

Оптимизация послеродового ухода

Мнение комитета экспертов Американского колледжа акушеров и гинекологов

Номер 736 • Май 2018 г. (Заменяет Мнение Комитета 666, июнь 2016 года)

Сокращенный вариант. Адаптировано – С.А. Шурпяк

Рекомендации и выводы

Американский колледж акушеров и гинекологов делает следующие выводы и дает рекомендации:

- Чтобы оптимизировать здоровье женщин и младенцев, послеродовой уход должен стать непрерывным процессом, а не одной встречей, услугами и поддержкой, адаптированной к индивидуальным потребностям каждой женщины.
- Предварительная подготовка должна начинаться во время беременности с разработки плана послеродового ухода, который учитывает переход к материнству и уход за женщиной.
- Пренатальные дискуссии должны включать планы репродуктивной жизни женщины, в том числе желание и сроки для любых будущих беременностей. Намерения женщины забеременеть в будущем обеспечивает контекст для совместного принятия решений относительно вариантов контрацепции.
- В идеале в течение первых 3 недель после родов все женщины должны иметь контакт со специалистами по охране материнства. Этот первоначальный контакт должен сопровождаться постоянным уходом по мере необходимости, завершаясь всесторонним визитом не позднее чем через 12 недель после рождения.
- Время всестороннего послеродового посещения должно быть индивидуализировано и акцентировано на женщине.
- Всесторонний послеродовой визит должен включать полную оценку физического, социального и психологического благополучия.
- Женщинам с беременностью, осложненной преждевременными родами, гестационным сахарным диабетом или гипертоническими расстройствами гестации, следует обратить внимание, что эти расстройства ассоциируются с более высоким риском развития кардиометаболических заболеваний у матери.
- Женщин с хроническими заболеваниями, такими, как гипертонические расстройства, ожирение, сахарный диабет, патология щитовидной железы, заболевания почек, расстройства настроения и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, следует проконсультировать относительно важности своевременного наблюдения у своего акушера-гинеколога или работником первичной медико-санитарной помощи для постоянной координации ухода.
- Для женщины, которая перенесла выкидыш, мертворождение или смерть новорожденного, необходимо обеспечить последующее наблюдение акушером-гинекологом.
- Оптимизация ухода и поддержка семей после родов потребует изменений в политике. Изменения в сфере послеродового ухода должны поддерживаться политикой возмещения расходов, которая стимулирует уход после родов в качестве постоянного процесса, а не отдельных визитов.

Введение

Неделя после рождения – критический период для женщины и ее ребенка, создающий условия для долгосрочного здоровья и благополучия. В течение этого периода женщи-

на адаптируется к многочисленным физическим, социальным и психологическим изменениям. Она оправляется от родов, адаптируется к гормональным изменениям и учится кормить и ухаживать за новорожденным [1]. В дополнение к тому, чтобы быть радостным и волнующим, этот «четвертый триместр» может представлять значительные проблемы для женщин, в том числе недостаток сна, усталость, боль, проблемы с грудным вскармливанием, стресс, начало или обострение психических расстройств, отсутствие сексуального желания и недержание мочи [2–4]. Женщинам также, возможно, придется столкнуться с ранее существовавшими социальными проблемами, такими, как зависимость от наркотиков, насилие со стороны интимных партнеров и другие проблемы. В это время послеродовая помощь часто разделяется среди специалистов по оказанию медицинских услуг по охране здоровья матери и ребенка в связи с процессом перехода из стационарных в амбулаторные учреждения, что влияет на эффективность [5].

Домашние посещения предусматриваются в некоторых программах; однако в настоящее время большинство женщин в Соединенных Штатах должны самостоятельно ориентироваться в послеродовой период до традиционного послеродового визита (через 4–6 недель после родов). Недостаточное внимание к потребностям по охране здоровья матерей вызывает особую озабоченность, учитывая, что более половины случаев младенческой смертности происходит после рождения [6]. Учитывая настоятельную необходимость снижения тяжелой материнской заболеваемости и смертности, настоящее Мнение Комитета АКАГ было пересмотрено, чтобы акцентировать важность «четвертого триместра» и предложить новую парадигму послеродового ухода.

Переопределение послеродового ухода

После рождения многие культуры предписывают 30–40-дневный период отдыха и восстановления, а женщина и ее новорожденный окружены и поддерживаются членами семьи и сообщества [7]. Многие аграрные культуры сохраняют послеродовые ритуалы, включая традиционные продукты питания и помощь в домашнем хозяйстве. Эти традиции поддерживаются некоторыми культурными группами, но для многих женщин в Соединенных Штатах 6-недельный послеродовой визит подчеркивает период без официальной или неофициальной поддержки для матери. Акушеры-гинекологи и другие медицинские работники имеют уникальную квалификацию, позволяющую помочь каждой женщине получить доступ к клиническим и социальным ресурсам, которые необходимы ей для успешного перехода от беременности к материнству.

Чтобы оптимизировать здоровье женщин и младенцев, послеродовой уход должен стать непрерывным процессом оказания услуг и поддержкой, адаптированной к индивидуальным потребностям каждой женщины, а не одной встречей. Действительно, в качественных исследованиях женщины отметили, что основное внимание уделяется охране здоровья женщин в антенатальный период, но уход в послеродовой период имеет редкий и запаздывающий характер [8]. Американский колледж акушеров и гинекологов рекомендует, чтобы вместо обычного «шестинедельного» время проведения всеобъемлющего послеродового

обследования было индивидуализировано к каждой женщине. Чтобы лучше удовлетворять потребности женщин в послеродовой период, в идеале уход может включать первоначальные консультации лично или по телефону в течение первых 3 недель послеродового периода для решения острых проблем. Эта первоначальная оценка должна сопровождаться постоянным уходом по мере необходимости, завершаясь всесторонним осмотром женщины не позднее чем через 12 недель после рождения ребенка. Политика страхового покрытия должны быть нацелена на поддержку этого индивидуального подхода к уходу в «четвертом триместре» (см. «Страхование и послеродовой уход»).

Увеличение вовлеченности

В настоящее время до 40% женщин не совершают послеродовой визит. Недостаточное распространение послеродового ухода затрудняет лечение хронических заболеваний и доступ к эффективной контрацепции, что увеличивает риск коротких сроков между беременностями и преждевременных родов. Показатели посещаемости ниже среди населения с ограниченными ресурсами [9, 10], что способствует неравенству в отношении здравоохранения.

Увеличение доли пациентов, совершающих послеродовой визит, является целью программы «Здоровые люди-2020». Стратегии повышения посещаемости включают, но не ограничиваются следующими мерами: обсуждение важности послеродового ухода во время дородовых посещений; использование консультантов-ровесников, акушерок, послеродовых медсестер для поощрения дальнейшего послеродового ухода; планирование посещений после родов в период дородового ухода или до выписки из больницы; использование коммуникационных технологий (например электронной почты, смс и приложения), чтобы напоминать женщинам о расписании послеродовых визитов [11], и увеличение доступности оплачиваемых больничных и оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

Оптимальный послеродовой уход предоставляет возможность для улучшения общего состояния здоровья и благополучия женщин, но данные свидетельствуют о том, что нынешнее состояние ухода не соответствует этой цели. При национальном опросе менее половины женщин, совершивших послеродовой визит, сообщили, что они получили достаточную информацию о послеродовой депрессии, наилучшем интервале между родами, здоровом питании, важности упражнений или изменениях в их сексуальной реакции и эмоциях [12]. Следует отметить, что упреждающие советы улучшают материнское благополучие: в рандомизированном контролируемом исследовании перед выпиской из больницы проводилась 15 минутная упреждающая консультация, после чего через 2 недели проводился телефонный разговор. Это привело к снижению симптомов депрессии и увеличению продолжительности грудного вскармливания в течение 6 месяцев после родов среди афро-американских и латиноамериканских женщин [13, 14].

Пренатальная подготовка

Предварительная подготовка должна начинаться во время беременности с разработки плана послеродового ухода, который учитывает переход к материнству и уход за женщиной [15] (табл. 1). Предварительная подготовка должна включать обсуждение вопросов грудного вскармливания [16, 17], состояния «бэби-блюз», эмоционального состояния после родов и проблемы материнства и восстановления после родов [18]. В пренатальных рекомендациях должны быть также рассмотрены планы долгосрочного лечения хронических заболеваний, таких, как психические, сахарный диабет, гипертония и ожирение, и в том числе

определение специалиста первичной медико-санитарной помощи, который будет заботиться о пациенте после окончания послеродового периода. В рамках этих рекомендаций специалисты по оказанию медицинских услуг должны обсудить назначение и стоимость послеродового клинического ухода, а также типы доступных услуг и поддержки.

(Примечание переводчика: «Бэби-блюз» – процесс естественного послеродового восстановления, период материнской адаптации. В это время женщина может ощущать необъяснимые перепады настроения или приступы плохого настроения, когда вдруг без видимой причины возникает желание плакать, может охватывать чувство тревоги, беспомощности и растерянности. Часто возникает раздражительность и обида на окружающих).

Планирование рождаемости

Начав с пренатального ухода, пациентка и ее акушер-гинеколог или другой работник акушерской службы должны обсудить дальнейшие репродуктивные планы женщины, включая желание и сроки любых будущих беременностей [19]. Женщинам следует рекомендовать избегать интервалов между беременностями менее 6 месяцев и проконсультировать их о рисках и преимуществах повторной беременности ранее чем через 18 месяцев после родов [20]. По данным исследований, короткие интервалы между беременностями также связаны с сокращением частоты вагинальных родов после кесарева сечения у женщин [21].

Репродуктивные планы женщины обеспечивают контекст для совместного принятия решений относительно вариантов контрацепции [22]. Совместное принятие решений приводит к переговорам двух экспертов: пациента и медицинского работника. Поставщик медицинских услуг является экспертом в клиническом опыте, пациент осведомлен о своих обстоятельствах, ощущениях и ценностях [23]. Как утверждает Всемирной организацией здравоохранения, при выборе времени для следующей беременности «лица и пары должны учитывать риски и преимущества для здоровья наряду с другими обстоятельствами, такими, как их возраст, фертильность, стремление иметь детей, доступ к медицинским услугам, поддержка в воспитании детей, социально-экономические обстоятельства и личные предпочтения» [24]. Учитывая сложную историю злоупотребления стерилизацией [25] и борьбы с рождаемостью среди маргинализированных женщин, следует позаботиться о том, чтобы каждой женщине предоставлялась информация о полном спектре вариантов контрацепции, чтобы она могла выбрать метод, наиболее подходящий для ее потребностей [26].

План послеродового ухода

Во время беременности женщина и ее акушер-гинеколог или другой работник акушерской службы должны разработать план послеродового ухода и определить группу по послеродовому уходу, включая семью и друзей, которые будут оказывать социальную и материальную поддержку в течение нескольких месяцев после рождения, а также медицинское учреждение, которое будет нести основную ответственность по уходу за женщиной и ее ребенком после рождения [19]. Предлагаемые компоненты группы послеродового ухода и план ухода приведены в табл. 1 и табл. 2. План медицинского обслуживания должен определить специалиста первичной медико-санитарной помощи и других медицинских работников (например психиатра), которые будут заниматься хроническими медицинскими проблемами после окончания послеродового периода. Если акушер-гинеколог выполняет функции первичной медико-санитарной помощи, то переход к другому врачу первичной помощи не требуется.

Предлагаемые компоненты плана послеродового ухода

Элемент	Компоненты
Команда по уходу	Имя, номер телефона и адрес офиса или клиники для каждого члена команды по уходу
Послеродовые визиты	Время, дата и место для визита (визитов) после родов; контактный номер телефона для планирования или перепланирования встречи
План питания для новорожденных	Предполагаемый метод грудного вскармливания, общественная поддержка (например, «горячие линии» для кормящих матерей, группы матерей), ресурсы для возвращения на работу
Планирование рождаемости и соразмерная контрацепция	Планируемое количество детей и сроки следующей беременности, метод контрацепции, инструкции о том, когда начинать, эффективность, потенциальные побочные эффекты и член команды помощи для связи по возникшим вопросам
Осложнения беременности	Осложнения беременности и рекомендованные результаты наблюдения или обследования (например, скрининг глюкозы для гестационного сахарного диабета, проверка артериального давления при гестационной гипертензии), а также рекомендации по снижению риска для любых будущих беременностей
Неблагоприятные результаты беременности, связанные с ASCVD	Неблагоприятные результаты беременности, связанные с ASCVD, нуждаются в оценке базового уровня ASCVD, а также в связи с обсуждением ASCVD необходимости проведения ежегодной оценки и необходимости профилактики ASCVD на протяжении всей жизни
Психическое здоровье	Предварительные консультации относительно признаков и симптомов послеродовой депрессии или тревоги; рекомендации для женщин с тревогой, депрессией или другими психическими проблемами, выявленными во время беременности или в послеродовой период
Послеродовые проблемы	Рекомендации по решению послеродовых проблем (то есть упражнения на тазовом уровне для стрессового недержания мочи, водная смазка для диспареунии)
Хронические заболевания	План лечения хронических физических и психических заболеваний и член группы по уходу, ответственный за последующее наблюдение

Таблица 2

Группа по послеродовому уходу

Член группы	Роль
Друзья, члены семьи	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивают женщине помощь в уходе за младенцем, при грудном вскармливании, уходе за старшими детьми • Помогают с практическими потребностями, такими, как питание, домашние дела и транспорт • Следят за появлением признаков и симптомов осложнений, включая психическое здоровье
Поставщик первичной акушерской помощи (акушер-гинеколог, сертифицированная медсестра-акушерка, семейный врач, практикующая медсестра)	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивает оценку и удовлетворение потребностей пациента в послеродовой период до всестороннего послеродового визита <ul style="list-style-type: none"> • «Первый звонок» для острых проблем в послеродовой период • Также может обеспечить постоянную рутинную заботу о женщинах после всестороннего послеродового визита
Поставщик первичной педиатрической помощи (педиатр, семейный врач, педиатрическая медсестра)	<ul style="list-style-type: none"> • Поставщик первичной медико-санитарной помощи для ребенка после выписки из родильного дома
Поставщик первичной медицинской помощи (также может быть поставщиком акушерской помощи)	<ul style="list-style-type: none"> • Совместно наблюдают за хроническими заболеваниями (например, гипертонией, сахарным диабетом, депрессией) в послеродовой период • Принимает на себя основную ответственность за постоянное медицинское обслуживание после всестороннего послеродового визита
Поддержка кормления грудью (сертифицированные консультанты и преподаватели, поддержка ровесников)	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивает упреждающее руководство и поддержку грудного вскармливания
Координатор ухода или руководитель проекта	<ul style="list-style-type: none"> • Координация медицинских и социальных услуг среди членов группы послеродового ухода
Домашние посетители (например, семейное партнерство для нянек, «Здоровое Начало»)	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставляет услуги для посещения на дому для удовлетворения конкретных потребностей матери и младенца после выписки из роддома
Специализированные консультанты	<ul style="list-style-type: none"> • Участвуют в решении сложных медицинских проблем в послеродовой период • Обеспечивает консультирование перед планируемыми беременностями

Переход от дородового к послеродовому уходу

План послеродового ухода должен быть пересмотрен и обновлен после родов. Женщины часто не уверены в том, к кому обращаться с послеродовыми проблемами [27]. В недавнем опросе в США каждая четвертая женщина после родов не имела номера телефона поставщика медицинских услуг для того, чтобы контактировать с ним по любым вопросам в отношении себя или своих детей [12]. Поэтому предлагается, чтобы план ухода включал контактную информацию и письменные инструкции относительно сроков дальнейшего послеродового ухода и наблюдения. Подобно тому, как медицинский работник ведет уход за женщиной во время беременности, акушер-гинеколог или другой специалист должны взять на себя ответственность за ее послеродовой уход [15]. Этот человек является основным контактным лицом для женщины, других членов группы послеродового ухода касательно любых проблем со здоровьем у матери и ребенка. Когда женщина выписывается из стационара, но ожидается длительная госпитализация младенца далеко от места проживания женщины, местный акушер-гинеколог или другой медицинский работник должен быть идентифицирован как контактное лицо и должна быть произведена передача соответствующей информации. Подобный обмен информацией должен происходить, даже если роды проходили не в местной больнице.

Наиболее существенная заболеваемость возникает в ранний послеродовой период; более половины случаев младенческой смерти происходит после родов [6]. Оценка артериального давления рекомендуется женщинам с гипертоническими расстройствами при беременности не позднее 7–10 дней после родов [28], а женщин с тяжелой гипертонией следует наблюдать в течение 72 часов после родов; другие эксперты рекомендовали проводить обследование через 3–5 дней [29]. Такое обследование имеет решающее значение, учитывая, что более половины послеродовых инсультов происходят в течение 10 дней после выписки [30]. Также может быть полезно индивидуальное наблюдение для женщин с высоким риском осложнений, таких, как послеродовая депрессия [31], раны после кесарева сечения или рана на промежности, трудности с лактацией или хронические состояния, такие, как приступы судорог, требующие послеродового лечения. Для женщин со сложными медицинскими проблемами может потребоваться несколько посещений для облегчения выздоровления после родов.

Следует отметить, что даже среди женщин без факторов риска распространены такие проблемы, как сильные кровотечения, боль, физическое истощение и недержание мочи [12]. Руководства Всемирной организации здравоохранения по послеродовому уходу включают регулярное послеродовое обследование всех женщин и новорожденных в течение 3 дней, 1–2 недель и 6 недель после родов [32]. Руководства Национального института по вопросам здравоохранения и ухода рекомендуют скрининг всех женщин с целью оказания помощи в преодолении состояния «эпидемии» через 10–14 дней после рождения, а также чтобы облегчить раннее выявление и лечение послеродовой депрессии [15]. Консультации в первые несколько недель также позволяют женщинам достичь своих целей в отношении грудного вскармливания: среди женщин с ранним отлучением от груди 20% прекратили грудное вскармливание в течение 6 недель после родов [33], до традиционного послеродового обследования. Для решения этих общих проблем после родов в идеале все женщины должны иметь контакт со специалистом по уходу за матерью в течение первых 3 недель после родов.

Обследование не обязательно должно проводиться в ходе личного визита, а полезность личного присутствия

должна оцениваться в соотношении тяжести поездки и посещения врача с новорожденным. Дополнительные механизмы для оценки здоровья женщин после родов включают домашние визиты [34], поддержку по телефону [35, 36], текстовые сообщения [37], удаленный мониторинг артериального давления [38, 39], использование специальных приложений [40]. Поддержка по телефону в послеродовой период, по-видимому, снижает показатели депрессии, улучшает результаты грудного вскармливания и повышает удовлетворенность пациентов, хотя данные неоднозначны [35, 36].

Всесторонний послеродовой визит и переход к улучшенному уходу за женщинами**Время визита**

Ранее всесторонний послеродовой визит, как правило, планировался между 4-й и 6-й неделями после родов – эти временные рамки, вероятно, отражают культурные традиции сорокадневного восстановления для женщин и их детей [41].

Однако в настоящее время 23% работающих женщин возвращаются на работу в течение 10 дней после родов и еще 22% возвращаются к работе в срок от 10 дней до 40 дней [42]. Поэтому сроки всестороннего послеродового визита должны быть индивидуализированы и ориентированы на женщин, но не превышать 12 недель с момента рождения. Сроки также должны учитывать любые изменения условий страхового покрытия, ожидаемые после родов. На всех послеродовых посещениях акушерам-гинекологам и другим поставщикам акушерских услуг следует учитывать необходимость дальнейших и дополнительных посещений. Независимо от времени всесторонний послеродовой визит является медицинским назначением, а не знаком окончания восстановления. Акушеры-гинекологи и другие акушерские работники должны обеспечить понимание со стороны женщины, ее семьи и работодателя, что совершение всестороннего визита после родов не устраняет необходимости в продолжении восстановления и поддержки через 6 недель после родов и далее.

Составляющие визита

При всестороннем послеродовом визите необходимо проводить полную оценку физического, социального и психологического благополучия, включая следующее (Вставка 1): настроение и эмоциональное благополучие; уход за младенцами и кормление; сексуальность, контрацепция и интервалы между родами; сон и усталость; физическое восстановление после родов; лечение хронических заболеваний и поддержание здоровья.

Всесторонний послеродовой визит дает женщине возможность задать вопросы о ее родах и любых осложнениях [15]. Соответствующие данные должны быть просмотрены и задокументированы в медицинской карте. Травматический родовой опыт может вызвать посттравматическое стрессовое расстройство после родов, которое поражает 3–16% женщин [43]. Травма всегда в центре внимания, и медицинские специалисты должны знать, что женщина может воспринимать роды как травму, даже если она и ее ребенок здоровы. Следует обсудить осложнения со стороны рисков для будущих беременностей, возможное назначение 17 α -гидроксипрогестерон капроата для снижения риска рецидивирующих преждевременных родов или ацетилсалициловой кислоты для снижения риска преэклампсии. Следует просмотреть любые отчеты о плацентарной патологии и поделиться этой информацией с пациентом. Следует дать рекомендации по оптимизации здоровья матери в период между беременностями [44], например, по лечению сахарного диабета и поддержания оптимальной массы тела [45].

Вставка 1.

Компоненты послеродового ухода

Настроение и эмоциональное благополучие

- Обследование на послеродовую депрессию и тревогу с помощью проверенного инструмента [1, 2]
- Предоставление рекомендаций относительно местных ресурсов для поддержки
- Скрининг курения; консультирование по поводу риска рецидива в послеродовой период [3]
- Скрининг на употребление психоактивных веществ и направление на лечение при необходимости [4]
- Наблюдение за ранее существовавшими психическими расстройствами, назначение или подтверждение исполнения назначений относительно психического здоровья и подбор лекарств, подходящих для послеродового периода.

Помощь с ребенком и кормление

- *Оцените комфорт и уверенность в уходе за новорожденными, включая:*
 - метод кормления
 - стратегию ухода за детьми при возвращении на работу или в школу
 - обеспечение младенца помощью педиатрического медицинского учреждения
 - обеспечение иммунизации всех опекунов [5]
- *Оцените комфорт и уверенность при грудном вскармливании, в том числе:*
 - боль, связанную с грудным вскармливанием [6]
 - руководство по материально-техническому обеспечению и законным правам на сцеживание молока при возвращении на работу или в школу [7,8]
 - рекомендации относительно возвращения фертильности во время лактации; беременность маловероятна, если менструации не начались, младенец меньше шести месяцев, а ребенок полностью или почти полностью на грудном вскармливании без перерывов более 4–6 часов между сеансами грудного вскармливания [9]
 - рассмотреть теоретические проблемы, связанные с гормональной контрацепцией и грудным вскармливанием, в контексте желания каждой женщины кормить грудью и риска незапланированной беременности [7]
- *Оценить материальные потребности, такие, как стабильное жилье, коммунальные услуги, продукты питания и подгузники, со ссылками на доступные ресурсы при необходимости.*

Сексуальность, контрацепция и интервал между родами

- Предоставлять рекомендации относительно сексуальности, менеджмента диспареунии и возобновления половой жизни
- Оценить желание дальнейших беременностей и репродуктивные планы [10]
- Объясните необходимость избежание интервала между беременностями менее 6 месяцев и обсудите риски и преимущества повторной беременности после 18 месяцев
- Проанализировать рекомендации по предотвращению повторных осложнений беременности, например, назначение 17 α -гидроксипрогестерона капроата для снижения риска рецидивирующих преждевременных родов или ацетилсалициловой кислоты для снижения риска преэклампсии
- Выберите метод контрацепции, который отражает заявленные потребности и предпочтения пациента, при возможности и необходимости установите реверсивные противозачаточные средства длительного действия (LARC) [11]

Сон и усталость

- Обсудите варианты устранения усталости и нарушения сна
- Привлечь семью и друзей к оказанию помощи в выполнении обязанностей по уходу

Физическое восстановление после родов

- Оценить заживание промежности или раны после кесарева сечения; дать рекомендации относительно нормального и пролонгированного выздоровления [12]
- Оценить наличие уринального и фекального недержания с направлением на физиотерапию или в урогинекологию при наличии показаний [13, 14]
- Обеспечить действенное руководство по возобновлению физической активности и достижению здоровой массы тела [15].

Лечение хронических заболеваний

- Обсудите осложнения беременности, если таковые имеются, и их последствия для будущего деторождения и долгосрочного здоровья матери, включая ASCVD
- Проведите скрининг глюкозы для женщин с гестационным сахарным диабетом: тест на глюкозу в плазме натощак или 75-граммовый 2-часовой тест на толерантность к глюкозе в крови [16]
- Проверьте выбор лекарств и дозы, принимая во внимание наличие/отсутствие грудного вскармливания, используя надежный ресурс, такой, как LactMed

Охрана здоровья

- Просмотрите историю вакцинации и сделайте указанные прививки, в том числе завершающие серию, инициированную в начале или после родов [17]
- Проведите скрининг женщины, в том числе тест на HPV, и вагинальное обследование при наличии показаний [18].

1. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;125:1268–71.
2. Earls MF. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2010;126:1032–9.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Tobacco and nicotine cessation toolkit. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2016.
4. Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. Committee Opinion No. 711. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e81–94.
5. American Academy of Pediatrics. Protect infants against pertussis: cocooning through Tdap vaccination. Washington, DC: AAP. Available at: https://www.aap.org/enus/Documents/immunization_protect_infants_against_pertussis.pdf. Retrieved January 23, 2018.
6. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM Clinical Protocol #26: persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med* 2016;11:46–53.
7. Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. Committee Opinion No. 658. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;127:e86–92.
8. Breastfeeding in underserved women: increasing initiation and continuation of breastfeeding. Committee Opinion No. 570. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;122:423–8.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Lactational amenorrhea method. In: US medical eligibility criteria (US MEC) for contraceptive use. Atlanta (GA): CDC; 2017.
10. Reproductive life planning to reduce unintended pregnancy. Committee Opinion No. 654. American Col-

lege of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;127:e66–9.

11. Immediate postpartum long-acting reversible contraception. Committee Opinion No. 670. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:e32–7.

12. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Lilford RJ, Lancashire RJ, Knowles H, et al. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technol Assess* 2003; 7:1–98.

13. Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. Practice Bulletin No. 165. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:e1–15.

14. Urinary incontinence in women. Practice Bulletin No. 155. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;126:e66–81.

15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obesity toolkit. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2016.

16. Gestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin No. 190. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;131:e49–64.

17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Immunization for women. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.

19. Conry J, Brown H. Well-Woman Task Force: Components of the Well-Woman Visit. *Obstet Gynecol* 2015;126:697–701.

Неблагоприятные результаты беременности и риск сердечно-сосудистых заболеваний

Существуют факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые появляются во время беременности, и эти факторы риска становятся важным предиктором развития атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания в будущем (ASCVD). Осложнения, такие, как преждевременные роды, гестационный сахарный диабет, гестационная гипертензия, преэклампсия и эклампсия, связаны с большим риском ASCVD [46]. Поэтому беременность является естественным «стресс-тестом», определяющим женщин, подверженных риску. Но поскольку эти проявления часто исчезают в послеродовой период, повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний часто не принимается во внимание. Данные относительно неблагоприятных исходов беременности также не оцениваются при использовании оценки риска ASCVD.

Поэтому женщинам с беременностью, осложненной преждевременными родами, гестационным сахарным диабетом или гипертоническими расстройствами, следует обратить внимание, что эти расстройства связаны с более высоким риском развития кардиометаболических заболеваний. Эти женщины должны пройти оценку риска ASCVD [47, 48], уделяя особое внимание влиянию социальных условий на развитие кардиометаболических заболеваний [49]. После родов все женщины с гестационным диабетом должны проходить скрининг глюкозы с помощью теста на глюкозу в плазме натощак или 2-часовой тест на толерантность к глюкозе с 75-граммовой дозой [45]. Любые осложнения во время беременности должны быть задокументированы в электронной медицинской карте женщины для содействия эффективному переходу на лечение и информированию о будущем скрининге и лечении.

Хронические заболевания

Женщинам с хроническими заболеваниями, такими, как гипертонические расстройства, ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, почечная болезнь, расстройства настроения и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, следует подчеркнуть важность постоянного наблюдения со стороны акушера-

гинеколога или работника первичной медико-санитарной помощи. Назначение лекарств, таких, как противосудорожные средства и психотропные средства, должны быть пересмотрены, чтобы гарантировать, что доза была скорректирована с учетом отражения послеродовой физиологии и что выбранные лекарства допустимо принимать во время лактации. Библиотека LactMed Национальной библиотеки медицины США является бесплатным онлайн-ресурсом, который обеспечивает достоверную информацию по безопасности лекарств во время лактации (www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm).

Потеря беременности

Для женщины, которая перенесла выкидыш, мертворождение или смерть новорожденного, необходимо обеспечить дальнейшее наблюдение с акушером-гинекологом или другим представителем акушерской службы. Ключевыми элементами этого визита являются эмоциональная поддержка и консультирование по поводу утраты; направление, при необходимости, к консультантам и в группу поддержки; обзор любых лабораторных и патологических исследований, связанных с потерей; и консультирование по поводу возможных рисков при планировании последующих беременностей [50].

Переход к непрерывному наилучшему уходу за женщиной

В послеродовой период женщина и ее акушер-гинеколог или другой специалист акушерской службы должны изменить план послеродового ухода, чтобы определить поставщика медицинских услуг, который возьмет на себя основную ответственность за ее постоянное лечение. В течение этого переходного периода также должны быть выданы соответствующие рекомендации другим членам команды. Если акушер-гинеколог или другой поставщик акушерской помощи также является и поставщиком ее первичной медико-санитарной помощи, передача информации не требуется. Если же ответственность передается другому специалисту первичной медико-санитарной помощи, акушер-гинеколог несет ответственность за обеспечение связи и передачи данных для понимания последствий любых осложнений беременности для будущего здоровья женщины и обеспечения непрерывности медицинской помощи. Письменные рекомендации по наблюдению и уходу за женщиной, а также по любым текущим медицинским вопросам должны быть задокументированы в медицинской карте, предоставленной пациенту, и переданы соответствующим членам группы послеродового ухода, включая ее основного поставщика медицинских услуг.

Предоставляя комплексный уход, ориентированный на женщину после родов, акушер-гинеколог и другие поставщики акушерской помощи могут помочь каждой женщине оптимизировать свое долгосрочное здоровье и благополучие.

Страхование и послеродовая помощь

Оптимизация ухода и поддержки семей после родов требует изменений в страховке. Изменения в сфере послеродового ухода должны облегчаться политикой возмещения расходов, которая рассматривает уход после родов в качестве постоянного процесса, а не как отдельный визит. В более широком плане положение об оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком имеет важное значение для улучшения здоровья женщин и детей и уменьшения неравенства. Американский колледж акушеров и гинекологов рассматривает оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком как необходимый, включая сохранение всех льгот и 100% оплаты в течение, как минимум, 6 недель [52]. Акушеры-гинекологи должны быть в авангарде политических усилий, чтобы все женщины могли восстановиться после родов и воспитывать своих детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Aber C, Weiss M, Fawcett J. Contemporary women's adaptation to motherhood: the first 3 to 6 weeks postpartum. *Nurs Sci Q* 2013;26:344–51.
2. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol* 2003;102:1291–8.
3. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Major survey findings of Listening to Mothers(SM) III: new mothers speak out: report of national surveys of women's childbearing experiences conducted October–December 2012 and January–April 2013. *J Perinat Educ* 2014;23:17–24.
4. Haran C, van Driel M, Mitchell BL, Brodribb WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:51.
5. Wise PH. Transforming preconceptional, prenatal, and interconceptional care into a comprehensive commitment to women's health. *Womens Health Issues* 2008;18:S13–8.
6. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [published erratum appears in *Lancet* 2014;384:956]. *Lancet* 2014;384: 980–1004.
7. Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Garthus-Niegel K, Eskild A. Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:459–66.
8. Tully KP, Stuebe AM, Verbiest SB. The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217:37–41.
9. Bennett WL, Chang HY, Levine DM, Wang L, Neale D, Werner EF, et al. Utilization of primary and obstetric care after medically complicated pregnancies: an analysis of medical claims data. *J Gen Intern Med* 2014;29:636–45.
10. Bryant AS, Haas JS, McElrath TF, McCormick MC. Predictors of compliance with the postpartum visit among women living in healthy start project areas. *Matern Child Health J* 2006;10:511–6.
11. Centers for Medicare and Medicaid Services. Resources on strategies to improve postpartum care among Medicaid and CHIP populations. Baltimore (MD): CMS; 2015.
12. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Listening to Mothers(SM) III: new mothers speak out. New York (NY): Childbirth Connection; 2013.
13. Howell EA, Balbierz A, Wang J, Parides M, Zlotnick C, Leventhal H. Reducing postpartum depressive symptoms among black and Latina mothers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:942–9.
14. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, Parides M, Bickell N. An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:239.e1–5.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care. Quality standard. Manchester: NICE; 2013.
16. Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. Committee Opinion No. 658. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016; 127:e86–92.
17. Breastfeeding in underserved women: increasing initiation and continuation of breastfeeding. Committee Opinion No. 570. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;122:423–8.
18. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, Howell EA. Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Matern Child Health J* 2014;18:707–13.
19. Reproductive life planning to reduce unintended pregnancy. Committee Opinion No. 654. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016; 127:e66–9.
20. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006;295:1809–23.
21. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. ACOG Practice Bulletin No. 184. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e217–33.
22. Block DE, Kurtzman C. Family planning in a healthy, married population: operationalizing the human rights approach in an Israeli health service setting. *Am J Public Health* 1984;74:830–3.
23. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making – pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366: 780–1.
24. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva: WHO; 2005.
25. Harris LH. Sterilization of Women: Ethical Issues and Considerations. Committee Opinion No. 695. *Obstet Gynecol* 2017;129:e109–16.
26. National Women's Health Network, SisterSong Women of Color Reproductive Justice Coalition. Long-acting reversible contraception statement of principles. Washington, DC: NWHN; 2017.
27. Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC Fam Pract* 2013;14:139.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Guideline summary. Albany (NY): NYSDOH; 2013.
29. New York State Department of Health. Hypertensive disorders in pregnancy. Guideline summary. Albany (NY): NYSDOH; 2013.
30. Too G, Went T, Boehme AK, Miller EC, Leffert LR, Attenello FJ, et al. Timing and Risk Factors of Postpartum Stroke. *Obstet Gynecol* 2018;1:70–8.
31. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;125:1268–71.
32. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. Geneva: WHO; 2013.
33. Stuebe AM, Horton BJ, Chetwynd E, Watkins S, Grewen K, Meltzer-Brody S. Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23:404–12.
34. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health* 2014;104(suppl 1):S136–43.
35. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD009338. PMID: 23881662. DOI: 10.1002/14651858.CD009338.pub2.
36. Miller YD, Dane AC, Thompson R. A call for better care: the impact of postnatal contact services on women's parenting confidence and experiences of postpartum care in Queensland, Australia. *BMC Health Serv Res* 2014;14:635.
37. Gallegos D, Russell-Bennett R, Preville J, Parkinson J. Can a text message a week improve breastfeeding? *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:374.
38. Rhoads SJ, Serrano CI, Lynch CE, Ounpraseuth ST, Gauss CH, Payakachat N, et al. Exploring implementation of m-health monitoring in postpartum women with hyper-tension. *Telemed J E Health* 2017;23:833–41.
39. Hirshberg A, Bittle MD, VanDerTuyn M, Mahraj K, Asch DA, Rosin R, et al. Rapid-cycle innovation testing of text-based monitoring for management of postpartum hypertension. *J Clin Outcomes Manage* 2017;24:77–85.
40. Danbjorg DB, Wagner L, Kristensen BR, Clemensen J. Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge. *Midwifery* 2015;31:574–81.
41. World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: WHO; 1998.
42. Klerman J, Daley K, Pozniak A. Family medical leave in 2012: technical report. Cambridge (MA): ABT Associates Inc; 2014.
43. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34:389–401.
44. Lu MC, Kotelchuck M, Culhane JF, Hobel CJ, Klerman LV, Thorp JM, Jr. Preconception care between pregnancies: the content of internatal care. *Matern Child Health J* 2006;10:S107–22.
45. Gestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin No. 190. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;131:e49–64.
46. Gulati M. Improving the cardiovascular health of women in the nation: moving beyond the bikini boundaries. *Circulation* 2017;135:495–8.
47. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association [published erratum appears in *Circulation* 2011;124:e427]. *Circulation* 2011;123:1243–62.
48. Rich-Edwards JW, Fraser A, Lawlor DA, Catov JM. Pregnancy characteristics and women's future cardiovascular health: an underused opportunity to improve women's health? *Epidemiol Rev* 2014;36:57–70.
49. Challenges for overweight and obese women. Committee Opinion No. 591. American College of Obstetricians and Gynecologists [published erratum appears in *Obstet Gynecol* 2016;127:166]. *Obstet Gynecol* 2014;123:726–30.
50. Management of stillbirth. ACOG Practice Bulletin No. 102. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;113:748–61.
51. Burtle A, Bezruchka S. Population health and paid parental leave: what the United States can learn from two decades of research. *Healthcare (Basel)* 2016;4:30.
52. American College of Obstetricians and Gynecologists. Paid parental leave. Statement of Policy. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2016.