

# ГЛАВА 1

## ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ

**К**ак и кто оказывает помощь беременным, зависит от страны и сектора здравоохранения, ответственного за эту помощь.

---

© **УЧАСТИЕ ОДНИХ И ТЕХ ЖЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ.** Позволило уменьшить сроки госпитализации, использование обезболивания в родах, реанимационные мероприятия у новорожденных и увеличило удовлетворенность качеством помощи у пациентов. (Hodnett ED) CD000062

---

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Помощь во время беременности, в родах и послеродовом периоде часто оказывают разные специалисты, многие из которых работают только в женских консультациях или родильных домах. Но непрерывность помощи означает ее оказание одним и тем же медицинским работником или одной и той же небольшой группой медицинских работников на протяжении всей беременности, во время родов и в послеродовом периоде.

**ЗАДАЧА.** Сравнить непрерывное наблюдение во время беременности, родов и в послеродовом периоде с обычным наблюдением, осуществляемым разными специалистами.

**МЕТОДЫ.** Стандартные методы ГБР (см. стр. xxi). Дата поиска: апрель 2000.

**ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** В обзор были включены 2 исследования (1815 женщин). В обоих исследованиях сравнивали исход беременности при непрерывной помощи, оказываемой акушерками, и при помощи, оказываемой врачами и акушерками совместно, в различные периоды беременности и во время родов. Качество обоих исследований было достаточно высоким. Женщины, находящиеся под непрерывным наблюдением, ре-

же нуждались в госпитализации до родов (отношение шансов (ОШ) 0,79; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,64–0,97) и чаще посещали школы материнства (ОШ 0,58; 95% ДИ 0,41–0,81). Беременные реже нуждались в медикаментозном обезболивании родов (ОШ 0,53; 95% ДИ 0,44–0,64), а их новорожденные дети — в реанимационных мероприятиях (ОШ 0,66; 95% ДИ 0,52–0,83). Не было выявлено разницы в оценке новорожденных по шкале Апгар, в частоте рождения детей с низкой массой тела, мертворождений и неонатальных смертей. Хотя женщинам, находящимся под непрерывным наблюдением, реже проводили эпизиотомию (ОШ 0,75; 95% ДИ 0,60–0,94), у них чаще происходили разрывы влагалища или промежности (ОШ 1,28; 95% ДИ 1,05–1,56). При непрерывном наблюдении женщины чаще высказывали удовлетворенность помощью до родов, во время и после них.

**ВЫВОДЫ.** Результаты исследований свидетельствуют о положительном влиянии непрерывной помощи беременным. Неясно, обусловлено ли это непрерывностью помощи или оказанием помощи акушерками.

■ **ВЕДЕНИЕ ЛИЧНЫХ ДНЕВНИКОВ БЕРЕМЕННОСТИ.** Увеличивало у женщин как чувство контроля над беременностью, так и частоту оперативных родоразрешений. (Brown HC, Smith HJ) CD002856

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Во многих странах беременные женщины, ведя дневник, сами оценивают свое состояние, что может усилить у них ощущение контроля и удовлетворенности помощью во время беременности.

**ЗАДАЧА.** Оценить влияние ведения личного дневника беременности на ее исход.

**МЕТОДЫ.** Стандартные методы ГБР (см. стр. хxi). Дата поиска: июнь 2007.

**ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** В обзор включены 3 исследования (675 женщин). Женщины, ведущие дневник, чаще испытывали чувство контроля над беременностью (относительный риск (ОР) 1,56; 95% ДИ 1,18–2,06).

По данным одного исследования, женщины, ведущие дневник (66 из 95), были больше удовлетворены помощью, чем женщины в контрольной группе (58 из 102) (ОР 1,22; 95% ДИ 0,99–1,52). В двух других исследованиях не было выявлено разницы между группами по этому показателю (в одном исследовании данные не были предоставлены, в другом — удовлетворенность оценивали по ответам на 17 пунктов анкеты). Большинство женщин,

ведущих дневник, высказывали желание вести его и при последующих беременностях (ОР 1,79; 95% ДИ 1,43–2,24). Согласно объединенным данным двух исследований (n = 347), женщины редко теряли или забывали дома свои дневники (ОР 0,38; 95% ДИ 0,04–3,84). Ведение дневников не оказывало влияния на частоту курения, грудного вскармливания, обезболивания родов, самопроизвольных выкидышей, мертворождений и неонатальных смертей. В то же время женщины, ведущие дневник, были чаще родоразрешены оперативным путем (ОР 1,83; 95% ДИ 1,08–3,12).

**ВЫВОДЫ.** Три исследования невелики по объему, и не во всех учитывались необходимые исходы. Результаты свидетельствуют о вероятности как положительного (ощущение лучшего контроля и удовлетворенности беременностью, возможность использовать записи дневника при госпитализации), так и отрицательного (более частые оперативные роды) влияния ведения дневников. Важно отметить, что женщины, ведущие дневник, чаще хотели вести его и при последующих беременностях. Данных о влиянии ведения дневников на показатели здорового поведения (отказ от курения и грудное вскармливание) и на исход беременности недостаточно. Представленные данные скорее говорят о недостаточности доказательств пользы, чем недостаточности доказательств вреда ведения личных дневников беременности.

---

**РОДЫ С УЧАСТИЕМ АКУШЕРОК ИЛИ ДРУГИЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В РОДАХ.** (Hatem M, Hodnett ED, Devane D, Fraser WD, Sandall J, Soltani H) Протокол (с.м. стр. xxii) CD004667

---

**КРАТКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ.** Во многих частях света помощь во время родов оказывают прежде всего акушерки. Однако в организации акушерской помощи, обучении акушерок и степени их участия при родах существуют значительные различия. Кроме того, в ряде стран (например, в Северной Америке) помощь беременным чаще всего оказывают врачи, тогда как в других странах (например, в Австралии, Великобритании и Ирландии) в такой помощи в равной степени участвуют и акушерки, и квалифицированные врачи, поэтому роженицы могут столкнуться с противоречивыми рекомендациями относительно способов родоразрешения.

**ЗАДАЧА.** Главная задача этого обзора — сравнить эффективность родов с участием акушерок с другими формами оказания помощи роженицам и их новорожденным.

---

**АУДИТ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ И ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.** Рандомизированные исследования не найдены. (Pattinson RC, Say L, Makin JD, Dastos MH) CD002961

---

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Аудит критических случаев и обратная связь — необходимые компоненты акушерской практики. Однако влияние такого аудита на перинатальную и материнскую смертность остается неясным. Не выяснены также возможные отрицательные эффекты и стоимость соответствующих мероприятий.

**ЗАДАЧА.** Выяснить, снижает ли аудит критических случаев и обратная связь перинатальную и материнскую заболеваемость и смертность.

**МЕТОДЫ.** Стандартные методы ГБР (см. стр. хxi). Дата поиска: январь 2005.

**ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** Отсутствуют.

**ВЫВОДЫ.** Важность регистрации числа и причин смертельных исходов не вызывает сомнений. Определение уровня смертности необходимо для выявления проблем в системе здравоохранения. Следует продолжать проводить исследования по оценке материнской и перинатальной смертности. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что положительные эффекты такой работы перевешивают ее отрицательные стороны. Для любого аудита крайне важна обратная связь. Наиболее эффективный способ такой связи остается невыясненным, но соответствующая информация должна достигать лиц, ответственных за принятие решений в области здравоохранения.

---

**ОБУЧЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ ПОВИТУХ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЫХ ПРИВЫЧЕК И ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ.** Снижало частоту перинатальных осложнений; необходимы дальнейшие исследования. (Sibley LM, Sipe TA, Brown CM, Diallo MM, McNatt K, Habarta N) CD005460 (в БРЗ 11)

---

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В период с 1970 по 1990 г. Всемирная организация здравоохранения поддержала обучение традиционных повитух (ТП) как одну из стратегий по снижению материнской и неонатальной смертности. До настоящего момента нет достаточно данных в поддержку обучения ТП, а имеющаяся информация весьма противоречива.

**ЗАДАЧА.** Оценить влияние обучения ТП на здоровые привычки беременных и исход беременности.

**МЕТОДЫ.** Стандартные методы ГБР (см. стр. хxi). Дата поиска: июнь 2006.

**ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** В обзор включены 4 исследования с участием более 2000 повитух и почти 27 000 женщин. По данным одного кластерного рандомизированного исследования, обучение ТП привело к значительному снижению частоты мертворождений (скорректированное ОШ 0,69; 95% ДИ 0,57–0,83;  $P < 0,001$ ), перинатальной смертности (скорректированное ОШ 0,70; 95% ДИ 0,59–0,83;  $P < 0,001$ ) и неонатальной смертности (скорректированное ОШ 0,71; 95% ДИ 0,61–0,82;  $P < 0,001$ ). Материнская смертность снижалась незначительно (скорректированное ОШ 0,74; 95% ДИ 0,45–1,22;  $P = 0,24$ ), тогда как количество женщин, обращающихся за медицинской помощью, существенно увеличилось (скорректированное ОШ 1,50; 95% ДИ 1,18–1,90;  $P < 0,001$ ). В контролируемом исследовании «до и после» среди женщин, обратившихся за медицинской помощью, наблюдалось снижение перинатальной смертности как в основной, так и в контрольной группе с незначительной разницей между ними (ОШ 1,02; 95% ДИ 0,59–1,76;  $P = 0,95$ ). Среднее число ежемесячных обращений за медицинской помощью в обеих группах также было одинаковым ( $P = 0,321$ ). В одном рандомизированном контролируемом исследовании была выявлена значительная разница в рекомендациях по введению прикорма новорожденным (ОШ 2,07; 95% ДИ 1,10–3,90;  $P = 0,02$ ), но не относительно начала кормления новорожденных молозивом (ОШ 1,37; 95% ДИ 0,62–3,03;  $P = 0,44$ ). В другом рандомизированном контролируемом исследовании не было выявлено существенной разницы по частоте послеродовых кровотечений между группами женщин, которым оказывали помощь обученные специалисты и ТП (ОШ 0,94; 95% ДИ 0,76–1,17;  $P = 0,60$ ).

**ВЫВОДЫ.** Потенциальная польза обучения ТП для снижения пери- и неонатальной смертности является весьма перспективной в комбинации с улучшением качества медицинской помощи. Однако число исследований, соответствующих критериям отбора, недостаточно для окончательного вывода об эффективности данного обучения.

---

**РОЛЬ ПРЕДРОДОВЫХ ПАЛАТ В УЛУЧШЕНИИ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В СТРАНАХ С НИЗКИМ ДОХОДОМ.** (van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J)  
Протокол (см. стр. хxii) CD006759

---

**КРАТКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ.** Недостаточное использование беременными медицинских услуг в основном связано с их недоступно-

стью, что обуславливает высокую материнскую и неонатальную заболеваемость и смертность. Между развитыми и развивающимися странами существует огромная разница в показателях использования медицинской помощи. Доступность медицинского обслуживания, в том числе экстренной акушерской помощи, является необходимым условием снижения материнской смертности, а также значительного уменьшения перинатальной заболеваемости и смертности. С 1960-х гг. для уменьшения различий в медицинском обслуживании беременных, живущих в городах и сельской местности, была создана система предродовых отделений. Предродовые отделения разнообразны: от зданий барачного типа, где женщина обслуживает себя сама, до полностью оборудованных отделений клиник. Устройством таких отделений могут заниматься как медицинские организации, так и местные власти. Создание предродовых отделений может обходиться дешевле и быть более эффективным в своевременной госпитализации беременных, чем госпитализация женщин только при наступлении родов или возникновении осложнений.

**ЗАДАЧА.** Используя наиболее доказательные данные, оценить роль предродовых отделений в исходе беременности и состоянии новорожденных.