se liší od GDM v tom, že hyperglykémie je závažnější a nevyřeší se s koncem těhotenství jako GDM.

• Ze systematického přehledu kohortových studií vyplývá, že ženám s hyperglykémií (diabetes mellitus a GDM) zjištěnou v těhotenství hrozí větší riziko nepříznivých výsledků porodu včetně makrosomie, preeklampsie/eklampsie/hypertenzních poruch v těhotenství a dystokií ramének. Léčba GDM, jež zpravidla zahrnuje postupné změny životního stylu (nutriční poradenství a cvičení) s následným podáváním perorálních přípravků ke snížení hladiny glukózy v krvi nebo, je-li to nezbytné, inzulinu, účinně snižuje pravděpodobnost špatných výsledků (94).

• Existuje mnoho nejasností ohledně nákladové efektivity různých screeningových strategií, prevalence GDM a diabetes mellitus na základě kritérií z roku 2013 v různých populacích a dopadu včasné diagnózy na výsledky těhotenství (viz Kapitola 5: Implikace výzkumu) (94).

• Diagnostické okno pro GDM je běžně mezi 24. a 28. týdnem těhotenství. V některých zařízeních se používá screening rizikových faktorů jako strategie k určení potřeby dvouhodinového testu tolerance 75g perorální glukózy (OGTT). Mezi rizikové faktory patří BMI vyšší než 30 kg/m ^{2}, předchozí GDM, předchozí makrosomie, rodinná anamnéza diabetes mellitus a příslušnost k etniku s vysokou prevalencí diabetes mellitus (95). Navíc glykosurie zjištěná chemickým vyšetřením moči (2+ nebo vyšší během jednoho měření, nebo 1+ po dvou nebo více měřeních) může ukazovat na nediagnostikovanou GDM; při jejím zpozorování lze zvažovat provedení OGTT (95).

• Přístup u žen klasifikovaných jako diabetes mellitus v těhotenství (tj. závažná hyperglykémie poprvé zjištěná v těhotenství) se zpravidla liší od přístupu u žen s GDM, zejména pokud byla diagnostikovaná v raném těhotenství; nicméně zásady vedení léčby jsou podobné a v obou případech je nezbytné pacientky odeslat ke specialistovi a pozorněji sledovat.

• Více informací a zdůvodnění týkajících se tohoto doporučení lze nalézt ve směrnici WHO z roku 2013 (94), které je ke stažení na:
http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/

[a] Nejedná se o doporučení rutinního provádění screeningu hyperglykémie v těhotenství. Upraveno a převzato z publikace WHO (94), jež stanoví, že GDM by měla být diagnostikována kdykoli v průběhu těhotenství v případě, že je splněno alespoň jedno z uvedených kritérií:
• glukóza v plazmě žilní krve nalačno 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL,)
• glukóza v plazmě žilní krve > 10,0 mmol/L (180 mg/dL) 1 hodinu po perorální glukózové zátěži 75 g,
• glukóza v plazmě žilní krve 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) 2 hodiny po perorální glukózové zátěži 75 g.
Diabetes mellitus v těhotenství by měla být diagnostikována v případě, že je splněno alespoň jedno z uvedených kritérií:
• glukóza v plazmě žilní krve nalačno > 7,0 mmol/L (126 mg/dL)
• glukóza v plazmě žilní krve > 11,1 mmol/L (200 mg/dL) za 2 hodiny po perorální glukózové zátěži 75 g,
• namátkový test hladiny glukózy v plazmě žilní krve > 11,1 mmol/L (200 mg/dL) při výskytu příznaků diabetes.

B.1.5: Užívání tabáku

DOPORUČENÍ B.1.5: Zdravotnický personál by se měl všech těhotných co nejdříve a při každé návštěvě těhotenské poradny dotázat na užívání tabáku (v minulosti nebo současnosti) a na to, zda jsou vystaveny pasivnímu kouření. (Doporučeno.)

Poznámky

• Toto důrazné doporučení, založené na důkazech nízké kvality, bylo převzato z doporučení WHO z roku 2013, které se týkalo prevence a kontroly užívání tabáku a pasivního kouření v těhotenství (96). Příslušná doporučení z této směrnice jsou například tato:

– Poskytovatelé zdravotní péče by měli rutinně poskytovat rady a psychosociální intervence zacílenou na to, aby se všechny těhotné ženy, ať již ty, které aktuálně kouří, nebo ty, které nedávno přestaly, zdržely kouření (důrazné doporučení založené na důkazech mírné kvality).

– Všechna zdravotnická zařízení by měla být nekuřácká kvůli ochraně zdraví veškerého personálu, pacientů a návštěvníků včetně těhotných žen (důrazné doporučení založené na důkazech nízké kvality).

– Poskytovatelé zdravotní péče by měli těhotné ženy, jejich partnery a další členy domácnosti informovat o rizicích, která přináší pasivní kouření (second-hand smoke, SHS), v souvislosti se všemi formami kouření tabáku, jakož i o strategiích snižování SHS v domácnosti (důrazné doporučení založené na důkazech nízké kvality).

– Poskytovatelé zdravotní péče by se měli vždy, když je to možné, spojit přímo s partnery a jinými členy domácnosti, aby je informovali o všech rizicích vystavení SHS v důsledku všech forem kouření tabáku, propagovali snížení expozice a nabídli pomoc při odvykání kouření (důrazné doporučení založené na důkazech nízké kvality).

• Další pokyny ke strategiím zaměřeným na prevenci a kontrolu užívání tabáku a pasivního kouření lze nalézt v doporučeních WHO z roku 2013 (96), která jsou dostupná na:
http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/

B.1.6: Užívání návykových látek

DOPORUČENÍ B.1.6: Zdravotnický personál by se měl všech těhotných co nejdříve a při každé návštěvě těhotenské poradny dotázat na užívání alkoholu a jiných návykových látek (v minulosti i současnosti). (Doporučeno.)

Poznámky

• Toto důrazné doporučení, založené na důkazech nízké kvality, bylo převzato z doporučení WHO z roku 2014, které se týká zjištění a kontroly užívání návykových látek a poruch spojených s užíváním návykových látek v těhotenství (97). Obecné zásady této směrnice, které mají za cíl upřednostňovat prevenci, zajišťují přístup k prevenci a léčbě, respektují ženskou samostatnost, poskytují komplexní péči a chrání před diskriminací a stigmatizací.

• GDG odpovědná za toto doporučení poznamenala, že dotazování žen při každé návštěvě těhotenské porady je důležité, neboť u některých žen je pravděpodobnější, že citlivé informace nahlásí pouze po navázání vztahu založeného na důvěře.

• Těhotné ženy by měly být informovány o možných zdravotních rizicích, jež užívání alkoholu a drog představuje pro ně samotné a pro jejich děti.

• K dispozici jsou schválené pomůcky pro screening užívání alkoholu, dalších návykových látek a poruch způsobených užíváním návykových látek (viz příloha č. 3 směrnice z roku 2014 [97]).

• Poskytovatelé zdravotné péče by měli být připraveni zasáhnout nebo nahlásit všechny těhotné ženy, u nichž bylo zjištěno požívání alkoholu a/nebo drog (v současnosti a minulosti).

• Další doporučení směrnice týkající se žen, u nichž byla zjištěna závislost na alkoholu nebo drogách, zahrnují následující:

– Poskytovatelé zdravotní péče by měli při nejbližší příležitosti poradit ženám závislým na alkoholu nebo drogách, aby přestaly s požíváním alkoholu nebo užíváním drog, a případně je, je-li to nezbytné, odkázat je na detoxikační služby pod lékařským dohledem (důrazné doporučení, založené na důkazech velmi nízké kvality).

– Poskytovatelé zdravotní péče by měli nabídnout rychlou intervenci všem těhotným ženám, užívajícím alkohol nebo drogy (důrazné doporučení, založené na důkazech nízké kvality).

• Bylo rozhodnuto, že navzdory nízké kvalitě důkazů o účincích rychlé psychosociální intervence převážil přínos (možné omezení užívání alkoholu a návykové látky) nad veškerými možnými újmami, jež byly shledány jako minimální.

• Rychlou intervencí je krátkodobá strukturovaná terapie (zpravidla 5–30 minut) poskytnutá s cílem pomoci dané osobě přestat s užíváním psychoaktivní návykové látky, případně její užívání omezit.

• Další pokyny k intervencím a strategiím k rozpoznání a kontrole užívání návykové látky a poruch vyvolaných užíváním návykové látky v těhotenství lze nalézt ve směrnicích WHO z roku 2014 (97), které jsou dostupné na:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

B.1.7: Virus lidské imunodeficience (HIV) a syfilis

DOPORUČENÍ B.1.7: V prostředích s vysokou prevalencí[a] by se mělo testování a poradenství HIV na popud poskytovatele péče (PITC) považovat za rutinní součást balíčku péče poskytované těhotným ženám ve všech zařízeních předporodní péče. V prostředích s nízkou prevalencí by mělo být PITC u těhotných žen v předporodní péči považováno za klíčovou součást snahy o eliminaci přenosu HIV z matky na dítě a mělo by se usilovat o spojení HIV testování s testováním na syfilis a s virovými nebo jinými důležitými testy, a to s ohledem prostředí, a dále usilovat o posílení souvisejících systémů zaměřených na zdraví matky a dítěte. (Doporučeno.)

Poznámky

• Toto doporučení bylo převzato z *Konsolidovaných směrnic WHO pro testování HIV* z roku 2015 (98) (síla doporučení a kvalita důkazů nebyly uvedeny).

• PITC znamená testování na HIV, které je rutinně nabízeno ve zdravotnickém zařízení a k němuž patří poskytnutí informací před provedením testu a získání souhlasu s tím, že osoba má možnost test odmítnout. PITC se ukázalo jako vysoce přijatelné a zvýšilo využití testu na HIV v LMIC (98).

• Dostupnost testování na HIV v zařízeních předporodní péče má zásluhu na vysoké informovanosti o statutu HIV mezi ženami v mnoha zemích, což umožnilo ženám a dětem profitovat z antiretrovirové léčby.

• WHO doporučuje zahájit antiretrovirovou léčbu u všech těhotných žen s diagnostikovaným HIV při jakémkoli počtu buněk CD4 a pokračovat v ní celoživotně (99). Toto doporučení je založeno na důkazech, z nichž vyplývá, že antivirová léčba všech těhotných a kojících žen s HIV zlepšuje individuální zdravotní výsledky, zabraňuje přenosu HIV z matky na dítě a horizontálnímu přenosu HIV z matky na nenakaženého sexuálního partnera.

• Další doporučení vztahující se k poskytování předporodní péče obsažená v konsolidovaných směrnicích k testování na HIV jsou mj. tato (98):

– K zjištění: Je třeba vytvořit iniciativy k prosazení ochrany soukromí a zavést politiku, zákony a normy, jež zabraňují diskriminaci a podpoří toleranci a přijetí lidí žijících s HIV. To může napomoci k vytvoření prostředí, v němž lze status HIV snáze zjistit (důrazné doporučení, důkazy nízké kvality).

– K opakovanému testování: V prostředích s generalizovanou epidemií HIV: [b] Provést opakované testování všech HIV negativních těhotných žen ve třetím trimestru, během porodu nebo po něm z důvodu vysokého rizika nákazy HIV během těhotenství (síla doporučení a kvalita důkazů neuvedena).

– K opakovanému testování: V prostředích s koncentrovanou epidemií HIV: [c] Provést opakované testování u všech HIV negativních žen, které jsou v HIV diskordantním páru, anebo z klíčové skupiny populace d (síla doporučení a kvalita důkazů není uvedena).

– K opakovanému testování před zahájením antiretrovirové léčby: Vnitrostátní programy by měly provádět opětovné testování všech osob s novou i předchozí diagnózou HIV ještě před jejich zařazením do péče a zahájením antiretrovirové léčby (síla doporučení a kvalita důkazů neuvedena).

– K testovacím strategiím: V prostředích s prevalencí HIV v testované populaci vyšší než 5 % by měla být diagnóza HIV-pozitivní stanovena osobám se dvěma po sobě jdoucími reaktivními testy.
V prostředích s prevalencí HIV v testované populaci vyšší než 5 % by měla být diagnóza HIV-pozitivní

stanovena lidem se třemi po sobě jdoucími reaktivními testy (síla doporučení a kvalita důkazů neuvedena).

– K přesunu úkolů: Nekvalifikovaný personál, který je zaškolen a pracuje pod dohledem, může samostatně provádět bezpečné a účinné testování na HIV za pomoci rychlých diagnostických testů (důrazné doporučení, kvalita důkazů mírná).

• Další pokyny k testování na HIV lze nalézt ve směrnicích WHO z roku 2015 (98), které jsou dostupné na: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/

• Dále směrnice z roku 2015 k tomu, kdy zahájit antiretrovirovou léčbu a preexpoziční profylaxi infekce HIV (99), které jsou dostupné na: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/

• Pro prevenci přenosu syfilis z matky na dítě by měly být všechny těhotné ženy vyšetřeny na syfilis při první návštěvě těhotenské poradny během prvního trimestru a následně ve třetím trimestru těhotenství. Další pokyny k doporučením WHO ohledně screeningu v rámci předporodní péče pro pozitivní zkušenost s těhotenstvím lze nalézt v publikaci WHO z roku 2006 *Prevence přenosu syfilis z matky na dítě* (100), dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/prevention_mtct_syphilis.pdf

• Nejnovější směrnice WHO (2016) k léčbě chlamydií, kapavky a syfilis a k prevenci přenosu viru Zika pohlavní cestou (101–104) jsou dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/clinical/en/

[a] Prostředí s vysokou prevalencí jsou v publikovaných konsolidovaných směrnicích WHO týkajících se testování na HIV definována jako prostředí, kde je prevalence HIV v testované populaci vyšší než 5 %. Prostředí s nízkou prevalencí jsou ta, kde je HIV prevalence u testované populace nižší než 5 % (98).

[b] O generalizované epidemii HIV se hovoří tehdy, když je HIV pevně zakořeněn v celkové populaci. Početní zastoupení: Prevalence HIV dlouhodobě převyšuje 1 % těhotných žen navštěvujících těhotenskou poradnu.

[c] O koncentrované epidemii HIV se hovoří tehdy, když se HIV rychle rozšířil v určité dílčí populaci (nebo klíčové skupině obyvatelstva, viz následující poznámka pod čarou), není však zakořeněn v celkové populaci (98).

[d] Klíčové skupiny obyvatelstva jsou ve směrnicích WHO z roku 2015 definovány takto: muži, kteří mají pohlavní styk s muži, lidé ve vězeních nebo uzavřených zařízeních, lidé injekčně užívající drogy, osoby poskytující sexuální služby, transsexuálové (98).

B.1.8: Tuberkulóza (TB)

DOPORUČENÍ B.1.8: V prostředí, kde prevalence tuberkulózy (TB) v celkové populaci dosahuje hodnoty 100/100 000 obyvatel nebo vyšší, by měl být systematický screening aktivní TB u těhotných žen považován za součást předporodní péče. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Toto doporučení bylo upraveno a převzato z publikace WHO z roku 2013 *Systematický screening aktivní tuberkulózy; zásady a doporučení*, kde je považováno za podmíněné doporučení založené na důkazech velmi nízké kvality (105).

• Systematický screening je definován jako systematická identifikace osob s podezřením na aktivní TB v předem určené cílové skupině, a to pomocí testů, vyšetření nebo jiných postupů, jež lze rychle použít. Možnosti úvodního screeningu zahrnují screening symptomů (buď kašle, který trvá déle než dva týdny, nebo jakýchkoli symptomů kompatibilních s TB, včetně kašle jakékoli doby trvání, hemoptýzy, úbytku na váze, horečky nebo nočního pocení) nebo screening pomocí rtg hrudníku. Rtg vyšetření hrudníku u těhotných žen nepředstavuje žádné významné riziko, je však nezbytné dodržovat národní pokyny k používání rtg během těhotenství (105).

• Před zahájením screeningu je třeba provést vysoce kvalitní diagnostiku, léčbu a řízení TB a poskytnout péči a podporu; dále je nezbytná kapacita k posílení výše uvedených opatření, aby bylo možné přizpůsobit se očekávanému nárůstu zjištěných případů, k němuž může v důsledku screeningu dojít.

• Panel, stojící za tímto doporučením, poznamenal, že zavedení nemusí být možné v prostředích s omezenými zdroji.

• K dalším doporučením z uvedené publikace, která se vztahují k poskytování předporodní péče (105), patří:

– Osoby ze společné domácnosti a jiné blízké osoby by měly být systematicky vyšetřovány na TB (důrazné doporučení, založené na důkazech velmi nízké kvality).

– U osob žijících s HIV je třeba systematicky provádět screening aktivní TB při každé návštěvě zdravotnického zařízení (důrazné doporučení, velmi nízká kvalita důkazů).

– O systematickém screeningu aktivní TB lze uvažovat i u dílčích populací s velmi omezeným přístupem ke zdravotní péči, jako jsou lidé žijící v městských slumech, lidé bez domova, lidé žijící v odlehlých oblastech s omezeným přístupem ke zdravotní péči a jiné ohrožené nebo marginální skupiny, včetně některých skupin místního obyvatelstva, migrantů a uprchlíků (podmíněné doporučení, velmi nízká kvalita důkazů).

• TB zvyšuje riziko předčasného porodu, perinatálního úmrtí a jiných těhotenských komplikací. Včasné zahájení léčby TB je spojeno s lepšími výsledky pro matku i dítě (105).

• K lepší informovanosti o místním výskytu TB v těhotenství by zdravotnické systémy mohly využít záznamy o těhotenství v registrech, jež sledují screening a léčbu TB.

• Další informace a zdůvodnění vztahující se k tomuto doporučení lze nalézt v doporučeních WHO z roku 2013 (105), která jsou dostupná na http://www.who.int/tb/tbscreening/en/

B.2.1: Počítání pohybů plodu za den

DOPORUČENÍ B.2.1: Počítání pohybů plodu za den, např. za pomoci „počítání do deseti“, se doporučuje pouze v kontextu výzkumných projektů. Doporučeno za určitých podmínek

Poznámky

• Počítání pohybů plodu za den znamená, že matka počítá a zaznamenává pohyby svého dítěte, a sleduje tak jeho zdraví. Byly popsány různé metody, kdy další sledování bylo indikováno různě v závislosti na použité metodě, například pokud žena v průběhu 2 hodin pociťuje méně než 6 pohybů (115) anebo méně než 10 pohybů během 12 hodin (Cardiffova metoda „počítání do deseti“) (106).

• Zatímco každodenní počítání pohybů plodu se nedoporučuje, je třeba zdravou těhotnou ženu informovat o důležitosti pohybů plodu ve třetím trimestru a požádat ji, aby snížený počet pohybů nahlásila svému lékaři.

• Klinické dotazování poskytovatelů předporodní péče na to, jak matka vnímá pohyby, při každé návštěvě v těhotenské poradně se doporučuje jako součást správné klinické praxe. Ženy, jež cítí, že pohyby plodu jsou slabé nebo je jich méně, je třeba dále sledovat (např. každodenním počítáním pohybů plodu) a v případě indikace vyšetřit.

• GDG se shodla na tom, že jsou nezbytné další studie, pokud jde o účinky každodenního počítání pohybů plodu ve třetím trimestru těhotenství, zejména v zemích s nízkými až středními příjmy a s vysokou prevalencí neobjasněných narození mrtvých plodů.

B.2.2: Měření vzdálenosti symfýza-fundus (SFH)

DOPORUČENÍ B.2.2: Nahrazení abdominální palpace měřením vzdálenosti symfýza-fundus (SFH) jako posouzení růstu plodu pro lepší výsledky porodu se nedoporučuje. Odklon od běžně používané praxe (abdominální palpace nebo měření SFH) v konkrétním zařízení se nedoporučuje. (Doporučeno za určitých podmínek).

Poznámky

• Měření SFH se rutinně provádí v mnoha zařízeních předporodní péče. Vzhledem k nedostatku jasných důkazů o přesnosti nebo nadřazenosti měření SFH či klinické palpace k posouzení růstu plodu GDG nedoporučuje změnu používané praxe.

• GDG se shodla, že problémem je nedostatek důkazů o SFH spíše než jeho nedostatečná účinnost, zejména v zemích s nízkými až středními příjmy (LMIC).

• Bez ohledu na falešná ujištění, která mohou být poskytována jak v případě měření SFH, tak v případě klinické palpaci, neexistují důkazy o škodlivosti měření SFH.

• Je nezbytné provést výzkum, který určí roli měření SFH při detekci abnormálního růstu plodu a jiných rizikových faktorů perinatální morbidity (např. četného těhotenství, polyhydramnionu) v zařízeních, kde předporodní ultrazvuk není k dispozici.

B.2.3: Prenatální kardiotokografie (CTG)

DOPORUČENÍ B.2.3: Rutinní prenatální kardiotokografie se u těhotných žen ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

• CTG je průběžné zaznamenávání srdeční frekvence plodu a děložních kontrakcí zjištěných prostřednictvím ultrazvukového snímače, umístěného na břiše matky.

• V současnosti neexistují důkazy o účincích nebo jiná zdůvodnění na podporu používání prenatálního (předporodního) CTG jako součásti rutinní předporodní péče.

• Z nedostatku důkazů o přínosech CTG u vysoce rizikových těhotenství je zřejmé, že vyhodnocení předporodního CTG u zdravých těhotných žen není prioritou výzkumu.

B.2.4: Ultrazvukové vyšetření

DOPORUČENÍ B.2.4: Jedno ultrazvukové vyšetření před 24. týdnem těhotenství (raný ultrazvuk) se doporučuje u těhotných žen k přibližnému určení gestačního stáří, pro lepší odhalení anomálií plodu a detekci vícečetného těhotenství, pro snížení pravděpodobnosti vyvolávání porodu u přenášeného těhotenství a pro lepší porodní zkušenost ženy. (Doporučeno.)

Poznámky

• Přínosy raného ultrazvukového vyšetření nelze nahradit ani zopakovat pozdním ultrazvukem, pokud před ním nebylo provedeno rané vyšetření. Proto se vyšetření ultrazvukem po 24 týdnech těhotenství (pozdní ultrazvuk) nedoporučuje u těhotných žen, u nichž byl proveden časný ultrazvuk. Zainteresované strany by však měly zvážit, zda nabídnou pozdní snímání ultrazvukem těhotným ženám, jimž nebylo provedeno rané snímání, aby byl zjištěn počet plodů, prezentace a umístění placenty.

• GDG poznamenala, že nejsou prokázány účinky zavedení předporodního snímání ultrazvukem na zdravotní výsledky populace a zdravotnické systémy ve venkovských nízkozdrojových prostředích. Nicméně zavedení ultrazvuku v těchto prostředích k detekci těhotenských komplikací a potvrzení životaschopnosti plodu matce a její rodině by mohlo pravděpodobně zvýšit využívání služeb předporodní péče a snížit morbiditu a mortalitu, pokud bude doplněno o správný odhad gestačního stáří, diagnózou, odborná doporučení a řízení.

• Klinický výzkum, který právě probíhá v mnoha zemích, by měl přinést další důkazy o zdravotních účincích a využívání zdravotní péče jakožto i údaje související se zavedením ultrazvuku ve venkovských nízkozdrojových prostředích (118).

• GDG uznala, že u raného těhotenského ultrazvuku se neprokázalo, že by snižoval perinatální mortalitu. GDG klade důraz na jiné přínosy ultrazvuku (zmíněné výše) a na zvýšenou přesnost odhadu gestačního stáří, což napomůže v případě podezření na předčasný porod a snížení pravděpodobnosti vyvolávání porodu při přenášení.

• GDG bere na vědomí, že uvedení tohoto doporučení do praxe a jeho zefektivnění v prostředích s omezenými zdroji bude spojeno s náročnými úkoly, a to v oblasti politiky (stanovení rozpočtu na poplatky a sazby), logistiky (údržba vybavení, dodávky, technická podpora), infrastruktury (zajištění spolehlivých dodávek elektřiny a bezpečné uchovávání) i zdrojů.

• GDG poznamenala, že předporodní ultrazvuk je intervencí, při níž by mohly být úkoly přesunuty z pracovníků vyškolených v oblasti sonografie a lékařů na vyškolené sestry, porodní asistentky a klinické pracovníky, pokud bude zajištěno jejich soustavné školení, retence personálu a činnosti zaměřené na zlepšování kvality a dohledu.

• Zainteresované strany by mohly vyrovnat/snížit náklady na předporodní ultrazvuk, pokud se ultrazvukový přístroj používá i k jiným indikacím (např. naléhavé případy v porodnictví) nebo na jiných odděleních.

• Provádění a dopad tohoto doporučení na zdravotní výsledky, užívání zařízení a rovnost je třeba monitorovat na úrovni zdravotnického zařízení, regionu i státu, a to na základě jasně definovaných kritérií a indikátorů souvisejících s lokálně odsouhlasenými cíli. [a]

• Další pokyny naleznete v *Manuálu WHO pro diagnostiku ultrazvukem* (119), který je dostupný na: http://www.who.int/medical_devices/publications/manual_ultrasound_pack1-2/en/

[a] Dvě členky GDG (Lisa Noguchi a Charlotte Warren) uvedly, že by tuto intervenci doporučily raději ve specifických kontextech s kapacitou pro provádění bližšího sledování a vyhodnocování, aby byl zajištěn základní standard implementace (včetně přiměřené kapacity pro diagnostikování a řízení komplikací) a mohly být sledovány případné nežádoucí účinky na provádění dalších důležitých intervencí ve prospěch zdraví matek a novorozenců.

B.2.5: Dopplerovské ultrazvukové vyšetření krevních cév plodu dopplerovým ultrazvukem

DOPORUČENÍ B.2.5: Rutinní dopplerovské ultrazvukové vyšetření se u těhotných žen ke zlepšení mateřských a perinatálních výsledků nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

• GDG poznamenala, že již existují důkazy pro snímání krevních cév plodu dopplerovským ultrazvukem u vysoce rizikových těhotenství.

• GDG se shodla, že význam jediného vyšetření krevních cév plodu Dopplerovým ultrazvukem u všech těhotných žen ve třetím trimestru vyžaduje rigorózní vyhodnocení, zejména v LMIC. Budoucí klinické zkoušky by měly být navrženy tak, aby vyhodnocovaly účinek jediného ultrazvuku Dopplerovým přístrojem na vyhnutelná perinatální úmrtí.

C.1: Antibiotika u symptomatické bakteriurie (ASB)

DOPORUČENÍ C.1: Sedmidenní podávání antibiotik se doporučuje u všech těhotných žen s asymptomatickou biurií (ASB) jako prevence přetrvávající bakteriurie, předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti. (Doporučeno.)

Poznámky

• Toto doporučení je třeba posoudit společně s doporučením pro diagnostikování ASB (doporučení B.1.2).

• Zainteresované strany by mohly zvážit kontextuálně specifický screening a léčbu ASB a prevalenci předčasných porodů vzhledem k tomu, že v prostředích s nízkou prevalencí nemusí být vhodný.

• Jistota důkazů o předčasných porodech je nízká a jsou nezbytné rozsáhlé multicentrické studie, které by potvrdily, zda screening a antibiotická léčba snižují pravděpodobnost předčasných porodů a perinatální mortality v LMIC. Tyto studie by se měly rovněž zaměřit na účinky screeningu a léčby nákazy streptokokem skupiny B (GBS).

• Studie prokázaly, že GBS bakteriurie je známkou těžké kolonizace GBS, jež nemusí být odstraněna antibiotickou léčbou. GBS bakteriurie je rizikovým faktorem, že se narodí dítě s časným nástupem onemocnění GBS. WHO doporučuje, aby těhotné ženy s GBS kolonizací přijímaly během porodu antibiotika k prevenci časné neonatální infekce GBS (viz doporučení WHO k prevenci a léčbě mateřských peripartálních infekcí [135]).

• V rámci této intervence je třeba monitorovat indikátory předčasného porodu stejně jako změny v antimikrobiální rezistenci.

C.2: Profylaxe antibiotiky pro prevenci rekurentních infekcí močových cest (RUTI)

DOPORUČENÍ C.2: Profylaxe antibiotiky se doporučuje pouze k prevenci rekurentních infekcí močových cest u těhotných žen v kontextu rigorózního výzkumu. (Kontextuálně specifické doporučení – výzkum.)

Poznámky

• Je nezbytný další výzkum, který by určil nejlepší strategie prevence RUTI v těhotenství, včetně účinků profylaxe antibiotiky na výsledky spojené s porodem a změny v antimikrobiální rezistenci.

C.3: Předporodní profylaxe anti-D imunoglobulinem

DOPORUČENÍ C.3: Předporodní profylaxe anti-D imunoglobulinem u nesenzitizovaných Rh-negativních těhotných žen v 28. a 34. týdnu těhotenství jako prevence RhD aloimunizace se doporučuje pouze v kontextu rigorózního výzkumu. (Kontextuálně specifické doporučení – výzkum.)

Poznámky

• Toto kontextuálně specifické doporučení se vztahuje k anti-D během těhotenství, nikoli k praxi podávání anti-D po porodu, kde existují důkazy vysoké jistoty o jeho účincích na snížení RhD aloimmunizace v následujících těhotenstvích (129). Anti-D by měl být nadále podáván po porodu, je-li indikován.

• Určení prevalence RhD aloimmunizace a souvisejících špatných výsledků mezi ženami v prostředích v rámci LMIC a dále i vývoj strategií k řízení těchto stavů se považují za prioritu výzkumu.

C.4: Preventivní léčba antihelmintiky

DOPORUČENÍ C.4: V endemických oblastech[a] se preventivní léčba antihelmintiky doporučuje u těhotných žen po prvním trimestru v rámci programu na snížení parazitických infekcí. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

- Toto doporučení je v souladu s publikovanou *Směrnicí WHO: preventivní chemoterapie k řízení helmintóz přenášených půdou u vysoce rizikových skupin* (140), jež stanoví, že:

„Preventivní chemoterapie (léčba helmintóz) za použití jediné dávky albendazolu (400 mg) nebo mebendazolu (500 mg) se doporučuje jako intervence ve prospěch veřejného zdraví těhotných žen po třetím trimestru, pokud žijí v oblastech, kde: (1) výchozí prevalence nákazy přenášené měchovcem a/nebo tenkohlavcem lidským je 20 % nebo více a současně (2) anémie představuje závažný problém pro veřejné zdraví s prevalencí mezi těhotnými ženami 40 % nebo vyšší, aby došlo ke snížení zátěže infekcí přenášenou měchovcem nebo tenkohlavcem lidským (podmíněné doporučení, mírná kvalita důkazů).“

• Endemické oblasti, kde je prevalence infekce přenášené měchovcem a/nebo tenkohlavcem lidským 20 % nebo vyšší. Anémie se považuje za závažný problém pro veřejné zdraví, je-li prevalence mezi těhotnými ženami 40 % nebo vyšší.

• Nakaženým těhotným ženám v endemických oblastech by měla být podávána antihelmintická léčba ve druhém nebo třetím trimestru na základě individuálního zvážení (140). Měla by být použita jediná dávka albendazolu (400 mg) nebo mebendazolu (500 mg) (140, 141).

• Bezpečnost těchto léčiv během těhotenství nebyla jednoznačně stanovena; nicméně má se za to, že výhody převažují nad nevýhodami (141, 142).

• WHO doporučuje léčebnou strategii obnášející dvě terapie ročně ve vysoce rizikových prostředích s 50% prevalencí helmintóz přenášených půdou a jednou ročně v oblastech s 20-50% prevalencí (140).

• Pro další pokyny k helmintózám přenášeným půdou viz *Směrnice WHO: preventivní chemoterapie k řízení nákaz helmintózou přenášených půdou u vysoce rizikových skupin* (v současnosti v tisku) (140).

[a] Oblasti s více než 20% prevalencí půdou přenášených helmintóz.

C.5: Vakcinace tetanickým toxoidem

DOPORUČENÍ C.5: Vakcinace tetanickým toxoidem se doporučuje u všech těhotných žen v závislosti na předchozí vakcinaci pro prevenci novorozenecké úmrtnosti na tetanus. (Doporučeno.)

Poznámky

• Toto doporučení je v souladu se směrnicí WHO z roku 2006 s názvem *Imunizace matek vůči tetanu* (134). GDG podporuje přístup směrnice z roku 2006, která uvádí:

– Pokud těhotná žena nebyla předtím očkovaná, nebo pokud její status imunizace není znám, měla by jí být podány dvě dávky vakcíny s obsahem tetanického toxoidu (TT-CV) měsíc před podáním druhé dávky, která má být podána nejméně dva týdny před porodem. U většiny lidí dvě dávky chrání před nákazou tetanem 1-3 roky. Šest měsíců po druhé dávce se doporučuje třetí dávka, která by měla prodloužit ochranu nejméně na pět let.

– Ženám, které jsou proti tetanu očkovány poprvé během těhotenství, by měly být po třetí dávce podány další dvě dávky během dvou po sobě následujících let nebo během dvou následujících těhotenství.

– Pokud žena v minulosti dostala 1-4 dávky TT-CV, měla by přijmout jednu dávku TT-CV během každého z následujících těhotenství, aby byl celkový počet dávek pět (pět dávek chrání po celou dobu těhotenství).

• Očkování proti tetanu a dodržování hygieny v porodnictví jsou hlavními složkami strategie ke globálnímu vymýcení tetanu u matek a novorozenců (147).

• Účinný dohled je důležitý pro identifikaci oblastí a populací vysoce ohrožených neonatálním tetanem a pro monitorování dopadu intervencí.

• Monitorovací systém by měl zahrnovat imunizační registr, osobní očkovací průkazy a zdravotní záznamy matky, které by žena měla mít u sebe.

• Pro účinnou implementaci by poskytovatelé předporodní péče měli být proškoleni v souvislosti s očkováním proti tetanu a vakcínou; vybavení a zásoby (lednice, jehly a stříkačky) by měly být v zařízeních poskytujících předporodní péči okamžitě k dispozici.

• Tvůrci zdravotní politiky v prostředích s nízkou prevalencí/vysokými příjmy se mohou rozhodnout nezahrnout očkování proti tetanu mezi intervence v rámci předporodní péče, pokud i mimo těhotenství fungují účinné programy imunizace proti tetanu a správná postexpoziční profylaxe.

• Je třeba využít kontaktních osob ze zařízení předporodní péče pro ověření vakcinačního statusu těhotné ženy a podávat veškeré vakcíny doporučené státním imunizačním rozpisem. Kontaktní osoby zařízení poskytujícího předporodní péči mají rovněž příležitost vysvětlit důležitost očkování dětí a seznámit těhotné ženy s rozvrhem očkování dítěte.

• Další informace lze nalézt v pokynech WHO (134) dostupných na: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf; a v dokumentech WHO k vakcinaci dostupných na: http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en

C.6: Intermitentní preventivní léčba v těhotenství (IPTp)

DOPORUČENÍ C.6: V endemických oblastech výskytu malárie v Africe se intermitentní preventivní léčba sulfadoxin-pyrimetaminem (IPTp-SP) doporučuje u všech těhotných žen. S dávkováním by se mělo začít ve druhém trimestru a dávky by měly být podávány s rozestupem minimálně jednoho měsíce s cílem zajistit přijetí alespoň tří dávek. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Toto doporučení bylo převzato ze *Směrnice WHO pro léčbu malárie* (2015), kde je považováno za důrazné doporučení založené na důkazech vysoké kvality (153).

• Nákaza malárií v těhotenství představuje zásadní problém pro veřejné zdraví a značně ohrožuje matku, plod i novorozence. WHO doporučuje balíček intervencí pro prevenci a řízení malárie v těhotenství, který zahrnuje propagaci a používání insekticidních sítí, přiměřené řešení případů s okamžitou a účinnou léčbou a podávání IPTp-SP v oblastech s mírným až vysokým přenosem Plasmodium falciparum (153).

• Důkazy vysoké kvality na podporu tohoto doporučení byly vyvozeny z recenzí sedmi randomizovaných klinických zkoušek provedených v zemích s endemickým výskytem malárie, z nichž vyplývá, že tři nebo více dávek sulfadoxin-pyrimethaminu (SP) ve srovnání s pouhými dvěma dávkami je spojeno se snížením mateřské parazitémie, menším počtem dětí s nízkou porodní hmotností a zvýšením průměrné porodní hmotnosti (154).

• GDG k malárii poznamenala, že nejvíce důkazů se týkalo žen během prvního a druhého těhotenství; avšak omezené důkazy o IPTp-SP u žen během třetího a následných těhotenství byly s tímto zjištěním konzistentní, pokud jde o přínosy (153).

Aby bylo možné zahájit podávání IPTp-SP u těhotných žen v endemických oblastech co nejdříve ve druhém trimestru, měli by tvůrci politik zajistit kontakt mezi zdravotnickými systémy a ženami ve 13. týdnu těhotenství. Tvůrci politik by měli rovněž zvážit podání první dávky SP ženám během první návštěvy těhotenské poradny společně s poskytnutím instrukcí ohledně data (odpovídajícího 13 týdnům těhotenství), kdy je třeba lék užít.

• SP působí tak, že zabraňuje syntéze kyseliny listové u parazita přenášejícího malárii, a tím inhibuje jeho životní cyklus. Existují důkazy, že vysoké dávky suplementované kyseliny listové (tj. 5 mg denně nebo více) mohou narušovat účinnost SP v těhotenství (155). Země by měly zajistit, aby suplementy kyseliny listové k užívání před porodem byly obstarávány a distribuovány v dávkách doporučených k předporodnímu užívání (tj. 0,4 mg denně).

• GDG k malárii poznamenala, že není dostatek důkazů o bezpečnosti, účinnosti a farmakokinezi většiny antimalarik v těhotenství, zejména během prvního trimestru (153).

• Podrobné podklady a pokyny vztahující se k doporučení lze nalézt ve směrnici z roku 2015 (153), která je dostupná na: http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/

C.7: Preexpoziční profylaxe pro prevenci HIV

DOPORUČENÍ C.7: Perorální preexpoziční profylaxe (PrEP) s obsahem tenofovir-disoproxil-fumarátu (TDF) by měla být nabídnuta v rámci přístupů kombinované prevence jako dodatečná preventivní volba všem těhotným ženám se značným rizikem nákazy HIV. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• Toto doporučení bylo převzato ze *Směrnice WHO týkající se doby zahájení antiretrovirové léčby a preexpoziční profylaxe HIV* (2015), kde je považováno za důrazné doporučení založené na důkazech vysoké kvality (99). Důkazy a další pokyny vztahující se k tomuto doporučení lze nalézt v uvedené směrnici.

• „Značené riziko“ je dočasně definováno jako incidence HIV vyšší než 3 na 100 člověkolet při chybějící PrEP, avšak individuální riziko se v rámci této skupiny liší v závislosti na chování jednotlivce a charakteristikách sexuálních partnerů. Při implementaci by měly být použity místní epidemiologické důkazy týkající se rizikových faktorů a incidence HIV.

• Prahy k poskytnutí PrEP se mohou lišit v závislosti na různých činitelích včetně zdrojů, proveditelnosti a poptávky.

• Úroveň ochrany úzce souvisí s dodržováním.

• Podrobné podklady a pokyny vztahující se k tomuto doporučení lze nalézt ve směrnici z roku 2015 (99), dostupné na: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/

D.1: Intervence v případě nevolnosti a zvracení

DOPORUČENÍ D.1: Zázvor, heřmánek, vitamin B6 a/nebo akupunktura dle preferencí ženy a dostupných možností se doporučují pro úlevu od nevolnosti v raném těhotenství. (Doporučeno.)

Poznámky

• V případě absence silnějších důkazů se GDG shodla na tom, že není pravděpodobné, že by tyto nefarmakologické možnosti měly na matku a dítě škodlivé účinky.

• Ženy by měly být informovány, že příznaky nevolnosti a zvracení zpravidla odezní ve druhém trimestru těhotenství.

• Farmakologická léčba nevolnosti a zvracení, jako např. doxylamin a metoklopramid, by měla být vyhrazena pro těhotné ženy, u nichž obtěžující příznaky neustupují při využití nefarmakologických možností, a to pod dohledem lékaře.

D.2: Intervence v případě pálení žáhy

DOPORUČENÍ D.2: Jako prevence a úleva při pálení žáhy v těhotenství se doporučuje poradenství ohledně stravy a životosprávy. Ženám s obtížnými symptomy, jež neustupují ani po úpravě životosprávy, lze nabídnout antacidové preparáty. (Doporučeno.)

Poznámky

• Mezi rady týkající se životního stylu, zaměřené na prevenci a úlevu od symptomů pálení žáhy, patří vyhýbat se těžkým tučným jídlům a alkoholu, přestat kouřit a spát s podloženou hlavou.

• GDG se shodla na tom, že antacidy jako přípravky s uhličitanem hořečnatým a hydroxidem hlinitým pravděpodobně nemají v doporučených dávkách škodlivé účinky.

• Neexistují žádné důkazy, že by preparáty obsahující více než jeden antacid byly lepší než jednodušší preparáty.

• Antacidy mohou zhoršit vstřebávání jiných léků (164), proto by se neměly užívat dříve než dvě hodiny před užitím suplementů železa a kyseliny nebo po něm.

D.3: Intervence v případě křečí v nohou

DOPORUČENÍ D.3: Pro úlevu od křečí v nohou v těhotenství lze použít hořčík, vápník nebo nefarmakologické možnosti léčby dle preferencí ženy a dostupných možností. (Doporučeno.)

Poznámky

• Během přezkumu nebyl nalezen důkaz o účincích nefarmakologických forem léčby, jako je protahování svalů, relaxace, léčba teplem, dorziflexe nohy a masáž.

• Jistota důkazů o hořčíku a vápníku je celkově nízká. GDG se však shoduje, že není pravděpodobné, že by byly škodlivé, pokud jsou podávány v souladu s rozpisem dávek hodnocených v rámci zahrnutých studiích.

• Je potřebný další výzkum etiologie a prevalence křečí v nohou v těhotenství a (případné) role hořčíku a vápníku při úlevě od symptomů.

D.4: Intervence v případě bolestí dolní části zad a podbřišku

DOPORUČENÍ D:4: Pro prevenci bolesti v dolní části zad a podbřišku se doporučuje pravidelné cvičení po celou dobu těhotenství. Existuje celá řada různých možností léčby dle preferencí ženy a dostupných možností, jako např. fyzioterapie, podpůrné pásy a akupunktura. (Doporučeno.)

Poznámky

• Cvičení pro prevenci bolesti dolní části zad a podbřišku v těhotenství lze provádět na zemi i ve vodě. Zatímco cvičení může také napomoci ke zmírnění bolestí dolní části zad, mohlo by zhoršit bolesti v podbřišku spojenou s dysfunkcí symfýzy stydkých kostí, a proto se u tohoto stavu nedoporučuje.

• Pravidelné cvičení je zásadní součástí intervencí zaměřených na životní styl, jež jsou těhotným ženám doporučovány v rámci předporodní péče jako prevence nadměrného přibývání na váze v těhotenství (viz doporučení A.9).

• Těhotné ženy s bolestí dolní části zad a/nebo bolestí v podbřišku by měly být informovány, že tyto příznaky zpravidla ustoupí během několika měsíců od porodu.

• Ženy by měly být informovány, že kvůli nedostatku důkazů není jasné, zda mají alternativní možnosti léčby nějaké vedlejší účinky.

• Pro další výzkum léčby bolestí dolní části zad a/nebo podbřišku v těhotenství je potřebné standardizované hlášení výsledků.

D.5: Intervence v případě zácpy

DOPORUČENÍ D.5: Pro úlevu od zácpy v těhotenství, pokud se stav nelepší ani po úpravě stravy, lze použít pšeničné otruby nebo jiné potravinové doplňky s obsahem vlákniny dle preferencí ženy a dostupných možností. (Doporučeno.)

Poznámky

• Rady týkající se vhodné výživy, pokud jde o zmírnění zácpy v těhotenství, by měly zahrnovat nabádání k většímu příjmu vody a konzumaci potravinové vlákniny (nachází se v zelenině, ořeších, ovoci a celozrnných obilovinách).

• U žen s obtížnou zácpou, jež neustupuje ani po úpravě jídelníčku nebo suplementaci vlákniny, mohou zainteresované strany zvážit intermitentní podávání špatně vstřebatelných laxativ.

D.6: Intervence v případě křečových žil a otoků

DOPORUČENÍ D.6: Pro zmírnění křečových žil a otoků v těhotenství lze využít nefarmakologických možností, jako jsou kompresivní punčochy, nohy ve vyvýšené poloze a lázně nohou, a o dle preferencí ženy a dostupných možností. (Doporučeno.)

Poznámky

• Ženy by měly být informovány, že příznaky spojené s křečovými žilami se s postupujícím těhotenstvím mohou zhoršovat, pár měsíců po porodu však u většiny žen dojde ke zlepšení.

• Odpočinek, nohy ve zvýšené poloze a lázně nohou jsou nízkonákladové intervence, u nichž není pravděpodobné, že by byly škodlivé.

E.1: Těhotenské průkazy

DOPORUČENÍ E.1: Doporučuje se, aby každá těhotná žena u sebe po dobu těhotenství nosila těhotenský průkaz se záznamy, které umožní lepší kontinuitu a kvalitu péče a zajistí jí lepší porodní zkušenost. (Doporučeno.)

Poznámky

• GDG poznamenala, že praxe, kdy ženy vlastní těhotenský průkaz, je široce využívaná a často jde o jediné lékařské záznamy, jež mají zařízení v LMIC k dispozici.

• GDG se shodla na tom, že výhody praxe, kdy ženy mají u sebe svůj těhotenský průkaz, převažují nad nevýhodami. Nicméně je nezbytné pečlivě zvážit, jaké osobní informace by měly být v těhotenském průkazu uvedeny, aby v určitých zařízeních nedošlo ke stigmatizaci a diskriminaci. Navíc osoby zapojené do plánování zdravotnických systémů by měly zajistit, aby příjem do nemocnic nebo jiných zdravotnických zařízení nebyl podmíněn předložením těhotenského průkazu.

• Osoby zapojené do plánování zdravotnických systémů by měly zvážit formu těhotenských průkazů (zda mají být elektronické, nebo v papírové podobě), zda bude mít žena u sebe veškeré záznamy o těhotenství, nebo jenom jejich část a jakým způsobem budou zdravotnická zařízení uchovávat kopie.

• V případě těhotenských průkazů v papírové podobě je třeba zajistit, aby byly průkazy trvanlivé a přenosné. Zdravotnické systémy, které ženám umožňují přístup ke svým těhotenským záznamům prostřednictvím elektronických systémů, by měly zajistit, aby měly všechny ženy přístup k příslušným technologiím a aby byla věnována pozornost zabezpečení údajů.

• Osoby zapojené do plánování zdravotnických systémů by měly zajistit, aby byl obsah těhotenských záznamů dostupný všem ženám, a to použitím odpovídajících místních jazyků a odpovídající úrovně vzdělanosti.

E.2: Kontinuita péče vedené porodními asistentkami (MLCC)

DOPORUČENÍ E.2: Modely nepřetržité péče vedené porodními asistentkami, kdy známá porodní asistentka nebo skupina známých porodních asistentek poskytuje ženě podporu během celého předporodního, porodního i poporodního období, se doporučují u žen v zařízeních se správně fungujícími programy porodních asistentek. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

- Modely nepřetržité péče vedené porodními asistentkami (MLCC) jsou takové modely péče, kdy známá a důvěryhodná porodní asistentka (individuální porodní péče, caseload) nebo malá skupina porodních asistentek (týmová porodní péče) poskytuje ženě podporu během celého předporodního, porodního i poporodního období pro podporu zdravého těhotenství i porodu a zdravých rodičovských praktik.
- Modely MLCC představují komplexní intervence a není jasné, zda mechanismus jejich působení vedoucí k pozitivním výstupům spočívá v nepřetržité péči, filozofii péče porodních asistentek nebo v obojím. Filozofie péče porodních asistentek, která je nedílnou součástí modelů MLCC, může nebo nemusí být zavedena do standardní porodnické praxe u jiných modelů péče.
- Tvůrci politik v zařízeních, kde programy porodních asistentek nefungují, by měli zvážit zavedení tohoto modelu pouze po úspěšném zvýšení počtu a kvality praktikujících porodních asistentek.

Kromě toho by zainteresované strany mohly zvážit způsoby, jak poskytovat nepřetržitou péči prostřednictvím jiných osob než porodních asistentek, neboť ženy oceňují soustavnost péče.

- Panel poukázal na to, že u tohoto modelu péče je důležité monitorovat využívání zdrojů, vyhoření a pracovní zatížení poskytovatelů péče, aby bylo možné určit, zda je v jednotlivých zařízeních více udržitelný model „caseload," nebo model týmové péče.
- MLCC vyžaduje, aby byly každé ženě k dispozici dobře vyškolené porodní asistentky v dostatečném počtu, aby v průběhu celého těhotenství a porodu přišla do kontaktu pouze s jednou porodní asistentkou nebo s malou skupinkou porodních asistentek. Proto může tento model vyžadovat přesun zdrojů, aby byl zajištěn přístup zdravotnického systému k dostatečnému počtu porodních asistentek s přiměřenou pracovní zátěží.
- Zavedení MLCC může vést k přesunu rolí a povinností porodních asistentek stejně jako dalšího zdravotnického personálu, který měl dříve na starosti prenatální a poporodní péči. V takovémto případě bude jeho zavedení pravděpodobně účinnější po poradě se všemi zainteresovanými stranami a při zapojení všech lidských zdrojů. V některých zařízeních by mohla být implementačnímu procesu nápomocná i konzultace s profesními organizacemi na vládní úrovni.
- Je třeba zhodnotit potřebu další jednorázové nebo soustavné odborné přípravy a zajisti veškerá nezbytná školení.

E.3: Skupinová předporodní péče

DOPORUČENÍ E.3: V kontextu rigorózního výzkumu lze těhotným ženám jako alternativu k individuální předporodní péči nabídnout skupinovou předporodní péči vedenou kvalifikovaným zdravotnickým personálem dle preferencí ženy a za předpokladu, že je dostupná infrastruktura a zdroje k poskytování skupinové předporodní péče. (Kontextuálně specifické doporučení – výzkum.)

Poznámky

• V rámci modelu skupinové předporodní péče je první návštěva všech těhotných žen individuální. Poté při dalších návštěvách je individuální posouzení zdravotní stavu, které obvykle probíhá v soukromé vyšetřovací místnosti, integrováno do skupinového sezení. Je kladen důraz na osvětovou činnost a peer podporu.

• Zdravotnická zařízení musí vyšetřit dostatečný počet těhotných žen, neboť přiřazení do skupin je ideální na základě gestačního stáří.

• Poskytovatelé zdravotní péče by měli mít odpovídající vybavení k pořádání skupinových sezení, včetně přístupu do velkých dobře větraných místností nebo krytých prostor s přiměřeným počtem míst k sezení. Měl by být k dispozici soukromý prostor k vyšetřování a měly by být vytvořeny příležitosti k soukromým rozhovorům.

• Skupinová předporodní péče může trvat déle než individuální, což může pro některé ženy představovat praktický problém, pokud jde o práci a péči o děti. Poskytovatelé zdravotní péče by měli být schopni nabídnout různé časy skupinových sezení (ráno, odpoledne, večer) a měli by rovněž zvážit zpřístupnění individuální péče.

• GDG poznamenala, že problémy s přijatelností a proveditelností skupinové předporodní péče mohou nastat v prostředích, kde pociťované rozdíly lidi rozdělují, např. ženy z různých kast v Indii nebudou chtít být ve stejné skupině.

• Studie zabývající se skupinovou předporodní péčí probíhají v Nepálu, Ugandě a pěti dalších zemích s nízkými příjmy a GDG obdržela od jednoho člena GDG informaci, že zpráva z jedné z těchto studií by měla být brzy k dispozici. Hlavní výsledky studií o skupinové předporodní péči by měly zahrnovat zdravotní výsledky u matek a novorozenců, pokrytí a zkušenosti žen i poskytovatelů péče.

E.4: Intervence na úrovni komunit ke zlepšení komunikace a podpory

E.4.1: Podporované cykly prezenční výuky a činností (PLA) se skupinami žen

DOPORUČENÍ E.4.1: Mobilizace v rámci komunity prostřednictvím cyklů společného vzdělávání a aktivní účasti se skupinami žen se doporučuje pro lepší zdraví matek a novorozenců, zejména ve venkovských oblastech s nízkou dostupností zdravotnických služeb. Prezenční skupiny žen představují pro ženy příležitost jak společně probrat své potřeby v těhotenství včetně překážek v přístupu k péči a zvýšit podporu těhotných žen.

Poznámky

- Část tohoto doporučení byla převzata z *Doporučení WHO pro mobilizaci prostřednictvím cyklů společného vzdělávání a aktivní účasti se skupinami žen pro zdraví matek a novorozenců* (2014). (183)

• Vliv těchto mnohostranných, kontextuálně specifických intervencí na výsledky u matek a novorozenců je těžké odhadnout. Skutečnost, že se ženy setkávají, aby identifikovaly své potřeby a hledaly řešení, hraje důležitou roli; svou roli mohou hrát i mechanismy vztahující se k doplňkovým aktivitám organizovaným na základě řešení, která byla nalezena na těchto setkáních.

• Podrobné informace a pokyny vztahující se k doporučení včetně důležitých úvah ohledně jejich realizace lze nalézt v doporučeních WHO z roku 2014 k cyklům PLA (183), která jsou dostupná na: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/

E.4.2: Mobilizace komunity a předporodní návštěvy v domácnosti

DOPORUČENÍ E.4.2: Balíčky intervencí, které zahrnují mobilizaci v rámci domácnosti a komunity a předporodní návštěvy v domácnosti, se doporučují v zájmu lepšího využívání předporodní péče a perinatálních zdravotních výsledků, a to zejména ve venkovských oblastech s nízkou dostupností zdravotnických služeb. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

• GDG se shodla na tom, že míra, do jaké tyto balíčky zlepšují komunikaci s těhotnými ženami a jejich podporu, není zřejmá.

• Důkazy nepodporují provádění předporodních návštěv v domácnosti ze strany nekvalifikovaných pracovníků během těhotenství jako individuální intervence s cílem zvýšit využívání předporodní péče a zlepšit zdravotní výsledky. Zatímco kvalita a účinnost komunikace během návštěv v domácnosti ani míra, do jaké zvyšují podporu žen, není jasná, předporodní návštěvy v domácnosti by mohly být nápomocné při zajišťování kontinuity péče napříč předporodním, porodním i poporodním obdobím a při propagaci dalších zdravých návyků.

• Zainteresované strany by si měly být vědomy, že předporodní návštěvy nekvalifikovaných pracovníků v domácnosti nenahrazují návštěvy těhotenské poradny.

• Zainteresované strany by měly společně s těmito intervencemi v jednotlivých komunitách uvést do praxe intervence na posílení zdravotnického systému.

• Poskytovatelé zdravotní péče potřebují úvodní a průběžná školení pro komunikaci se ženami a jejich partnery. Pokud jde o ženské skupiny a mobilizaci komunity, poskytovatelé zdravotní péče potřebují též školení na podporu skupin, při svolávání veřejných shromáždění a dalších forem komunikace.

• Informace by měly být ženám a členům komunity poskytovány v jim srozumitelných a dostupných jazycích a formátech, osoby odpovědné za plánování programů by měly zajistit, aby poskytovatelé/podporovatelé zdravotní péče měli dostatečné zásoby příslušných informačních materiálů.

• Osoby odpovědné za plánování programů by si měly být vědomy možnosti dodatečných nákladů v souvislosti s návštěvami doma a mobilizací komunity, včetně možnosti potřeby dalšího personálu a cestovních výdajů.

• Při zvažování, zda využít předporodní návštěvy v domácnosti, ženské skupiny, zapojení partnerů nebo mobilizace komunity, musejí osoby odpovědné za plánování programů zajistit, aby výše uvedené bylo možné realizovat způsobem, jenž u žen respektuje a podporuje potřebu soukromí, jakož i jejich rozhodnutí a samostatnost v rozhodování. Je-li ženám nabízena několik příležitostí ke kontaktu, komunikaci a podpoře, je nutné se zaměřit i na jejich osobní preference a okolnosti.

• Je potřebný další výzkum týkající se přijatelnosti a proveditelnosti komunikace mezi muži a ženami, optimálních postupů pro mobilizaci komunity, nejlepšího modelu pro integraci do zdravotnických systémů, kontinuity domácích návštěv doma a mechanismu, jakými tyto intervence působí.

E.5: Převod úkolů v rámci poskytování předporodní péče

DOPORUČENÍ E.5.1: Převod úkolů při propagaci chování, které ovlivňuje zdraví matek a novorozenců, na širokou škálu zaměstnanců včetně nekvalifikovaného zdravotnického personálu, pomocných sester, porodních asistentek a lékařů se doporučuje. (Doporučeno.)

DOPORUČENÍ E.5.2: Převod úkolů při distribuci doporučených výživových doplňků a intermitentní preventivní léčby v těhotenství (IPTp) pro prevenci malárie na širokou škálu zaměstnanců včetně nekvalifikovaného zdravotnického personálu, pomocných sester, porodních asistentek a lékařů se doporučuje. (Doporučeno)

Poznámky

- Doporučení E.5.1 a E.5.2 byla upravena a převzata ze směrnic *Optimalizace role zdravotního personálu pro lepší přístup k hlavním intervencím ve prospěch zdraví matek a novorozenců formou převedení úkolů* (OptimizeMNH) (2012) (201).

• GDG poznamenala, že zatímco přesun úkolů má důležitou roli pro lepší flexibilitu při poskytování zdravotní péče v zařízeních s nízkými příjmy, tvůrci politiky by se měli ve své práci zaměřit na to, aby všechny ženy měly přístup k péči poskytované porodními asistentkami.

• Nekvalifikovaní pracovníci musí být uznáni a integrováni do systému a neměli by pracovat samostatně, tj. k převodu úkolů musí docházet v rámci týmového přístupu.

• Pravomoci všech zdravotnických pracovníků v rámci programu převodu úkolů musejí být jasně určeny.

• V samostatné směrnicí o testování HIV (98) WHO doporučuje, aby nekvalifikovaný personál, který je zaškolen a pracuje pod dohledem, mohl samostatně provádět bezpečné a účinné testování na HIV za pomoci rychlých testů (viz doporučení B.1.8).

• GDG poznamenala, že by mohlo být proveditelné převést úkoly spojené s předporodním ultrazvukem na porodní asistentky za předpokladu fungujících systémů školení, mentoringu a odkazování pacientek na specialisty.

• Je potřeba další výzkum zaměřený na mechanismus působení MLCC a na to, zda lze převést úkoly v rámci kontinuity péče.

• Další informace k tomuto doporučení lze nalézt ve směrnici OptimizeMNH (201), dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/

[a] Včetně propagace následujícího: záměrné vyhledávání péče a využívání předporodní péče, příprava na porod a připravenost na komplikace; spaní pod insekticidními sítěmi; kvalifikovaná porodní péče; doprovod při porodu; výživové poradenství; výživové doplňky; jiné kontextuálně specifické doplňky a intervence; testování na HIV během těhotenství; výlučné kojení; poporodní péče a plánování rodičovství; imunizace v souladu s vnitrostátními nařízeními.

E.6: Nábor a retence zaměstnanců ve venkovských a odlehlých oblastech

DOPORUČENÍ E.6: Tvůrci politiky by měli zvážit intervence v podobě vzdělávací, regulační, finanční, personální a odborné pomoci při náboru a retenci kvalifikovaného zdravotnického personálu ve venkovských a odlehlých oblastech. (Kontextuálně specifické doporučení.)

Poznámky

Doporučení E.6 bylo upraveno a převzato ze směrnice k předporodní péči obsažené v publikaci WHO z roku 2010 *Zlepšování přístupu ke zdravotnickému personálu v odlehlých a venkovských oblastech pomocí lepší retence zaměstnanců: doporučení pro provádění globální politiky* (202).

• Důrazná doporučení (zestručněná) pro nábor a retenci zaměstnanců z výše uvedené směrnice zahrnují následující:

– Používat cílené zásady přijímání zaměstnanců, aby do programů v rámci různých zdravotnických oborů byli zapojeni studenti s venkovským zázemím a/nebo zřídit školy pro zdravotníky mimo velká města.

– Zrevidovat učební osnovy pregraduálního i postgraduálního studia tak, aby zahrnovaly témata spojená se zdravím na venkově a rotací zdravotníků s cílem zvýšit kompetence zdravotníků pracujících ve venkovských oblastech.

– Zlepšit životní podmínky zdravotníků a jejich rodin a investovat do infrastruktury a služeb (hygienická zařízení, elektřina, telekomunikační sítě, školy atd.).

– Poskytnout vyhovující a bezpečné pracovní prostředí včetně příslušného vybavení a zásob, podpůrného dohledu a mentoringu.

– Určit a provádět příslušnou informační činnost pro snazší spolupráci mezi zdravotníky z oblastí s lepší obslužností se zdravotníky z oblastí s nedostatečnou obslužností, a je-li to proveditelné, využívat telehealth k poskytování dodatečné podpory.

– Vypracovat a podporovat programy kariérního růstu a vytvořit seniorské posty na venkově, aby zdravotníci mohli postupovat v kariérním žebříčku na základě svých zkušeností, vzdělání a praxe, aniž by museli opouštět venkovské oblasti.

– Podporovat vytváření profesních sítí, asociací venkovských zdravotníků, časopisů věnovaných zdraví na venkově atd., pro zvýšení morálky a postavení venkovských pracovníků a snížení jejich pocitů profesní izolace.

– Přijmout veřejně uznávaná opatření, jako např. dny venkovského zdraví, udělování ocenění a titulů na národní i mezinárodní úrovni pro zvýšení prestiže práce ve venkovských oblastech.

• Podmíněná doporučení z této směrnice týkající se vzdělávání, regulací a financování lze nalézt ve směrnicích WHO pro globální politiku (202), které jsou dostupné na: http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/

E.7: Rozvržení kontaktů v rámci předporodní péče

DOPORUČENÍ E.7: Modely předporodní péče s minimálně osmi kontakty se doporučují ke snížení perinatální mortality a zlepšení zkušenosti žen s péčí. (Doporučeno.)

Poznámky

• GDG zdůrazňuje, že model čtyř návštěv v rámci zaměřené předporodní péče (FANC) nenabízí ženám dostatečný kontakt se zdravotnickým personálem a již se nedoporučuje. U modelu FANC dochází k první návštěvě těhotenské poradny před 12. týdnem těhotenství, ke druhé kolem 26. týdne, třetí kolem 32. týdne a čtvrté mezi 36. a 38. týdnem těhotenství. Proto se ženám doporučuje, aby se do těhotenské poradny vrátily ve 41. týdnu těhotenství nebo dříve, pokud pociťují nebezpečné příznaky. Každá z návštěv těhotenské poradny má konkrétní cíle zaměřené na lepší identifikaci a doporučení vysoce rizikových žen k dalším specialistům a obsahuje také prvky osvěty (12). Nicméně z aktuálních důkazů je zřejmé, že modely FANC zavedené v 90. letech pravděpodobně mají za následek vyšší perinatální morbiditou spíše než modely, které zahrnují minimálně osm návštěv těhotenské poradny. Kromě toho z důkazů vyplývá, že více návštěv těhotenské poradny bez ohledu na zdrojové zařízení je pravděpodobně spojeno s větší spokojeností žen, než je tomu při menším počtu návštěv.

• GDG dává přednost pojmu „kontakt“ před „návštěvou“, neboť ten implikuje aktivní spojení mezi těhotnou ženou a poskytovatelem zdravotní péče, což v případě pojmu „návštěva“ není zřejmé. Pokud jde o uvedení tohoto doporučení do praxe, „kontakt“ lze přizpůsobit lokálním kontextům prostřednictvím programů zaměřených na komunity a před zapojení nekvalifikovaného zdravotnického personálu.

• Rozhodnutí ohledně počtu kontaktů se zdravotnickým systémem je ovlivněno mimo jiné následujícím:

– důkazy na podporu větší bezpečnosti během těhotenství za pomoci častějšího vyhodnocování zdraví matky i plodu k detekci problémů;

– důkazy na podporu toho, aby zdravotnická zařízení lépe komunikovala a podporovala těhotné ženy i jejich rodiny v době těhotenství.

– důkazy ze studií HIC, z nichž vyplývá, že nejsou žádné významné rozdíly ve výsledcích pro mateřské a perinatální zdraví mezi jednotlivými modely předporodní péče, jež zahrnovaly minimálně osm kontaktů, a těmi, jež zahrnovaly kontaktů více (11-15) (203);

– důkazy, z nichž je zřejmé, že více kontaktů mezi těhotnými ženami a informovaným, vstřícným a uctivým zdravotnickým personálem pravděpodobněji vede k pozitivní zkušenosti s těhotenstvím.

• Úvahy o zavedení těchto doporučení do praxe a zmapování doporučení ze směrnice pro kontakty předporodní péče jsou uvedeny v kapitole 4: Směrnice a doporučení k provádění předporodní péče.