

РОДЫ В ЕВРОПЕ В XXI ВЕКЕ

2050?

Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

No.81 - 2015



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Europe



Entre Nous публикуется:

Отделением неинфекционных заболеваний и жизненного цикла Сексуального и репродуктивного здоровья (в т.ч. здоровья матерей и новорождённых) Европейское региональное бюро ВОЗ
 Scherfigsvej 8
 DK-2100 Копенгаген, Дания
 Тел.: (+45) 3917 17 17
 Факс: (+45) 3917 18 18
www.euro.who.int/entrenous

Главный редактор

Dr Gunta Lazdane

Редактор

Dr Lisa Avery

Помощник редактора

Nathalie Julskov

Художественное оформление

Kailow Graphic A/S

www.kailow.dk

Печать

Lynge Olsen Kommunikation A/S, Дания

Entre Nous финансируется Фондом народонаселения по вопросам ООН (UNFPA), Региональным бюро по Восточной Европе и Центральной Азии, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Копенгаген, Дания. Журнал доступен на сайте <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications> Тираж журнала составляет 500 экз. на английском, и 500 экз. на русском языке.

Entre Nous выпускается:

на русском языке – Европейским региональным бюро ВОЗ, Lynge Olsen Kommunikation A/S, Дания
 Материалы журнала Entre Nous могут быть свободно переведены на любой национальный язык, переизданы в журналах и газетах или размещены на веб-сайтах с обязательной ссылкой на журнал Entre Nous, UNFPA и Европейское региональное бюро ВОЗ.

Статьи, публикуемые в Entre Nous, не обязательно отражают точку зрения UNFPA или ВОЗ. За справками просим обращаться к указанным в статьях авторам.

За информацией о деятельности, поддерживаемой ВОЗ, или за документами ВОЗ просим обращаться по вышеуказанному адресу к Dr Gunta Lazdane, Отдел неинфекционных заболеваний и пропаганды здоровья, Сексуальное и репродуктивное здоровье. Заказать публикации ВОЗ можно через представителя ВОЗ в каждой стране или в Отделе маркетинга и распространения по адресу:

CH-1211, Geneva 27, Switzerland

ISSN: 1014-8485

| | |
|--|-----------|
| Чтоб каждый случай рождения ребёнка стал желанным, радостным и безопасным событием <i>Katja Iversen</i> | 3 |
| Рождаемость в Европейском регионе ВОЗ: интервью с доктором Гунтой Лаздани, руководителю Программы по сексуальному и репродуктивному здоровью Регионального бюро ВОЗ в Европе <i>Lisa Avery</i> | 4 |
| Кесарево сечение или роды через естественные родовые пути в 20-м веке <i>Andrew Kotaska</i> | 8 |
| Рождённые до срока: ситуация с преждевременными родами в Европе. Тенденции, причины и профилактика этого явления <i>Margaret Murphy, Geraldine McLoughlin</i> | 10 |
| Подходы к укреплению акушерского дела в Европе <i>Mary J Renfrew, Ethel Burns, Mechthild M. Gross, Andrew Symon</i> | 12 |
| Где в Европе рождают детей <i>Jane Sandall</i> | 16 |
| Деторождение: мифы и медиализация <i>Agnes Phelan, Rhona O'Connell</i> | 18 |
| Начало грудного вскармливания с момента рождения может способствовать сокращению неравенства в области здоровья <i>Aileen Robertson</i> | 20 |
| Аборт по половой принадлежности плода: оспаривание выбора <i>Rebecca Wilkins, Manuelle Hurwitz, Lena Luyckfasseel</i> | 22 |
| Образ тела, беременность и роды <i>João Breda, Nathali Lehmann Schumann, Salwa Arshad</i> | 24 |
| Акушерские вмешательства в Чешской Республике <i>Petr Velebil</i> | 26 |
| Кесарево сечение в Украине: частота и показания <i>Iryna Mogilevkina, Inna Kukuruza, Oleg Belousov, Svetlana Makarova</i> | 28 |
| Ресурсы <i>Lisa Avery</i> | 30 |

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS

Dr Assia Brandrup-Lukanow

Старший советник Датского центра исследований и развития в области здоровья, Факультет биологических наук, Копенгаген

Dr Evert Ketting

Старший научный сотрудник Radboud University Nijmegen
 Кафедра общественного здоровья, Нидерланды

Prof Ruta Nadisauskiene

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, Литовский университет наук здоровья, Каунас, Литва

Ms Vicky Claeys

Европейская сеть Международной Федерации Планируемого Родительства, Брюссель

Dr Manjula Lusti-Narasimhan

Исследователь, Департамент репродуктивного здоровья и исследований, Штаб-квартира ВОЗ Женева, Швейцария

Dr Tamar Khomasuridze

Региональный советник по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, UNFPA Региональный офис Восточной Европы и Центральной Азии Стамбул, Турция

Dr Mihai Horga

Старший советник Восточноевропейский институт репродуктивного здоровья, Румыния

ЧТОБ КАЖДЫЙ СЛУЧАЙ РОЖДЕНИЯ РЕБЁНКА СТАЛ ЖЕЛАННЫМ, РАДОСТНЫМ И БЕЗОПАСНЫМ СОБЫТИЕМ



Katja Iversen

Каждую минуту в мире рождаются 250 детей. Во многих случаях это повод для праздничного ликования. Но иногда рождение ребёнка сопряжено с тревогой, печалью и трудностями. Обстоятельства, сопровождающие это событие, могут поразительно отличаться даже в контексте ситуаций, которые представляются сходными.

В Европе основные дискуссии по поводу беременности и деторождения, которые ведутся в общественном пространстве, сосредоточены на проблемах низкой рождаемости и снижения репродуктивной способности. И хотя действительно одна европейская женщина будет в среднем иметь менее 2 детей в течение своей жизни, что ниже коэффициента замещения поколения, тенденции рождаемости и факторы, влияющие как на низкий, так и высокий уровень фертильности сильно отличаются по всему Региону.

Факты свидетельствуют о том, что в большинстве европейских стран снижение общего коэффициента рождаемости не связано с отсутствием желания иметь детей. К определяющим эту тенденцию факторам скорее относятся: отсрочка рождения ребёнка в связи с необходимостью получить образование, невозможность найти «подходящего партнёра», рождение ребёнка в более зрелом возрасте, недостаточность предложения дружественных в отношении семьи услуг, а также соображения финансового характера. Всё это - причины, влияющие на численность членов семьи. Понимание факторов, ведущих к разрыву между желаемой величиной семьи и реальным количеством детей, рождающихся в семьях в результате осознанного выбора, станет важным первым шагом, дающим возможность правительствам стран и всем лицам, ответственным за разработку государственной политики, приступить к решению проблемы, формируя соответствующую среду и дружественную в отношении семьи политику, которая находит своё выражение в виде отпусков по уходу за ребёнком и государственной финансовой помощи, что, как уже было доказано, непосредственно влияет на величину специального коэффициента рождаемости и на количество детей, которых женщина решает родить.

Однако, феномен рождаемости не сводится только к коэффициентам и тенденциям. Каждому из нас в отдельности и обществу в целом важно понять, какие сложные взаимодействующие факторы оказывают влияние на то, каким будет опыт рождения ребёнка для женщины и её семьи. Необходимо оценить, насколько доступными являются для женщин медицинские услуги, кто может их им предоставить (акушерка, семейный врач, врач-акушер), где они могут рожать (дома, в больнице или родильном центре), каково качество обслуживания, получаемого женщинами, и какие разнообразные культурные или религиозные практики влияют на процесс деторождения. По всей Европе мы наблюдаем сейчас растущую медиализацию родов. Например, отсутствует выбор относительно того, где и как рожать, увеличивается процент кесаревых сечений, что делает родоразрешение абсолютно медицинской процедурой, никак не связанной с радостным эмоциональным опытом. Хотя мы, конечно же, стремимся получить специализированную медицинскую помощь и приветствуем адекватное медицинское вмешательство, обеспечивающее благоприятный исход при сложной беременности и родах, связанных с высоким риском, существует опасность, а при этом ещё и риск экономических потерь, если к высоко специализированным процедурам прибегают тогда, когда для этого нет медицинских показаний. К счастью, многие европейские страны стараются сейчас повернуть вспять эту тенденцию, поддерживая медицинское обслуживание под руководством специалистов акушерского дела, больницы, дружественные по отношению к матерям, где выделяются специальные помещения для семьи, а также проводя в жизнь инициативу по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания.

Европейское региональное бюро ВОЗ, в партнёрстве с другими структурами ООН, национальными правительствами и организациями гражданского общества проводят в масштабе всего Региона работу по обеспечению условий для того, чтобы рождение ребёнка было связано для всех с положительным опытом в наивысшей возможной мере. Обучающие семинары (теоретического, практического

и клинического характера), распространение инструментов и учебных материалов, а также поощрение стран к обмену опытом – всего лишь некоторые из возможных способов, которые используются в этой важной работе Европейским региональным бюро ВОЗ. На запланированной IV конференции организации Women Deliver, которая пройдёт в Копенгагене 16-19 мая 2016 года (www.wd2016.org), ВОЗ и другим активно действующим в Европе заинтересованным сторонам будет предоставлена замечательная возможность поделиться своими достижениями в данной области, а также обсудить более широкий круг проблем сексуально-репродуктивного здоровья девочек и женщин в связи с разработкой новых Целей устойчивого развития на период после 2015 года.

Когда вы будете читать статьи данного номера *Entre Nous*, посвящённого вопросам рождаемости, я бы посоветовала вам не спешить, а призадуматься, вспомнив следующее: свободный выбор – это основа всего, и права человека подразумевают, что женщины и пары имеют возможность самостоятельно выбирать, будут они иметь детей или нет, а если будут, то сколько, и когда придёт время это сделать. Часто самый позитивный опыт деторождения связан с ситуацией, когда женщины и их семьи имеют выбор относительно того, как и где пройдут роды. У меня нет сомнения в том, что все государства-члены Европейского региона ВОЗ разделяют это мнение и ставят перед собой такую цель, и все вместе работают над тем, чтобы каждое рождение ребёнка в каждой стране было желанным и безопасным, и воспринималось как праздник. Женщины рожают детей. Но это не единственное их предназначение. Женщины реализуют себя и вносят свой вклад, поддерживая свои семьи и общины, в которых живут, и свои страны. Пришло время, чтоб и их страны позаботились о них.

Katja Iversen,
Исполнительный директор,
Организация «Women Deliver»

РОДЫ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ: ИНТЕРВЬЮ С ДОКТОРОМ GUNTA LAZDANE, РУКОВОДИТЕЛЕМ ПРОГРАММЫ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ В ЕВРОПЕ

Интервью было подготовлено Lisa Avery, редактором Entre Nous.

Европейский регион ВОЗ очень неоднороден. Как эта неоднородность отражается на материнское здоровье в Европе?

С учётом того, что в Европейский регион ВОЗ входят 53 страны, можно говорить о большом разнообразии. Интересно, что различия обнаруживаются не только в экономической, культурной, политической и религиозной сферах, но и в практиках, перспективах и отношении к вопросам, связанным с деторождением. Например, в некоторых странах имеет место более технологичный, производственный подход к родам, и там такие медицинские вмешательства, как кесарево сечение, продолжительный мониторинг плода и ультразвукография используются без необходимости. Некоторые женщины и их семьи вообще склонны считать признаком элитарного статуса роды в высокоспециализированной клинике, даже если для этого не было никаких оснований. С другой стороны, есть страны, где деторождение воспринимается как более естественное явление, и там пытаются проводить политику поощрения подходов, дружественных в отношении матери и младенца. Например, поддерживаются домашние роды в сопровождении акушерок (в случаях, когда это допустимо), медицинские вмешательства сведены до минимума, пропагандируется грудное вскармливание, а в клинических и практических руководствах используется принцип жизненного цикла. Само собой, существуют различия, как среди стран, так и среди самих женщин.

Названные различия также находят своё отражение в неравенстве, которое мы наблюдаем в Регионе в отношении материнского состояния здоровья и здоровья новорожденных. В целом, судя по достаточно низким по сравнению с другими регионами мира показателями материнской (MMR) и перинатальной (PMR) смертности, ситуация по Европе весьма благополучна, однако, эти показатели существенно варьируются (См. рис. 1 и 2) и внутри Региона. Есть страны, которые не смогут достичь цели 5А, поставленной ООН в Декларации о целях развития тысячелетия (ЦРТ), - сокращения на три четверти материнской смертности в период между 1990 и 2015 годами. Такие же различия наблюдаются и в отношении суммарного коэффициента рождаемости (См. Рис.3).

Рис. 1 Материнская смертность на 100 000 живорожденных в Европейском регионе ВОЗ и отдельных странах, 1990-2011

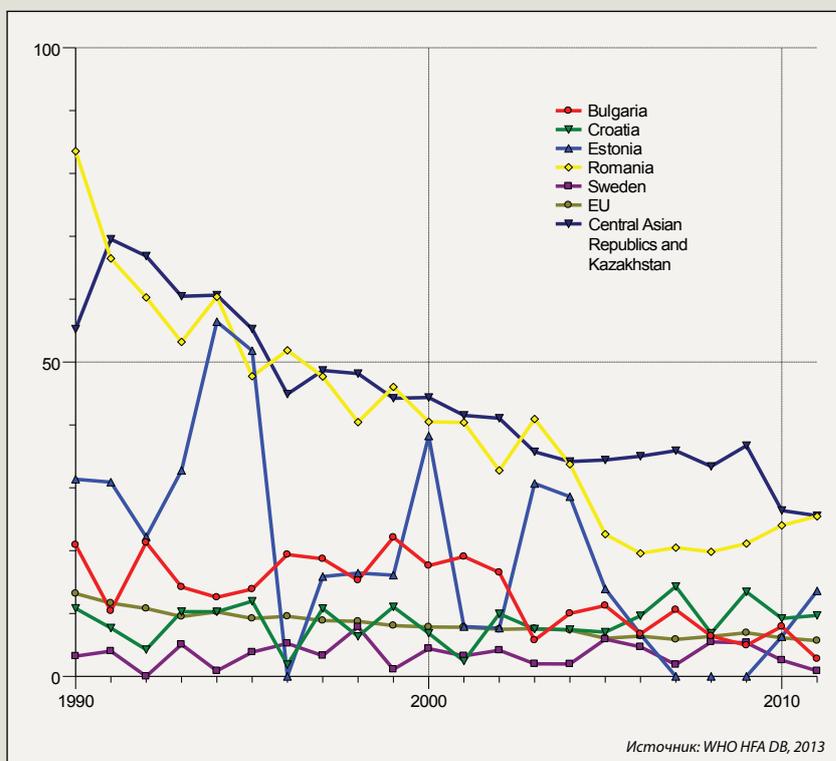
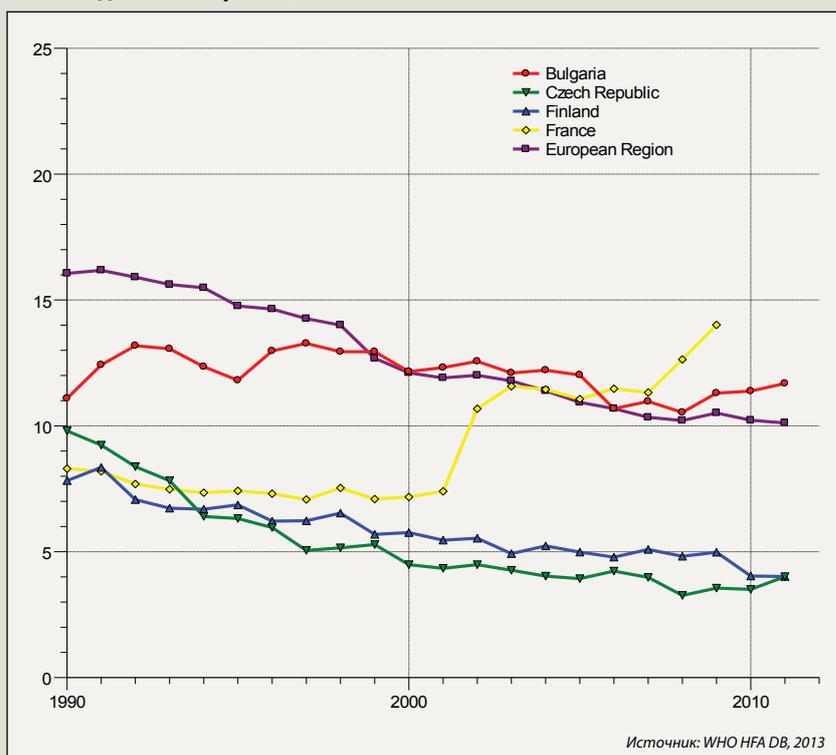


Рис. 2 Перинатальная смертность на 1000 родов в Европейском регионе ВОЗ и отдельных странах, 1990-2011



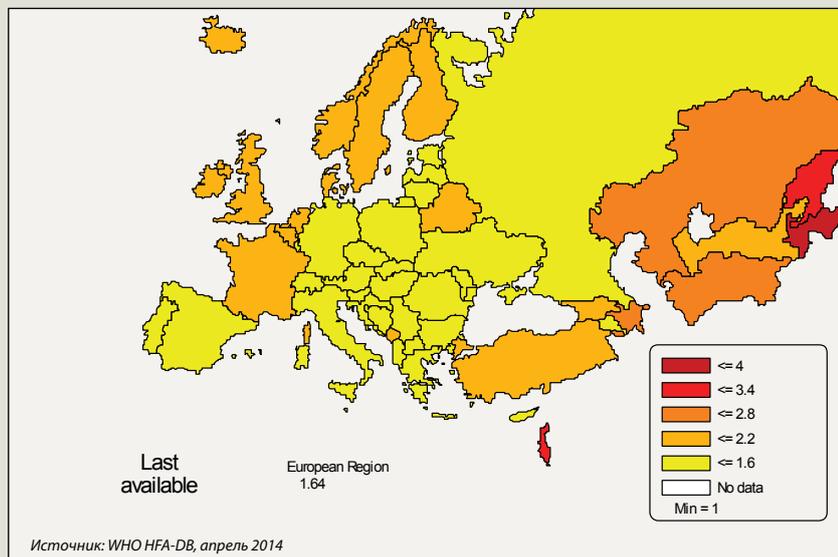


Lisa Avery



Gunta Lazdane

Рис. 3 Суммарный коэффициент рождаемости в Европейском регионе ВОЗ



Какие из проблем, связанных с рождаемостью, являются наиболее серьёзными в Европейском регионе?

Те же самые социальные, политические, религиозные, культурные и экономические факторы, связанные с огромными различиями в деторождении в Европе, также лежат в основе и самых трудноразрешимых проблем. Например, выбор пола будущего ребёнка становится для Европы растущей проблемой, - в некоторых странах эта практика получает всё большее распространение. ВОЗ параллельно с другими структурами ООН и странами продолжает работу, направленную на улучшение ситуации с более широкими социально-экономическими и культурными детерминантами, лежащими в основе этой серьёзной проблемы. Совместное заявление, с которым выступили различные ведомства, по поводу предотвращения выбора пола будущего ребёнка на основании гендерных предпочтений, доступно на сайте: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/9789241501460/en/

Это заявление представляет собой важный инструмент, предназначенный для того, чтобы помочь осознать далеко идущие последствия подобной практики и найти эффективные способы решения проблемы, выходящей за рамки подхода, присущего исключительно системе здравоохранения.

Кто-то может сказать, что низкий суммарный коэффициент рождаемости (TFR) в Европе является серьёзным вызовом для данного региона. Я же считаю это особенно интересной темой. Суммарный показатель рождаемости, равный 1,65 – действительно проблема с точки зрения демографии,

свидетельствующая о сокращении численности населения, связанной с низким уровнем рождаемости, и чреватой негативными последствиями, в особенности в том, что касается устойчивости систем социального обеспечения. Однако, если низкая рождаемость по сути своей отражает стремление женщин и мужчин иметь меньше детей, и не является результатом воздействия повлиявших на плодovitость внешних сил, таких, например, как недружественная политика в отношении беременности и трудовой занятости, тогда наблюдаемый в данный момент спад рождаемости демонстрирует нам в действии основные принципы Международной конференции по вопросам населения и развития, проходившей в 1994 году. И это очень позитивное развитие событий. Поскольку оно означает, что мужчины и женщины делают осознанный выбор относительно того, когда и как рожать детей, и рожать ли их вообще. Тем не менее, вопрос о том, насколько внешние факторы влияют на наш выбор, сознательный или бессознательный, и как это всё отражается на TFR остаётся темой для дальнейших исследований.

Возможно, одним из самых неожиданных открытий стало для меня то, насколько низки в Европе показатели грудного вскармливания (См. Таблицу 1). Это обстоятельство меня просто шокировало. Показатели грудного вскармливания у нас самые низкие по сравнению со всеми другими регионами ВОЗ. Я убеждена, что в этой ситуации вопрос грудного вскармливания со всей очевидностью требует приоритетного места в политической повестке дня Европы. Наша работа по проблемам грудного вскармливания также позволила нам увидеть, что по многим связанным

с рождаемостью в Регионе параметрам в статистических данных, как и прежде, есть пробелы. По многим показателям данные просто недоступны, и именно так обстоит дело с таким параметром, как неудовлетворённые потребности в области планирования семьи и с другими показателями, приводимыми в ЦРТ 5В. Такое отсутствие данных, безусловно, очень затрудняет задачу улучшения репродуктивного здоровья в Регионе, ведь без соответствующей доказательной базы или анализа мы не в состоянии в полном объёме понять и оценить существующие проблемы, что необходимо для улучшения ситуации с деторождением и повышением позитивного опыта рождения ребёнка.

Какие перемены, из тех, что произошли в сфере материнского здоровья в Европе за последние 10-20 лет, стали, по Вашему мнению, самыми значительными?

Вероятно, одной из самых больших перемен стал более поздний возраст первой беременности и первых родов среди женщин. В настоящее время каждый пятый младенец рождается у матери в возрасте 35 лет и старше, и эта тенденция сильно отличается от того, что было раньше. Такой сценарий связан и со многими позитивными моментами. Так в случае рождения ребёнка женщинами старшего возраста более велика вероятность того, что матери и их партнёры уже завершили своё образование, имеют работу и действительно в состоянии планировать и обсуждать свои пожелания относительно появления ребёнка. Но в то же самое время, как нам известно, фертильность и беременность в более зрелом возрасте также сопряжена со своими рисками, которые часто бывают серьёзнее, чем при беременности в более молодом возрасте. Так, например, после 40 лет значительно возрастает риск развития хронических заболеваний, представляющих угрозу для жизни, а женская фертильность значительно снижается после 37 лет, что повышает вероятность применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Ещё одна значительная перемена связана с ростом частоты кесаревых сечений при родоразрешении (См. рис. 4). Этот показатель демонстрирует стабильный рост по всем странам, но, конечно же, скорость, с которой он растёт, и факторы, способствующие этому росту, отличаются от страны к стране. Недавно ВОЗ инициировала процесс пересмотра и переработки своего изначального заявления по поводу приемлемого уровня распространённости кесаревых сечений, и в связи с этим были начаты важные дискуссии по поводу того, должны ли женщины иметь право выбора кесарева сечения в качестве способа родоразрешения, а также дискуссии о

РОДЫ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ: ИНТЕРВЬЮ С ДОКТОРОМ GUNTA LAZDANE, РУКОВОДИТЕЛЕМ ПРОГРАММЫ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ В ЕВРОПЕ

Таблица 1. Распространённость грудного вскармливания в Европе.

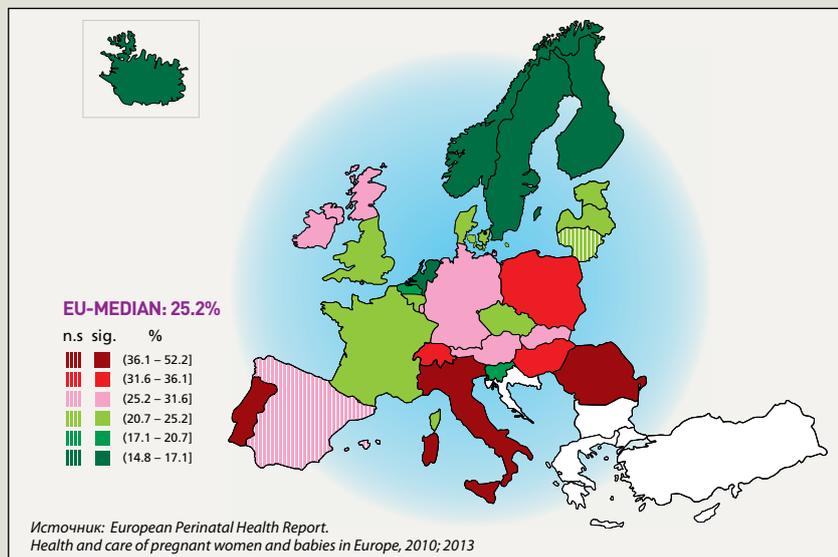
| | Начало грудного вскармливания в течение 1 часа после родов (%) | Исключительно грудное кормление в 6 месяцев (%) | Продолжающееся грудное вскармливание в возрасте ребенка 1 год (%) | Год сбора данных |
|---|--|---|---|------------------|
| Албания | 42.9 | - | 60.6 | 2008–2009 |
| Армения | 35.7 | - | 44.2 | 2010 |
| Австрия | 78.1 | 10.0 | 16.0 | 2006 |
| Азербайджан | 31.9 | - | 26.4 | 2006 |
| Беларусь | 53.0 | - | 27.9 | 2012 |
| Бельгия | - | 11.8 | - | 2012 |
| Босния и Герцеговина | 42.3 | - | 12.4 | 2006/2011–2012 |
| Болгария | 4.6 | - | - | 2010 |
| Хорватия | - | - | - | 2011 |
| Кипр | - | 12.4 | - | 2004 |
| Чешская Республика | - | 17,8 | - | 2011 |
| Дания | - | 17.2 | - | 2012 |
| Финляндия | - | 1.0 | - | 2011 |
| Грузия | 66.3 | - | 36.5 | 2009 |
| Германия | - | - | - | 2003–2006 |
| Греция | - | 0.7 | 6.4 | 2009 |
| Венгрия | - | 43.9 | - | 2007 |
| Исландия | - | 13.0 | 16.0 | 2011 |
| Ирландия | 33.5 | - | - | 2008 |
| Израиль | - | 11.2 | 11.8 | 1998–1999 |
| Италия | - | 5.0 | 12.0 | 1999 |
| Казахстан | 67.8 | - | 50.8 | 2010–2011 |
| Кыргызстан | 83.8 | - | 68.3 | 2012 |
| Латвия | - | 16.4 | 22.4 | 2011 |
| Люксембург | 66.5 | 6.0 | 11.8 | 2008 |
| Мальта | - | 35.9 | - | 2004–2005 |
| Монтенегро | 25.2 | - | 24.6 | 2005 |
| Нидерланды | - | 18.0 | - | 2010 |
| Норвегия | - | 7.0 | - | 2003 |
| Польша | - | - | 40.0 | 2013 |
| Португалия | - | 34.0 | - | 2003 |
| Республика Молдова | 61.0 | - | 48.0 | 2012 |
| Румыния | 12.0 | - | - | 2004 |
| Сербия | 7.6 | - | 18.4 | 2005–2006/2010 |
| Словакия | - | 49.3 | - | 2010 |
| Испания | - | 28.5 | - | 2011–2012 |
| Швеция | - | 14.0 | - | 2011 |
| Швейцария | - | - | - | 2003 |
| Таджикистан | 49.6 | - | 1.3 | 2012 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 21.0 | - | 33.8 | 2011 |
| Турция | 39.0 | - | 66.7 | 2008 |
| Туркменистан | - | - | 72.0 | 2009 |
| Украина | 65.7 | - | 37.9 | 2012 |
| Объединённое Королевство | - | 1.0 | - | 2010 |
| Узбекистан | 67.1 | - | 78.3 | 2006 |

-, данные отсутствуют;

Нет данных по Андорре, Эстонии, Франции, Литве, Монако, Российской Федерации, Сан Марино и Словении.

Source: Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States - submitted and accepted for publication.

Рис. 4 Доля кесаревых сечений от всех родов в 2010



соотношении связанных с кесаревым сечением преимуществ и рисков для матери и плода, что обсуждается далее в статье на страницах 8-9. Совершенно очевидно, что это очень непростая тема.

За последние 20 лет значительно возросли возможности, качество, доступность и масштабы использования высоких технологий, связанных с деторождением. Успехи в этой области огромны. Например, благодаря новым, усовершенствованным видам неонатального вмешательства в случае преждевременных родов, становится возможным выживание недоношенных младенцев, гестационный возраст которых достигает чуть больше 22 недель. Было время, когда такое считалось невозможным. То же самое можно сказать и о вспомогательных репродуктивных технологиях. Сейчас зачатие становится возможным и в случае пар, которые не могли бы об этом и мечтать несколько десятков лет назад. Конечно же, мы все признаём, что наличие новых технологий оказывает влияние на выбор, исход и отношение к деторождению. В связи с этим возникает интересная философская дилемма относительно того, нужно ли вводить какие-то ограничения, а если нужно, то какие и каким образом.

Ещё одним значительным новым явлением, которое мы наблюдаем, стал рост эпидемии ожирения. Десять процентов всех женщин детородного возраста страдают сейчас ожирением. Это является новым вызовом всем тем, кто занимается проблемами беременности и деторождения. Мы знаем, что ожирение связано с возрастающим риском сопутствующих патологий, таких, например, как диабет, гипертония и сердечно-сосудистые заболевания. Кроме того, ожирение связано с большим риском бесплодия,

осложнениями беременности и риском развития неинфекционных заболеваний у плода, которые проявятся на более позднем этапе жизни.

Как Региональное бюро ВОЗ в Европе работает со странами, чтобы опыт рождения ребёнка стал более позитивным для женщин, их семей и сообществ?

Мы работаем со всеми 53 странами – членами Европейского региона ВОЗ. По просьбе стран, ВОЗ предоставляет техническую поддержку. Подход, практикуемый нами, отличается от страны к стране в зависимости от конкретных нужд каждой из них. Чаще всего наша работа включает следующие мероприятия:

- Подход ВОЗ к анализу материнской смертности и заболеваемости «Что кроется за цифрами цифр», который позволяет улучшить доступ к качественной помощи;
- Внедрение разработанных ВОЗ принципов и мер по эффективному перинатальному уходу (ЭПУ), проведение тренингов по ЭПУ
- Использование инструментов мониторинга качества помощи, таких как Инструмент оценки качества амбулаторной предродовой и послеродовой помощи женщинам и новорожденным и Инструмент оценки качества больничной помощи матерям и новорожденным детям;
- Пропаганда и внедрение в каждой стране выдвинутой ВОЗ/ЮНИСЕФ инициативы грудного вскармливания новорожденных;
- Пропаганда образования в сфере сексуальности человека, улучшения качества услуг по планированию семьи;

- Активности по профилактики преждевременных родов;
- Оценки и планирование политики на национальном и региональном уровнях; а также
- Поддержка прав женщин и их семей на выбор медицинского обслуживания высокого качества и на доступ к нему.

Все государства-члены Европейского региона ВОЗ продемонстрировали высочайший уровень политической ответственности в деле улучшения состояния здоровья женщин и их семей, и нам было приятно работать с разными странами, которые пытаются сделать всё, что в их силах, используя различные подходы и ресурсы.

Что, на Ваш взгляд, можно отнести к самым большим успехам/достижениям в области деторождения в Европе?

На этот вопрос труднее всего ответить, потому что многое вызывает чувство гордости.

Одним из самых больших достижений стало то, что общее отношение к беременным женщинам действительно улучшилось, особенно со стороны провайдеров услуг здравоохранения. Произошёл настоящий сдвиг от прежнего патерналистского подхода к гораздо более уважительной практике сотрудничества и вовлечения женщин в процесс принятия решений по поводу собственной беременности и родоразрешения. И это отрадно видеть. Конечно, многое ещё нужно совершенствовать в разных ситуациях, но то, что сдвиг произошёл, – это факт. Значительно изменилось к лучшему и качество медицинского обслуживания, и не только в том, что касается технической стороны клинических стандартов, руководств, технологий и методов. Не менее важным показателем является и уровень удовлетворённости пациентов/клиентов и их впечатление от получаемой помощи. Я также считаю большим достижением тот факт, что страны стали обмениваться информацией о своих успехах и неудачах в деле улучшения ситуации с беременностью и рождаемостью. Именно такой вид сотрудничества, такой обмен знаниями, позволяет нам всем находить в конце концов наилучший путь, по которому следует двигаться вперёд, чтобы обеспечить всяческую поддержку женщинам и их семьям в невероятно важный период их жизни.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ИЛИ РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ В 20-М ВЕКЕ

До 20-го века кесарево сечение (КС) считалось операцией, вызывающей много опасений. Широко применявшийся классический разрез матки становился причиной высокой материнской смертности от кровотечения и последующего разрыва матки. Несмотря на использование асептической хирургической техники, сепсис с летальным исходом был распространенным явлением из-за отсутствия антибиотиков. Операция проводилась почти исключительно с целью спасения жизни матери, для которой роды через естественные родовые пути были крайне опасными, например, в связи с предлежанием плаценты. Предпочтение чаще отдавалось не КС, а гибели плода и применению внутриутробных плодоразрушающих операций, которые сами по себе могут вызывать осложнения.

С появлением техники разреза нижнего сегмента матки по методу Munro Kerr и открытием антибиотиков во второй половине 20-го века безопасность КС значительно повысилась. В результате снижения рисков для материнского здоровья применение КС получило широкое распространение по показаниям со стороны плода. Возникли дебаты о том, насколько невысокий уровень риска со стороны плода мог оправдать риск для здоровья матери вследствие КС. Рутинное проведение КС, например, в случае тазового предлежания стало обычным явлением.

Современное усовершенствование техники КС позволило еще больше повысить безопасность операции. Благодаря проводниковой анестезии, антибиотикопрофилактике, применению окситоцина и вторичных эболиков, жидкостной реанимации и переливанию крови заболеваемость и смертность сократились до очень низкого уровня. С повышением безопасности КС снизилась толерантность к риску со стороны плода во время родов, и частота выполнения КС резко возросла во всем мире.

Средний процент родов с помощью КС в 24 странах ОЭСР в 2011 году составлял 26 %, а в Турции, Мексике и Бразилии этот показатель превышал 40 %. Операция КС стала настолько безопасной, что некоторые обеспеченные женщины выбирают плановое КС по собственному желанию или по совету специалиста без наличия показаний. Негативные последствия этого явления начинают оцениваться лишь сейчас. В США впервые в истории наблюдается рост материнской заболеваемости и смертности (1).

Риски для матерей

Материнская заболеваемость и смертность после кесарева сечения примерно в пять раз превышает этот показатель при родах через естественные родовые пути, включая, в частности, риски, связанные с кровотечением, сепсисом,

венозной тромбоэмболией и эмболией околоплодными водами. Абсолютный риск смерти в результате К/С в условиях высокого и среднего уровня доходов составляет от 1/2000 до 1/4000 (2,3). При последующих беременностях увеличивается риск предлежания плаценты, приращения плаценты и разрыва матки. Эти патологии повышают риск материнской смертности и возникновения тяжелых заболеваний у матерей, который растет с каждым последующим КС. Особенно это касается женщин, имеющих много детей.

Преимущества для матерей

КС обладает невысоким защитным действием против стрессового недержания мочи в более позднем возрасте (4). Умеренное или сильное стрессовое недержание мочи наблюдается примерно у 10 % женщин, рожавших естественным путем, в то время как у женщин, рожавших с помощью КС, этот показатель составляет 5 %. Снижение показателя на 5 % означает, что для предотвращения одного случая умеренного или тяжелого недержания мочи требуется выполнить 20 КС.

Неонатальная заболеваемость и смертность

КС может сохранить жизнь плоду в случае угрозы гибели. Парадокс, однако, заключается в том, что в странах с более широким распространением КС в настоящее время наблюдаются более высокие показатели неонатальной заболеваемости и смертности. Ятрогенное родоразрешение слегка недоношенных и недоношенных детей влечет за собой существенный риск неонатальных легочных осложнений, особенно у младенцев, появившихся на свет с помощью КС до начала родовой деятельности. Рекомендации относительно отсрочки родового КС до 39-й недели беременности не всегда соблюдаются, и ятрогенная недоношенность остается значительной причиной заболеваемости и смертности новорожденных. Более высокая частота мертворождения при беременности после КС также способствует повышению перинатальной смертности.

Влияние на детское здоровье

Переход от стерильных условий внутриутробной жизни в новорожденную жизнь включает в себя быструю колонизацию эпителия микроорганизмами. Контакт с материнским влагалищем во время родов и материнской кожей после рождения подвергает плод воздействию нормальной материнской микробной флоры. Материнская иммунная система имеет симбиотические отношения с этим микробиомом. В предродовой период материнские иммунные глобулины передаются плоду трансплацентарно,

подготавливая плод к принятию микробиома матери. КС препятствует воздействию влагалищной и кожной флоры матери на новорожденного, что приводит к колонизации другими микробами из окружающей среды и изменением микробиома. Рутинное применение антибиотиков при КС, вероятнее всего, усугубляет эти изменения.

Микробное воздействие и родовой стресс также вызывают выраженную активацию маркеров иммунной системы в пуповинной крови новорожденных, родившихся через естественные родовые пути или путём КС во время родов. Эти изменения отсутствуют в пуповинной крови новорожденных, родившихся путём КС до начала родовой деятельности. Иммунологические заболевания, включая астму, атопический дерматит и целиакию, чаще встречаются у детей, рожденных с помощью КС до начала родовой деятельности по сравнению с детьми, родившимися естественным путем. Механизмы, посредством которых КС может вызывать эти различия, не совсем понятны. По-видимому, оптимальная закладка начального микробиома и праймирование иммунной системы новорожденного несут в себе долгосрочные последствия для здоровья в детском возрасте. Исследования на животных показывают, что нарушение этого процесса имеет отрицательные прямые и эпигенетические последствия для последующего обмена веществ и функционирования иммунной системы (5).

Показания к КС

Анализировать показания к КС непросто. Родовая деятельность является динамичным процессом, включающим в себя различные уровни риска и целый ряд факторов со стороны плода, матери и плаценты. Предпочтения практикующих врачей и матерей также играют большую роль в принятии решений о родоразрешении.

В 1996 году Michael Robson опубликовал инновационную систему классификации КС. Роженицы подразделяются на десять взаимоисключающих групп на основании рутинно регистрируемых объективных акушерских параметров. Для каждой группы фиксируется число участниц, а также количество КС, что позволяет определить группы с высоким показателем КС и их вклад в общие показатели КС. Эта система применяется для анализа показателей КС по всему миру. Результаты такого анализа свидетельствуют о широком разбросе в показателях при наличии общих характерных черт (6). В условиях высокого уровня ресурсов большинство КС проводятся у женщин из трех групп: рожавших женщин с КС в анамнезе, нерожавших женщин при



Andrew Kotaska

спонтанных родах и нерожавших женщин при индуцированных родах. Усилия, направленные на сокращение доли КС посредством десятигрупповой системы классификации Робсона, как правило, сосредоточены на трех упомянутых группах (7).

Причины увеличения частоты выполнения КС:

В течение многих десятилетий идеальный показатель КС по мнению ВОЗ составляет 15 %, однако этот процент продолжает расти во всем мире. Это обусловлено многими факторами, включая:

- Снижение толерантности к риску со стороны плода (например, рутинное проведение КС в случае тазового предлежания)
- Снижение толерантности к разрыву промежности (применение КС вместо наложения щипцов)
- Переоценка риска родов после предшествующего КС (снижение частоты естественных родов после КС)
- Отсутствие доступа к поддержке дулы при родах
- Потеря акушерских навыков среди врачей-акушеров (родоразрешение через естественные родовые пути при тазовом предлежании, оперативное влагалищное родоразрешение, родоразрешение двойни через естественные родовые пути)
- Применение электронного мониторинга плода без забора образца крови со скальпа плода (КС при ложно-положительном атипичном или нарушенном сердечном ритме плода)
- Увеличение числа матерей с ожирением
- Рост числа индуцированных родов (удобство, предотвращение рисков перенашивания)
- Расширение применения эпидуральной анестезии при недостаточной стимуляции родовой деятельности
- Предпочтения матери (планирование, страх, желание избежать родовой деятельности, удобство)
- Предпочтения акушера (планирование, получение доходов)

Сокращение частоты выполнения КС

Учитывая наличие множества факторов в современном акушерстве, понятие «идеального» показателя КС представляется устаревшим. Среди стран

ОЭСР лишь в Нидерландах и Скандинавии показатель КС поддерживается на уровне около 15%. Тем не менее, применение КС несет в себе больший риск и затраты, чем роды через естественные родовые пути. Усилия, направленные на предотвращение ненужных кесаревых сечений, оправданы с точки зрения благополучия и справедливости.

В настоящее время много женщин рожают с помощью КС, несмотря на то, что они отдают предпочтение родам через естественные родовые пути и в состоянии родить таким способом. Женщины, у которых имеется тазовое предлежание плода, низкое поперечное стояние стреловидного шва или наличие КС в анамнезе, часто не имеют доступа к акушеру или условиям, при которых есть возможность обеспечить роды через естественные родовые пути. Хотя роды при поддержке дулы снижают вероятность КС, лишь немногие женщины во всем мире имеют доступ к такой поддержке. Вместо этого все чаще используется эпидуральная анестезия, которая мешает ходу нормальной родовой деятельности. Материнское ожирение увеличивает риск КС; умеренное или чрезмерное увеличение веса во время беременности у женщин с ожирением еще больше повышает этот риск. Улучшение процесса ведения родов может предотвратить выбор в пользу КС путем подтверждения аномального результата электронного мониторинга плода и упорной стимуляции родовой деятельности у женщин, рожающих с эпидуральной анестезией, прежде чем прибегнуть к хирургическому родоразрешению.

Несмотря на то, что КС может применяться исключительно по выбору матери, доля таких случаев невелика. В рамках материнской автономии существует возможность снижения частоты КС.

Подведение итогов

В условиях высокого уровня ресурсов 21-го века КС стало достаточно безопасной операцией, что позволило быстро расширить его применение по приемлемым показаниям и резко увеличить частоту его выполнения. Причины такого роста обусловлены многими факторами. Для многих КС обеспечивает относительно безопасный способ избежать небольших рисков со стороны плода или матери. Для других плановое КС, по сравнению с усилиями, необходимыми для родов

через естественные родовые пути, стало удобным, предсказуемым и эффективным решением, но и дорогим способом родоразрешения.

Бесспорно, что КС может спасти жизнь; однако очевидно то, что часто эта операция бывает ненужной. По сравнению с родами через естественные родовые пути, КС сопряжено с повышенным риском для здоровья матери, финансовыми затратами, а иногда и риском для здоровья плода. Большинство женщин предпочитают нормальные естественные роды. На нас лежит нравственная обязанность помочь им в осуществлении своего желания.

Andrew Kotaska, MD, FRCS,
Директор по клинической работе
в области охраны здоровья
матери и ребенка,
Стэнтонская территориальная
больница, Yellowknife, NT, Канада,
Andrew_kotaska@gov.nt.ca

Литература

1. Kuklina E, Meikle S, Jamieson D et al. Severe obstetric morbidity in the United States: 1998-2005. *Obstet Gynecol* 2009;113(2 Pt 1): 293-299.
2. Villar J, Carroli G, Zavaleta N et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335:1025
3. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351:2581-9.
4. Rortveit G, Daltveit A, Hannestad Y et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348:900-7.
5. Cho CE, Norman M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:249-54.
6. Brennan D, Robson M, Murphy M et al. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:308.e1-8.
7. Robson M, Scudamore I, Walsh S. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:199-205.

РОЖДЁННЫЕ ДО СРОКА: СИТУАЦИЯ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В ЕВРОПЕ. ТЕНДЕНЦИИ, ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ЭТОГО ЯВЛЕНИЯ

Общие сведения

Согласно статистике 15 миллионов младенцев ежегодно появляются на свет до срока, то есть до истечения полных 37 недель гестационного периода, и количество преждевременных родов постоянно растёт (1). Осложнения, сопутствующие недоношенности, являются ведущей причиной смерти среди детей моложе пяти лет, и в 2013 году с этим обстоятельством были связаны почти миллион предотвратимых летальных исходов (1). В соответствии с поставленными ООН Целями развития тысячелетия (ЦРТ) 4 и 5 к 2015 году количество смертей среди детей до пяти лет должно сократиться на две трети. В этом документе также содержатся рекомендации по предотвращению преждевременных родов и повышению уровня выживаемости недоношенных новорожденных (2). Несмотря на то, что ситуация с детской и материнской смертностью несколько улучшилась, уровень смертности и заболеваемости в перинатальный период остаётся поводом для беспокойства (3). Это частично обусловлено большим числом рождений в год, юным возрастом матерей и ранним возрастом младенцев, страдающих от неблагоприятных перинатальных исходов и от долговременных осложнений, связанных с неблагоприятными факторами, сопровождавшими беременность, такими, например, как глубокая недоношенность или тяжёлая гипоксия (4).

Последствия

Для недоношенных детей характерен низкий вес при рождении, вероятность смерти таких новорожденных высока, и у них чаще, чем у доношенных детей, наблюдаются долговременные неврологические проблемы и нарушения развития (5). Распространённость таких осложнений увеличилась во многих странах, что является отражением незначительности успехов в сфере предотвращения ситуаций, связанных с высоким риском, при очевидных достижениях медицины по снижению уровня смертности среди недоношенных младенцев. При том, что в странах с низким уровнем дохода процент преждевременных родов непропорционально велик, страны Европы со средним и высоким уровнем доходов населения также сталкиваются с проблемой увеличения частоты случаев преждевременных родов (2).

Тенденции

Процент преждевременных родов в Европе постоянно растёт (3). Из общего ежегодного количества рождений, превышающих в Европе 5 миллионов,

Рис 1. Доля преждевременных родов в Европе (6).

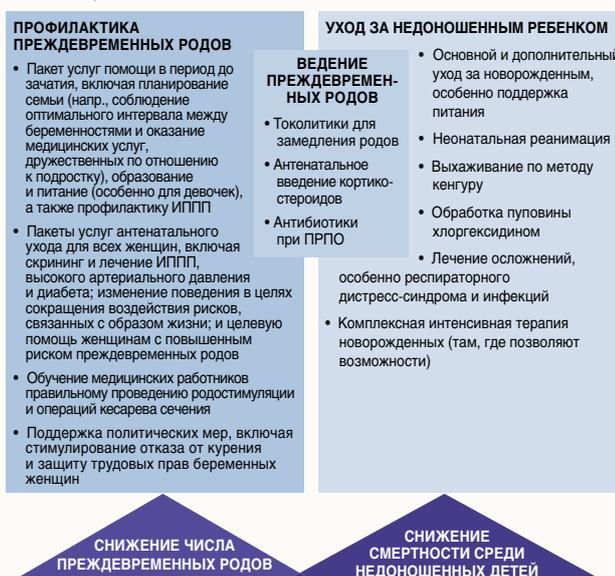
| Страна/ регион/ территория | Доля всех живорождений | | | | | Доля живорождений при одноплодных родах | | | | | Доля живорождений при многоплодных родах | | | | |
|----------------------------------|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | н (2008) | 1996 % | 2000 % | 2004 % | 2008 % | н (2008) | 1996 % | 2000 % | 2004 % | 2008 % | н (2008) | 1996 % | 2000 % | 2004 % | 2008 % |
| Австрия | 77 720 | 9,1 | 10,0 | 11,4 | 11,1 | 75 066 | 7,9 | 8,4 | 9,4 | 8,7 | 2 654 | 58,2 | 67,5 | 74,6 | 77,8 |
| Бельгия: Фландрия | 69 187 | 7,0 | 7,8 | 8,1 | 8,0 | 66 672 | 5,2 | 6,0 | 6,3 | 6,2 | 2 515 | 51,7 | 55,9 | 60,4 | 57,3 |
| Чешская республика | 119 455 | | 5,4 | 7,7 | 8,3 | 114 722 | | 4,2 | 6,0 | 6,3 | 4 733 | | 42,3 | 52,7 | 57,5 |
| Эстония | 16 031 | 5,5 | 5,9 | 5,9 | 6,2 | 15 506 | 4,9 | 5,1 | 4,9 | 4,6 | 525 | 38,5 | 46,2 | 47,6 | 51,0 |
| Финляндия | 59 486 | 5,8 | 6,1 | 5,6 | 5,5 | 57 767 | 4,5 | 4,7 | 4,4 | 4,3 | 1 719 | 46,5 | 49,4 | 44,5 | 47,5 |
| Франция* | 14 696 | 5,4 | 6,2 | 6,3 | 6,6 | 14 261 | 4,5 | 4,7 | 5,0 | 5,5 | 435 | 40,5 | 48,2 | 44,3 | 42,1 |
| Германия: 3 Фед. Земли | 215 634 | | 8,8 | 9,2 | 9,0 | 208 383 | | 7,0 | 7,2 | 7,0 | 7 251 | | 61,7 | 61,8 | 64,2 |
| Ирландия | 75 246 | | 5,4 | 5,5 | 5,9 | 72 589 | | 4,5 | 4,4 | 4,3 | 2 657 | | 41,8 | 42,3 | 49,9 |
| Литва | 31 287 | 5,3 | 5,3 | 5,3 | 5,9 | 30 510 | 4,5 | 4,6 | 4,5 | 4,7 | 777 | 41,3 | 42,6 | 42,7 | 49,4 |
| Мальта** | 4 152 | | 6,0 | 7,2 | 6,7 | 4 020 | | 5,0 | 5,8 | 5,3 | 132 | | 39,5 | 51,7 | 50,0 |
| Нидерланды | 175 160 | 7,8 | 7,7 | 7,4 | 7,4 | 168 829 | 6,2 | 6,0 | 5,7 | 5,7 | 6 331 | 51,1 | 47,5 | 48,2 | 50,6 |
| Норвегия | 60 744 | 6,4 | 6,8 | 7,1 | 6,7 | 58 674 | 5,3 | 5,4 | 5,5 | 5,3 | 2 070 | 43,4 | 43,9 | 49,2 | 48,3 |
| Польша | 414 480 | 6,8 | 6,3 | 6,8 | 6,6 | 404 452 | 6,1 | 5,5 | 5,8 | 5,5 | 10 228 | 43,1 | 44,0 | 50,2 | 51,2 |
| Португалия | 103 597 | 7,0 | 5,9 | 6,8 | 9,0 | 100 705 | 6,1 | 4,9 | 5,4 | 7,4 | 2 892 | 45,9 | 49,6 | 54,9 | 63,5 |
| Словакия | 53 624 | 5,1 | 5,4 | 6,3 | 6,8 | 52 227 | 4,4 | 4,5 | 5,2 | 5,6 | 1 397 | 40,3 | 46,3 | 49,8 | 52,2 |
| Словения | 21 816 | 6,0 | 6,8 | 7,0 | 7,4 | 21 050 | 4,8 | 5,1 | 5,2 | 5,4 | 766 | 54,1 | 57,4 | 55,4 | 62,3 |
| Испания | 417 094 | 7,1 | 7,7 | 8,0 | 8,2 | 400 474 | 6,2 | 6,3 | 6,4 | 6,3 | 16 620 | 42,2 | 50,4 | 53,0 | 53,9 |
| Швеция** | 108 865 | 6,1 | 6,4 | 6,3 | 5,9 | 105 799 | 5,0 | 5,2 | 5,2 | 4,8 | 3 066 | 44,1 | 43,4 | 45,2 | 43,3 |
| Великобритания: Шотландия | 58 275 | 7,0 | 7,4 | 7,6 | 7,7 | 56 423 | 5,8 | 6,1 | 6,3 | 6,1 | 1 852 | 53,1 | 51,6 | 55,5 | 55,0 |

*Данные по Франции получены из репрезентативной в масштабах страны выборки по рождаемости за 1995, 1998, 2003 и 2010
**Данные за 2009 вместо 2008

доля преждевременных рождений по подсчётам составляет от 5 до 10% (4). Отсутствие стандартной классификации при регистрации рождений и смертей, а также неверная классификация мертворождений и смерти новорожденных затрудняют сравнение уровней смертности на ранних стадиях гестации (4). Показатели внутриутробной смертности, смертности новорожденных и детей на первом году жизни значительно разнятся по странам Европы, поскольку некоторые страны принимают в своих калькуляциях за пороговую точку 24 недели гестации, в

то время как иные отдают предпочтение более широкой классификации в 28 недель. Однако, на долю недоношенных младенцев, рождённых до достижения ими двадцативосьминедельного гестационного возраста, приходится более одной трети всех смертей, правда, данные по странам невозможно сравнить. Порядка одной трети всех случаев смерти плода и 40% всех случаев смерти новорожденных приходится на долю рождённых до окончания 28 недель гестационного периода. Процент преждевременных родов увеличился во многих странах в период с 1996 по 2008, и

Рис. 2 Подходы к профилактике преждевременных родов и снижению смертности среди недоношенных детей





Margaret Murphy



Geraldine McLoughlin

Рис.3 Схема научных исследований в сфере преждевременных родов (8)



этот показатель сильно отличается от страны к стране на 2008 год, будучи на самом низком уровне, соответствующем 5.5% в Финляндии, и уровне, равном 11.1% в Австрии (Рис.1) (6).

Причины

При нынешнем технологическом прогрессе наиболее уязвимым матерям и младенцам сейчас может быть предоставлены своевременные медицинские услуги. Разработаны технологии, с помощью которых удаётся поддерживать жизнь на грани жизнеспособности, но при этом, однако, коэффициент выживаемости остаётся равным 50% на данном этапе гестации, и вероятность развития отдалённых медицинских последствий у таких младенцев очень высока (7). Среди предположительных причин роста процента преждевременных родов назывались следующие: использование репродуктивных технологий, в результате которых увеличивается вероятность многоплодной беременности; роды у женщин позднего репродуктивного возраста; сопутствующие беременности патологии у женщины, такие как ожирение, гипертензия и гестационный диабет, требующие ранних родоразрешения.

Профилактика

ВОЗ совместно с другими организациями рассматривают проблему преждевременных родов как один из приоритетов в эпоху после 2015. В 2013 году была обнародована отчёт «Рождённых слишком рано», и вопрос о преждевременных родах оказался в центре внимания политики здравоохранения в многих странах (1). На Рис. 2 вкратце

обозначены основные элементы профилактики и ведения преждевременных родов, и уход за недоношенными младенцами.

Наличие квалифицированного медицинского персонала, доступная, качественная антенатальная помощь, своевременная диагностика и лечение инфекций во время беременности, сокращение числа факторов риска – всё это способствует профилактике преждевременных родов. Материнский уход методом «Кенгуру» и грудное вскармливание помогают при уходе за недоношенными новорожденными. Однако, внедрение всех этих стратегий проблематично в странах с низким и средним уровнем доходов населения. Кроме того, многие причины преждевременных родов остаются неизвестными, поэтому поиск таких причин, рассматриваемый в качестве приоритетной исследовательской задачи, оказался в центре внимания экспертной группы под руководством Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Глобального альянса по предотвращению преждевременных родов и мертворождений (GAPPS).

Заключение

Преждевременные роды являются самой главной причиной смерти новорожденных по всему миру, а также второй самой распространённой причиной всех смертей среди детей до пятилетнего возраста, несмотря на снижение уровня смертности, наблюдаемое в течение последних двух десятилетий (8). В мире необходимо улучшить использования основанных на доказательствах стратегий в странах с низким и средним уровнем доходов и поощрять исследования с целью улучшения исхода для всех недоношенных младенцев, независимо от места их рождения.

Margaret Murphy, RM, Msc,
 Лектор Школы сестринского дела и акушерства, Университетский колледж в Корке, Корк, Ирландия
 mgt.murphy@ucc.ie

Geraldine McLoughlin, RM, PhD,
 Лектор Школы сестринского дела и акушерства, Университетский колледж в Корке, Корк, Ирландия
 g.mcloughlin@ucc.ie

Использованная литература

1. *Born too soon: the global action report on preterm birth.* Geneva: WHO, 2012.
2. Simmons LE RC, Darmstadt GL, Gravett MG. Preventing Preterm Birth and Neonatal Mortality: Exploring the Epidemiology, Causes, and Interventions. *Semin Perinatol* 2010 34:408-15.
3. Blencowe H CS, Oestergaard MZ, Chou D et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012;379:2162-72.
4. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnorn M et al. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.* 2013.
5. Stoll BJ, Adams-Chapman I, Fanaroff AA et al for the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Neurodevelopmental and Growth Impairment Among Extremely Low-Birth-Weight Infants With Neonatal Infection. *JAMA* 2004;292(19):2357-65.
6. Zeitlin J SK, Drewniak N, Mohangoo A et al. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG* 2013, 120:1356-65.
7. Larroque B, Ancel P-Y, Marret S et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet* 2008; 371(9615):813-20.
8. Lackritz EM, Wilson CB, Guttmacher AE et al. A solution pathway for preterm birth: Accelerating a priority research agenda. *Lancet Global Health* 2013;1(6):e328-e30.

ПОДХОДЫ К УКРЕПЛЕНИЮ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В ЕВРОПЕ

Введение

Переоценка важности акушерского дела в Европе является своевременным шагом. Последние данные свидетельствуют о том, что акушерство – это ключевая составляющая для выживания, здоровья и благополучия женщин, младенцев и семей во всех странах и во всех обстоятельствах (1, 2). Улучшение результатов включает в себя уменьшение случаев материнской и неонатальной заболеваемости и смертности, мертворождения, низкой массы при рождении, меньшего числа неблагоприятных клинических исходов и нецелесообразных клинических вмешательств. К другим положительным аспектам акушерского дела относятся увеличение грудного вскармливания, улучшение психосоциальных показателей, а также более эффективное использование медицинских услуг. Наличие повсеместно доступной помощи акушерок способствует уменьшению неравенства в отношении здоровья. Недавно был опубликован научно-обоснованный комплекс мер, направленных на оказание качественной помощи матерям и новорожденным, который является руководством для системы здравоохранения, а также для планирования и предоставления услуг в сфере образования (1).

Изучение путей укрепления акушерского дела и последующего улучшения исходов для женщин и младенцев особенно актуально в свете изменений детородного потенциала у жителей Европы. Эти изменения включают в себя растущую бедность и социальное неравенство, рост миграции, поздние роды и более широкое распространение искусственных репродуктивных технологий. Все эти факторы приводят к комплексным проблемам. Высококачественная помощь акушерок может внести весомый вклад в решение этих проблем.

Различия в сфере акушерского дела в странах Европы

Международная конфедерация акушерок (МКА) установила международные стандарты для образования акушерок. Тем

не менее, акушерское дело в 58 европейских странах с их разнообразной историей, культурой и системами здравоохранения имеет большие различия, и упомянутые стандарты часто не соблюдаются (3, 4). До подписания Болонской декларации 2005 года, обязывающей страны Европейского союза (ЕС) предоставлять акушерское образование с присвоением академической степени, в большей части Центральной Европы было распространено профессионально-техническое образование. В некоторых странах за пределами ЕС такая ситуация сохраняется и поныне, а в странах, где получают образование с присвоением степени, стандарты существенно различаются.

Страны Северной Европы являются положительным примером хорошо развитого акушерского дела. Акушерки являются медработниками, оказывающими первичную помощь женщинам, а ориентированный на женщин подход характеризуется тесным взаимодействием в рамках позитивной атмосферы деторождения (5). Более низкий процент случаев кесарева сечения является одним из важных результатов такой практики. В Финляндии, Швеции, Норвегии и Исландии этот показатель менее 18%. Тем не менее, даже если акушерки прочно интегрированы в систему здравоохранения, как на уровне сообществ, так и на уровне больниц, акушерскому делу приходится противостоять практике чрезмерного применения медикаментов. В Нидерландах имеется устоявшаяся система акушерского дела на уровне сообщества, но вследствие того, что больничному уходу уделяется больше внимания, наблюдается снижение количества родов в домашних условиях. Географические различия внутри стран и межучрежденческие различия в частоте выполнения кесарева сечения свидетельствуют о лимитирующих факторах акушерского дела, которые приводят к ограничению масштабов деятельности акушерок. Акушерское дело наиболее слабо поставлено в некоторых районах Центральной и Восточной Европы. Например, в Венгрии и Чешской Республике, несколько акушерок были приговорены к тюремному заключению,

несмотря на то, что они действовали в соответствии с международными нормами акушерской практики.

Как следствие таких различий, данные о кадровых ресурсах и результатах их деятельности могут представлять собой довольно запутанную картину. Например, наблюдается непоследовательная зависимость между количеством акушерок на 1000 живорожденных детей (диапазон от 4,5 [Словения] до 60,9 [Швеция]) и сопутствующими исходами, включая материнскую и неонатальную смертность, а также частоту применения кесарева сечения.

Анализ примеров из практики

В Российской Федерации, Италии и Великобритании насчитывается примерно одинаковое число акушерок на 1000 живорожденных детей, и большинству женщин в этих странах медицинские услуги предоставляются в рамках государственной системы здравоохранения. Мы изучили обстановку системы здравоохранения, в которой акушеркам приходится работать в этих странах, чтобы осветить различные способы осуществления акушерской деятельности и определить стратегии, необходимые для укрепления акушерского дела и улучшения обслуживания. В таблице № 1 перечислены некоторые ключевые показатели этих стран. В таблице № 2 представлена краткая информация о странах, описывающая некоторые определяющие факторы, включая образование, регулирование деятельности и сферу практики. Информация основывается на данных, взятых из опубликованных материалов, и непосредственном опыте работы в этих странах.

В таблице № 2 показано широкое толкование понятия акушерского дела. В Великобритании действуют мощные нормативные и образовательные рамки. Это позволяет акушеркам работать в качестве самостоятельных специалистов-практиков в различных условиях, хотя многие до сих пор работают в среде, где сохраняются традиционные иерархии, ограничивающие полный потенциал профессиональных возможностей

Таблица 1. Ключевые показатели по трём изученным странам

| Страна | Живорождения (2013) ¹ | Материнская смертность MMR (2013) ² | Смертность среди новорожденных NMR (2011) ² | Кесарева сечения (%) ² | Рейтинг материнского индекса Mother's Index Rank (по 178 странам) [где 1=самый лучший] ³ | Количество акушерок на 1000 живорождений ⁴ |
|----------------------|----------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|---|
| Италия | 514 308 | 4 | 2 | 37.8 | 11 | 30.3 |
| Российская Федерация | 1 901 182 | 24 | 6 | 18.0 | 62 | 40.1 |
| Великобритания | 782 089 | 8 | 3 | 23.7 | 26 | 44.2 |

Источники: (1) UN Statistics Division, (2) WHO Global Health Observatory, (3) Save the Children 2014 State of the World's Mothers, (4) UN Population Prospects 2010 Revision.



**Mary J
Renfrew**



**Ethel
Burns**



**Mechthild
M. Gross**



**Andrew
Symon**

акушерок. Акушерское дело в Италии, возможно, лучше всего описать термином «полупрофессиональная деятельность», в то время как в России отсутствует мощная нормативная система, охватывающая обучения и действия акушерок. Во всех трех странах имеются проблемы, требующие рассмотрения с позиций чрезмерного применения медикаментов при оказании услуг, что приводит к возникновению систем оценки по критериям риска и рутинному использованию ненужных вмешательств. Анализ примеров из практики показывает, что женщины, младенцы и семьи в странах со слабо развитыми акушерскими системами испытывают нехватку в квалифицированном медицинском обслуживании и нехватку медработников, которые работали бы в партнерстве с женщинами, способствуя нормальным процессам во время беременности и родов, послеродовом периоде и на первых неделях жизни ребенка (1).

Уроки, извлеченные из практики существующих систем здравоохранения

Опыт ряда европейских стран показывает, что акушерка действительно может внести реальный вклад в жизнь женщин и детей. Тем не менее, потенциал акушерского дела в Европе сдерживается барьерами, которые включают в себя ограничения на объем практики, слабо развитое регулирование профессиональной деятельности, чрезмерное применение медикаментов в рамках систем здравоохранения, коммерциализацию, отсутствие поддержки, фрагментированное медицинское обслуживание, отсутствие реализации политики и доказательно обоснованной практики, и низкий статус женщин. Эти барьеры ограничивают развитие всей системы здравоохранения и подвергают отдельных акушерок риску, если они практикуют за пределами установленных регламентов. Профессиональная территориальность, блокирующая развитие акушерского дела, едва ли может быть оправдана, когда последствия ограничивают доступ женщин и младенцев к медицинским услугам.

Стратегии по укреплению акушерского дела в Европе

Необходимым условием для высококачественных акушерских услуг, доступных всем женщинам и детям, является политическая воля специалистов по развитию систем здравоохранения и медицинских работников.

Ниже приведены основные стратегии по преодолению барьеров:

- **Внедрение соответствующих стандартов образования**
 - о чтобы предоставлять женщинам и младенцам квалифицированные медицинские услуги во время беременности, родов и в первые

недели после родов, акушерки должны получить образование в соответствии с международными стандартами, которые включают в себя ориентированный на студентов подход к обучению, учитывающий развитие навыков решения проблем, рефлексии и критического мышления. Для этого потребуются создание более совершенных программ обучения для преподавания акушерского дела.

- **Поддержка квалифицированных акушерок в осуществлении их практики в рамках системы здравоохранения**
 - о поддержка акушерок, работающих в составе команд специалистов разного профиля под активным руководством разнопрофильных профессионалов, а также акушерок, работающих в партнерстве с другими специалистами, включая врачей-акушеров, педиатров, семейных врачей.
- **Эффективная система регулирования профессиональной деятельности для контроля стандартов образования и практической работы**
 - о с целью обезопасить общественность от некачественных медицинских услуг и обеспечить реализацию потенциала акушерок в полном объеме.
- **Эффективное профессиональное руководство для поддержки акушерского дела и сильная профессиональная ассоциация для защиты стандартов.**
- **Решение проблемы чрезмерной медицинской деятельности и подхода на основе рисков посредством внедрения доказательно-обоснованной практики во всех областях охраны здоровья матерей и новорожденных.**
 - о для этого необходимо обучение команд специалистов разного профиля с целью формирования правильного понимания и оптимизации нормальных процессов беременности и родов.
- **четкое описание любых ограничений в отношении деятельности акушерок при анализе исходов.**
 - о определение типа акушерской практики (например, отвечает ли она международным стандартам) и тип действующей системы охраны здоровья матерей и новорожденных (например, подход, ориентированный на женщин; подход, основанный на накопленном опыте; подход, основанный на чрезмерной медицинской деятельности), что поможет в интерпретации данных о полученных результатах.
- **Обучение акушерок и привлечение их к научным исследованиям**
 - о это позволит расширить базу доказательств, а также развить лидерские качества акушерок и позитивный подход к решению проблем.

- **Вовлечение женщин и групп поддержки в планирование и мониторинг услуг для постоянного фокусирования внимания на потребностях женщин, младенцев и их семей.**

Mary J Renfrew, BScRN, RM, PhD, FRSE
Отделение исследований в области здоровья матери и ребенка, Факультет сестринского дела и акушерства, Университет Данди, Шотландия

Ethel Burns, RM, PhD
Факультет здравоохранения и наук о жизни, Университет Оксфорд Брукс, Англия

Mechthild M. Gross, RN, RM, BSc, MSc Dr PD
Отделение образования и исследований в области акушерства, Ганноверская медицинская школа, Германия, Институт акушерства, Цюрихский университет прикладных наук, Швейцария

Andrew Symon, RGN, RM, MA (Hons), PhD
Отделение исследований в области здоровья матери и ребенка, Факультет сестринского дела и акушерства, Университет Данди, Шотландия

Автор, ответственный за корреспонденцию: m.renfrew@dundee.ac.uk

Литература

1. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384:1129-1145.
2. Homer CSE, Friberg IK, Bastos Dias MA et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet* 2014; 384:1146-1157.
3. Stromerova Z. Midwifery in East Europe. *Midwifery Matters* 2012; 133:4-6.
4. Emons JK, Luiten MIJ. [nd] *Midwifery in Europe*. EMLC, Deloitte & Touche.
5. Berg M, Asta Ólafsdóttir O, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Health* 2012; 3:79-87.

Благодарность

Выражаем глубокую благодарность Elisa Mauri и Ekaterina Khotlubey за помощь в анализе примеров из практики.

ПОДХОДЫ К УКРЕПЛЕНИЮ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В ЕВРОПЕ

Таблица 2: Исследование ключевых факторов акушерского дела на примерах практики трёх европейских стран: Италии, Российской Федерации и Объединённого Королевства Великобритании

| | ИТАЛИЯ | РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ | ОБЪЕДИНЁННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ |
|--|---|--|--|
| Образование акушеров | <p>Университетский уровень: 3 года обучения по программе бакалавра с возможностью поступления напрямую или после завершения образования медсестры.</p> <p><i>Регулирование образования</i> Медицинский персонал сам регламентирует программу обучения. Никакого регулирования извне акушерской профессии, лекторы теоретических курсов по медицине сами определяют содержание программы, систему оценивания и практику.</p> <p><i>Доступ</i> Экзамен по типу выбора ответов из предложенных (MCQ). Никаких специальных вопросов по беременности и родам. Никакого собеседования.</p> <p><i>Академическая программа: теория</i> Дидактическая образовательная модель. Врачи-акушеры и клиницисты смежных медицинских специальностей преподают большую часть программного материала. Лекции по акушерскому делу также проводятся в рамках дидактической модели, а успехи студентов оцениваются с помощью тестов MCQ и экзаменов.</p> <p><i>Практика</i> При распределении на практику не назначают официального наставника. Однако, результаты студенческой практики оцениваются акушеркой, которая проработала вместе со студентом несколько часов, используя специальную оценочную таблицу, позволяющую определить уровень знаний студента, профессиональные навыки и отношение к делу. Практика может включать в себя направление на работу в местной общине, хотя на уровне общины акушерки в основном занимаются оформлением документов, скринингом шейки матки, иногда проводят занятия с матерями в антенатальный период, а один раз в неделю руководят центром поддержки (клиникой) грудного вскармливания. Они также помогают врачам-гинекологам во время осмотров беременных в антенатальный период. Услуги родовспоможения на дому не оказываются. Домашние визиты после рождения ребёнка не практикуются.</p> | <p>Два возможных пути: 4 года обучения для тех, кто закончил 9 классов (что эквивалентно британскому уровню GCSE-аттестату о неполном общем среднем образовании); 3 года обучения для закончивших 11 классов средней школы (что эквивалентно британскому А-уровню т.е. полному общему среднему образованию). По окончании выдаётся Диплом по акушерскому делу.</p> <p><i>Регулирование образования</i> Отсутствие внешнего регулирования.</p> <p>Представители акушерской профессии и лекторы теоретических курсов по медицине сами определяют содержание программы, систему оценивания и практику. Медицинский персонал сам регламентирует программу обучения.</p> <p><i>Доступ</i> Подача заявления в медицинские учебные заведения, где имеется ограниченное количество бюджетных мест без годовой платы за обучение. Студенты, не попавшие в эту квоту, могут быть приняты на дополнительные платные места (\$2,000-4,000 в год.). Департамент образования ежегодно выбирает предмет, по которому сдаётся вступительный экзамен. Так в 2014 г. Экзаменационным предметом была химия, в 2015 это будет биология. Один и тот же экзамен сдаётся при поступлении на любые медицинские специальности. Абитуриенты обязаны также сдать экзамен по русскому языку.</p> <p><i>Академическая программа: теория</i> Дидактическая образовательная модель. Врачи-акушеры и клиницисты смежных медицинских специальностей преподают большую часть программного материала. Лекторы по акушерскому делу также обучают студентов в рамках дидактической модели и оценивают их успехи, проводя годовой экзамен и регулярные тесты по принципу выбора правильного из ряда предложенных ответов (MCQ).</p> <p><i>Практика</i> Специальные наставники не назначаются на местах прохождения практики. Студенты проходят практику большими группами под руководством акушеров-гинекологов. Студенты не имеют право самостоятельно принимать роды. Не существует модели клинической компетентности. Не проводится формальная оценка практик знаний, навыков и отношения к делу.</p> | <p>Университетский уровень: 3 года обучения по программе бакалавра или 18 месяцев обучения после получения образования медсестры.</p> <p><i>Регулирование образования</i> Стандарты образования устанавливаются Советом по сестринскому и акушерскому делу, который также проводит мониторинг соблюдения данных стандартов. Стандарты соответствуют принципам, сформулированным Международной конфедерацией акушеров.</p> <p><i>Доступ</i> Строгие процедуры приёма. Требуются определённый уровень академических знаний и соответствующие личные качества.</p> <p><i>Академическая программа: теория</i> Ориентированный на студентов подход к обучению. Студентов в основном обучают опытные акушерки с соответствующим образованием.</p> <p><i>Практика</i> Хорошо структурированная клиническая практика в больнице под руководством специально назначаемых наставников и практика на уровне местной общины, осуществляемая при постоянном мониторинге и регулярной оценке клинических и академических успехов. Для оценки компетентности требуется заполнение документации. В случае студентов последнего года обучения их профессиональная подготовка проверяется на основании того, как они осуществляют уход за отобранной группой женщин в течение их беременности, родов и постнатального периода.</p> |
| Профессиональный статус, правовое регулирование и сфера деятельности (границы профессиональной компетенции) | <p>По закону акушерка является автономным специалистом-практиком (что соответствует положениям о границах профессиональной компетенции МКА). На практике, однако, акушерка только номинально является частью государственной системы. Она может практиковать в качестве независимого специалиста, но без страховки. Услуги по антенатальному уходу, предоставляемые акушером-гинекологом: в этой ситуации роль акушерки только вспомогательная. Акушер-гинеколог является ведущим для всех женщин специалистом-клиницистом в течение всей родовой деятельности. Акушерки не имеют права выписывать лекарства и принимать главные решения (такие, например, как приём или выписывание женщины из больницы)</p> | <p>Не является независимым специалистом-практиком. Имеет официальное разрешение только на работу в государственных поликлиниках (услуги антенатального ухода) или в роддомах (помощь роженицам) под руководством врачей акушеров-гинекологов. Домашние роды являются в настоящее время незаконными. Услуги антенатального ухода предоставляются акушерками-гинекологами, а акушерке отводится только вспомогательная роль. Послеродовой уход за родильницей осуществляется врачом-акушером, а новорожденный наблюдается патронажной медсестрой. Некоторые (акушерки) оказывают помощь родильницам при домашних родах нелегально.</p> | <p>Назначаемый руководством профессиональный медицинский работник для перинатального ведения здоровых беременных. Законом закреплена роль автономно практикующего медицинского работника, чьи права защищены соответствующим законодательством и правилами Совета медсестёр и акушеров Великобритании. Акушерские услуги предоставляются в больницах, на уровне местных общин и в домашних условиях, включая родовспоможение при домашних родах, а также – в родильных центрах под руководством акушера (как функционирующих при больницах, так и отделённых от больниц). Однако, объём выполняемой работы ограничен для акушеров, практикующих в некоторых больницах с традиционной иерархией. Акушерские услуги оказываются почти исключительно в рамках государственной системы здравоохранения Великобритании. Все женщины имеют бесплатный доступ к государственной акушерской помощи. Небольшое число акушеров предлагают частные акушерские услуги, независимо от государственной системы здравоохранения. Нехватка профессиональных кадров является проблемой, усугубляемой ростом рождаемости и возрастающим количеством более сложных случаев беременности и родов.</p> |

| | ИТАЛИЯ | РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ | ОБЪЕДИНЁННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ |
|--|--|---|---|
| Отставание женщинами своих интересов и вовлечение в процесс | На данный момент нет доказательств активной вовлеченности женщин в мероприятия или инициативы по изменению существующего положения вещей в сфере услуг по ведению беременности и охраны материнства. | На данный момент нет доказательств активной вовлеченности женщин в мероприятия или инициативы по изменению существующего положения вещей в сфере услуг по ведению беременности и охраны материнства. Культурные нормы очень трудно поддаются изменению ввиду иерархической системы и строгого контроля. | Начиная с 1970-х годов и по сегодняшний день, происходят положительные изменения в том, что касается статуса женщин; возникает всё больше и больше организованных групп, отстаивающих женские права и бросающих вызов системе, для которой характерна чрезмерная медикализация материнства, при том, что в соответствующей политике и практике не хватает опоры на реальные доказательные факты. К разработке правовых основ профессиональной акушерской деятельности, образованию и формированию политики в этой сфере, а также для оказания практической акушерской помощи активно привлекаются представители общества. |
| Политика и практика основанная на доказательствах | Образование, получаемое акушерками, не позволяет им с уверенностью и знанием дела развивать принципы доказательной медицины. Акушерский уход превращён в ритуал, основанный на традиционной практике. | Образование, получаемое акушерками, не позволяет им с уверенностью и знанием дела развивать принципы доказательной медицины. Акушерский уход в очень большой мере превращён в ритуал. | Результаты исследований, свидетельствующие о слишком частых медицинских вмешательствах, а также рост уровня образования самих акушеров, принимающих участие в исследованиях, и всё большее использование накопленного опыта как при формировании политики, так и на практике, помогли, с 1980-х годов поднять статус акушерского дела. Основанная на доказательствах политика и практика стала основой акушерского дела и охраны материнства. Национальные стандарты, основанные на доказательствах способствуют ведению беременности и родов акушеркой, а также право женщине самостоятельно выбрать место родов. |
| Последствия для женщин и их семей | Акушерки не имеют достаточной квалификации, чтобы отстаивать права каждой женщины. Их не обучают ни тому, как устанавливать профессиональные отношения с беременными женщинами, ни тому, как привлекать беременных к участию в принятии решения во время беременности и родов. Акушерки не имеют ни клинического опыта, ни квалификации для того, чтобы содействовать нормальным процессам во время беременности и родов. Отсутствует опыт непрерывного ухода на всех этапах беременности, родов и послеродового периода. Беременные ожидают того, что решения будут приниматься за них, что уход за ними будет осуществляться врачами, что рожать им предстоит в родильном отделении клиники, и что в течение беременности, родов и в послеродовой период услуги им будут оказываться врачами. | Акушерки не готовы психологически и не имеют подкреплённого законом права для того, чтобы отстаивать права каждой беременной женщины. Их не обучают ни тому, как устанавливать профессиональные отношения с беременными женщинами, ни тому, как привлекать беременных к участию в принятии решения во время беременности и родо. Акушерки не имеют ни клинического опыта, ни квалификации для того, чтобы содействовать нормальным процессам во время беременности и родов. Отсутствует опыт непрерывного ухода на всех этапах беременности, родов и послеродового периода. Беременные ожидают того, что решения будут приниматься за них, что уход за ними будет осуществляться врачами, что рожать им предстоит в родильном отделении клиники, и что в течение беременности, родов и в послеродовой период услуги им будут оказываться врачами. | Все женщины и младенцы имеют доступ к акушерской помощи, при этом всё большее распространение получает непрерывная модель перинатального ухода. Акушерки получают образование, позволяющее им отстаивать интересы женщин и семей, но не всегда имеют возможность это делать. Ограничения сферы акушерской помощи не позволяют акушеркам полностью реализовать свой потенциал. Материнская смертность и смертность новорожденных превышает прогнозы. Необоснованные медицинские вмешательства остаются серьёзной проблемой. |
| Возможности | В настоящее время начинают вводить в практику <i>наставников</i> , хотя пока что не разработана специальная программа подготовки таких наставников, и нет системы надзора за их деятельностью. В Италии, в таких городах, как, например, Генуя, Флоренция, Милан, в регионе Эмилия Романья существует родильные центры под руководством акушеров, находящиеся в ведении Ассоциации независимых акушеров. Услуги, предоставляемые в данных центрах платные. Во Флоренции имеется один такой государственный центр под руководством акушеров (La Margherita), хотя при приёме в центр женщин осматривает врач-акушер, а при выписывании из центра новорожденных осматривает педиатр. Работающие в центрах такого рода акушерки могут сопровождать женщин, переводимых ими в больницу, но такая практика официально не предусмотрена. Акушерки из подобных центров по личной инициативе устанавливают хорошие коллегиальные отношения с менеджерами, акушерками и врачами находящихся поблизости больниц. За установленную плату некоторые центры под руководством акушеров предоставляют программы обучения для квалифицированных акушеров. Эти программы официально не признаются государственной системой здравоохранения Италии. | Несколько родоводов (точное количество неизвестно) предоставляют услуги антенатального консультирования и родильные комнаты, где женщинам может оказываться помощь акушеркой по их собственному выбору. Обычно это акушерка, имеющая государственный сертификат и практикующая в качестве независимой акушерки в сотрудничестве с врачом-акушером и педиатром. На данный момент это не имеющая широкого распространения платная услуга, которую начали предоставлять в ответ на растущий спрос со стороны женщин, изъявивших желание активно участвовать в выборе и формировании той помощи, которая им оказывается, и ожидающих, что такая помощь будет высокопрофессиональной, а отношение к ним участливым. Беременные женщины и их партнёры/ члены семьи могут посещать частные занятия по антенатальному уходу, а постнатальная помощь предоставляется в виде комбинированных услуг со стороны акушеров с государственным сертификатом и акушеров на общественных началах. Занятия с матерями проводятся в доброжелательной атмосфере и с учётом накопленного на практике опыта и проанализированных доказательных фактов. | Подход, основанный на доказательных фактах, и национальные стандарты профессиональной деятельности разного профиля поддерживают сейчас услуги по охране материнства, предоставляемые под руководством акушеров, и также поддерживают право матерей самостоятельно выбирать место для своего родоразрешения. Это означает и поддержку права на роды вне медицинских клиник для здоровых беременных женщин. Серьёзное профессиональное лидерство и активная целенаправленная работа групп по отстаиванию женских прав обеспечивает внимание и поддержку со стороны политических сил. |

*Акушерки с образованием, работающие в государственной системе здравоохранения (аналогичной Национальной службе здравоохранения Великобритании). #Речь идёт о женщинах, уход за которыми в течение их беременности и родоразрешения осуществляется в рамках государственной системы.

Введение

Предоставление беременным возможности выбора места родов является целью политики в ряде европейских стран, а также одним из важнейших приоритетов для ассоциаций объединяющих потребителей услуг (1). В 2010 году относительно мало родов имели место в небольших родовспомогательных учреждениях (менее 500), но этот показатель значительно различался по странам. В десяти странах от 10 % до 20 % родов проходили в небольших учреждениях, в то время как в Дании, Швеции, Англии, Словении, Ирландии, Латвии и Шотландии от 25 % до 33 % родов проводились в учреждениях, на долю которых приходилось более чем 5000 новорожденных (рисунок 1). Количество родов в родовспомогательных учреждениях, где на свет ежегодно появляются 3000 и более детей, увеличилось повсеместно, за исключением Финляндии и Испании (2).

Многие страны сообщили о том, что менее 1 % родов происходили в домашних условиях. В Нидерландах, где домашние роды – рутинный вариант родоразрешения в случае неосложненного течения беременности, доля родов на дому составляла 16,3 %. Этот показатель ниже, чем в 2004 году, когда тот превышал 30 %. В настоящее время у женщины в Нидерландах также есть возможность рожать в родильном центре (в атмосфере, приближенной к домашней) с помощью или без помощи акушерки (2).

Влияющие факторы

Макро-, мезо- и микро-факторы могут оказывать влияние на возможности женщины при выборе места и способа родов. К таким факторам относятся всеобщее медицинское страхование, влияние частных услуг акушерства и наличие акушерок. В последние 5 лет вопрос о доступе женщин к качественным акушерским услугам стал частью глобальных усилий по достижению права каждой женщины на оптимальную помощь по охране здоровья во время беременности и родов (3). Меры национальной политики, направленные на решение вопросов по охране материнства, часто игнорируют центральную роль акушерок и их вклада в качество медицинской помощи (4). Отмечаются значительные различия в роли, масштабах практики и финансировании акушерского дела, особенно в Европе. Даже в странах с системами общественного здравоохранения, роль и объем практики акушерок варьируют гораздо больше, чем у других специалистов здравоохранения (5).

Социальная, политическая и культурная организация родоразрешения сильно различается даже среди стран с высоким

уровнем доходов и схожим уровнем медицинских технологий. Политика охраны материнства формируется под влиянием политических систем, государственных организаций, организации и регулирования профессиональной деятельности, а также отношения к доказательной медицине и рискам в сфере здравоохранения. Организации потребителей услуг играют важную роль в дискуссиях об изменении практики охраны материнства, что вызывает заинтересованность средств массовой информации и правительства (6).

Национальная политика и руководящие принципы некоторых стран поддерживают возможность выбирать место родов. Например, с 1993 года политика по охране материнства Англии выступает в поддержку выбора места для деторождения, что недавно было закреплено в Клинических рекомендациях по помощи в родах, изданных в 2014 году Национальным институтом здоровья и качества медицинской помощи Великобритании. Рекомендации опираются на доказательства для обоснования возможностей как повторнородящим так и первородящим здоровым женщинам выбирать любое место для родоразрешения (домашние условия, отдельно стоящий родильный дом где работают акушерки, родильный дом в составе больницы только с акушерками или с врачами и акушерками). В Рекомендациях подчеркивается, что для первородящих и повторнородящих с низким риском осложнений выбор помощь акушерки в отдельно стоящем или в составе клиники родильного отделения является особенно подходящим, поскольку для таких условий характерна более низкая частота медицинских вмешательств, а исход для ребенка ничем не отличается от исхода в акушерско-гинекологическом отделении больницы где работают врачи. В документе говорится о небольшом повышении риска неблагоприятного исхода для ребенка у первородящих женщин с низким риском осложнений, выбирающих домашние роды, однако исход для ребенка у повторнородящих матерей в таких условиях ничем не отличается от исхода в акушерском отделении больницы (7).

Обеспечение выбора

Несмотря на тот факт, что национальные политики и руководства содействуют выбору места родов во многих европейских странах, в результате нынешних тенденций закрытия родовспомогательных учреждений создаются условия, при которых возможности выбора потребителя сужаются, а не расширяются. Поддержание достаточного разнообразия родовспомогательных услуг, принципа равенства в выборе и высоких стандартов качества обслуживания в отдаленных сельских районах также вызывает

озабоченность. Дебаты о последствиях закрытия родовспомогательных учреждений сосредоточены главным образом на географической доступности услуг, в то время как их потенциальному воздействию на выбор беременной женщины в отношении учреждения уделяется меньше внимания. Наиболее значительным фактором была признана близость к дому. В связи с этим использование показателя для измерения доли женщин, для которых расстояние между первым и вторым учреждением для родоразрешения составляет больше 30 км, может стать простым мерилем выбора, дополняющим показатели географической доступности в оценках воздействия фактора закрытия родовспомогательных учреждений (8).

Продолжаются дебаты по поводу связи между размером родовспомогательных учреждений и качеством обслуживания, однако без учета предлагаемых вариантов помощи результаты таких дебатов могут создать ложное впечатление. Например, результаты представляются благоприятными в случаях, когда небольшие родовспомогательные учреждения под руководством акушерок обслуживают женщин с низким риском акушерских осложнений при условии, что такие учреждения имеют возможности для перевода рожениц в учреждение, предоставляющее полный спектр акушерских услуг в случае возникновения осложнений. Таким образом, появляется все больше доказательств того, что родовспомогательные учреждения под руководством акушерок и модели такого обслуживания обеспечивают аналогичный исход для детей в сочетании с низкой частотой акушерских вмешательств и заболеваемости матерей, если проводить сравнение с учреждениями, которые предлагают помощь под руководством врачей-акушеров (9, 10). Тем не менее, эффективность этих учреждений зависит от налаженности системы перевода рожениц в случаях неожиданных осложнений во время родов.

Выбор и культурные устои

Индивидуальный выбор женщины относительно места родов зависит от многочисленных факторов. Приемлемость, разнообразие и близость услуг играют определенную роль в процессе принятия решения. Женщины и семьи также имеют различные представления о риске и придают значение разным аспектам качества. Культурно обусловленные обычаи и устои, касающиеся деторождения, отличают одних женщин от других. К ним относятся: выбор помощника в родах (например, акушерка, акушер-гинеколог, семейный врач или повитуха); позиции во время родов; пол медика; роды в больнице,



Jane Sandall

в маленьком роддоме с акушерками или дома; присутствие партнера или компаньона при родах; предпочтение родов с вмешательством или без вмешательства; раздельное нахождение матери и ребенка после рождения или немедленный контакт «кожа к коже»; раздельное или совместное пребывание матери и новорожденного; грудное или искусственное кормление (11, 12).

Закключение

Организация услуг по охране материнства и возможности выбора, доступные для женщин, значительно различаются по всей Европе. Сравнение последствий для здоровья, практики здравоохранения и расходов на медицинскую помощь в данном контексте позволило бы глубже изучить преимущества и недостатки различных моделей организации услуг.

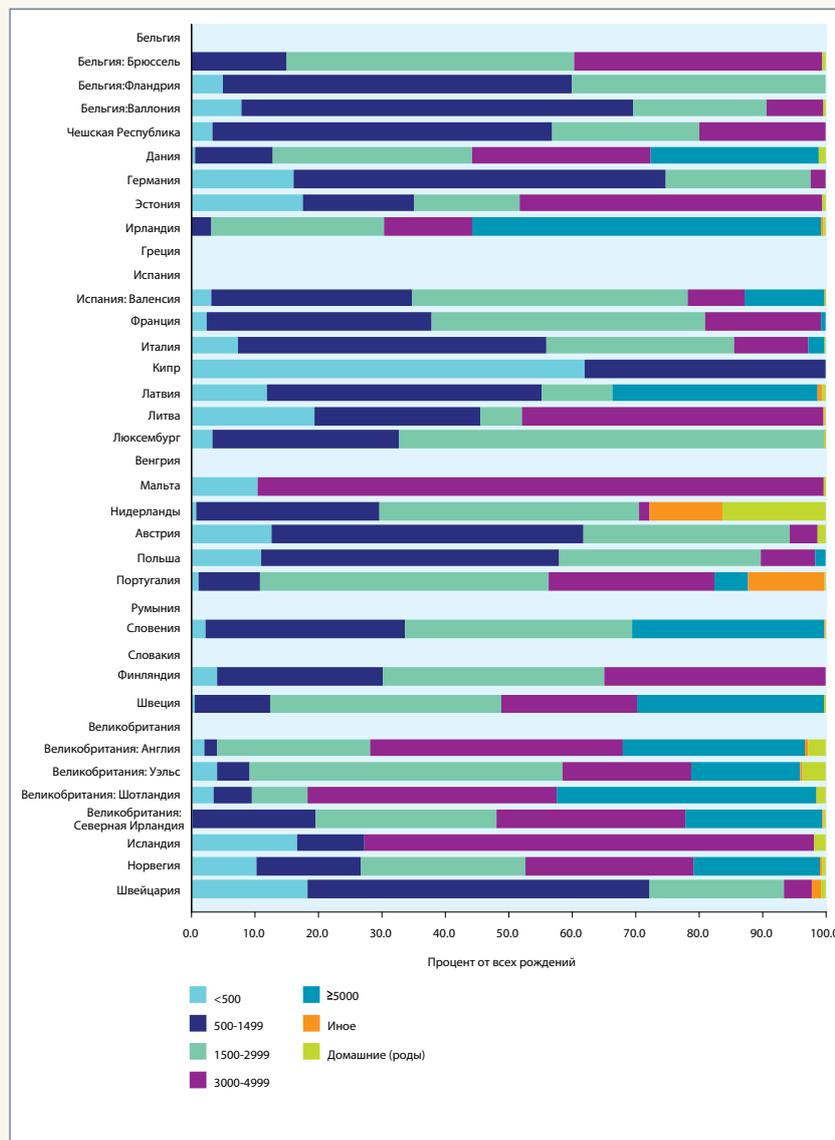
Jane Sandall, PhD, Prof

Общественные науки и женское здоровье, Королевский колледж в Лондоне, Лондон, Великобритания
Jane.sandall@kcl.ac.uk

Литература

- Joyce M. Location, location, location, 2004. Available at: http://digital.library.theiet.org/content/journals/10.1049/pe_20040602.
- European perinatal health report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. EUROPERI-STAT, 2013.
- State of the World's Midwifery: a universal pathway. A woman's right to health. UNFPA, International Confederation of Midwives & WHO, 2014.
- Renfrew M.J. et al. 2014. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384(9948):1129–1145.
- Buscher A et al. *Nurses and Midwives: A force for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
- De Vries, R, Benoit C, Van Teijlingen E et al. (Eds.). *Birth by design: Pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Europe*. New York, London: Routledge, 2002.
- Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth. National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

Рис 1. Распределение деторождений по родильным домам в 2010 г. в зависимости от количества родов в год (Сноска: По этому показателю данные представили 29 стран или регионов) (2).



- Pilkington H. et al. Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. *Int J Health Geogr* 2012; 11:35.
- Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343 (4):7400.
- Sandall J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 2013.
- Chalmers B. Cultural Issues in Perinatal Care. *Birth* 2013; 40(4):217–219.
- Coxon K, Sandall J, Fulop N.J. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society* 2014; 16: 51–67.

ДЕТОРОЖДЕНИЕ: МИФЫ И МЕДИКАЛИЗАЦИЯ

Мифы представляют собой модель, которая служит для обозначения «культурной матрицы» некоей группы. Общая культура порождает мифы, поддерживающие представления и заблуждения данной группы (1). Не подлежит сомнению тот факт, что медицинское вмешательство в процессе родов способствовало значительно более благоприятным исходам для многих женщин и новорожденных, имевших медицинские или связанные с беременностью осложнения. Однако в последние годы появляется всё больше доказательств того, что получившее широкое распространение медицинское вмешательство в роды не всегда наилучшим образом отвечает интересам женщин при беременностях низкого риска. Мифы о месте рождения и безопасности, оценка рисков и технологический прогресс повлекли за собой ещё один миф - большие ожидания и надежды на положительный исход беременности. Эти мифы трансформируются государственной политикой, и они повлияли как на ресурсы, выделенные на охрану материнства, так и на практику ведения беременности. В данной статье мы намерены проанализировать мифы относительно современного процесса деторождения, который включает в себя: место, где проходят роды, кесарево сечения, акушерское наблюдение.

Больница – наиболее безопасное место для родов

Вероятно, самым большим мифом о деторождении является то, что и для матери, и для ребёнка больничные роды предпочтительнее. В последние несколько десятилетий последовательно и убедительно пропагандируется мнение о том, что больница (родильный дом) – это наилучшее и наиболее безопасное место для рождения ребёнка. Следование исключительно такой политике привело к сокращению возможности выбора женщиной места родов и прекращению услуг по родовспоможению на дому во многих странах.

Тенденция к концентрации служб родовспоможения в крупных учреждениях, обеспечивающих многопрофильную помощь при осложнённых беременностях, вне всякого сомнения, повышает шансы на благоприятный исход. Однако, характерная для Европы практика родоразрешения в крупных медучреждениях неоднозначна для женщин, чья беременность не имеет высокого риска осложнений, поскольку в более крупных клиниках вероятность вмешательства в процесс родов больше, а частота спонтанных родов ниже (2).

Альтернативой такой практике являются домашние роды, но во многих европейских странах, за исключением Нидерландов и Великобритании, услуги родовспоможения на дому трудно получить. Возможность

домашних родов зависит от наличия в стране соответствующих правовых норм и доступности акушерок. Акушерки сталкиваются с трудностями при получении страховки, необходимой для предоставления услуг акушерской помощи при домашних родах, а вопрос вознаграждения за такие акушерские услуги тоже может быть непростым. Соответствующие структуры не всегда предоставляют женщинам информацию о домашних родах. Семейные пары часто сталкиваются с серьёзным сопротивлением их желанию иметь домашние роды, и по статистике в большинстве европейских стран менее 1% родов происходит в домашних условиях (3).

Marjorie Tew (4) первой продемонстрировала, что более благоприятные и для матери, и для новорожденных исходы при родоразрешении связаны не с более высоким уровнем госпитализации и медицинской помощи, а с улучшившимся состоянием здоровья матерей. В недавнем исследовании о месте родоразрешения приводятся данные, позволяющие идентифицировать риски и преимущества ведения родов в различной обстановке (5). Оказалось, что в случае рождения второго или последующего ребёнка плановые домашние роды связаны для матери с меньшим риском вмешательства в процесс родов, а риск для ребёнка при этом не увеличивается. Первые плановые домашние роды сопряжены с несколько более высоким риском для новорожденного и большей вероятностью направления в больницу.

Родильные центры представляют собой ещё одну альтернативу большим родильным домам. Такие центры успешно функционируют в нескольких европейских странах, а в Германии, Нидерландах и Великобритании женщины всё чаще имеют возможность делать свой выбор в пользу родильных центров, руководимых акушерками. Родильные центры могут быть отдельно стоящими учреждениями или примыкать к родильным домам, или входить в их состав. Согласно результатам исследования о месте родоразрешения (5) в случае родов в независимых акушерских центрах, и в центрах, примыкающих к большим родильным домам, не наблюдалось неблагоприятных перинатальных исходов в сравнении с плановыми родами, происходившими в акушерских отделениях больших клиник. В небольших родильных центрах роженицы значительно реже подвергаются вмешательству, количество интранатальных кесаревых сечений (КС) там тоже существенно меньше, а «нормальные роды» происходят чаще (5).

Миф о том, что родоразрешение может считаться безопасным только в клинике, развеян Национальным институтом здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE) (6) в опубликованном им

руководстве по интранатальной помощи роженицам, принадлежащим к группе низкого риска. В соответствии с данным руководством медицинские работники обязаны предлагать беременным низкого акушерского риска выбор места родоразрешения. Предлагаемые варианты должны включать в себя ведение родов на дому, в независимом акушерском центре или в акушерском отделении большой клиники. Большинство беременных женщин по всей Европе не имеют иного выбора, кроме как отправиться рожать ребёнка в местный роддом.

Кесарево сечение является сейчас безопасной процедурой

Ещё один миф, который мы бы хотели проанализировать, это безопасность КС. Частота родоразрешений с помощью КС сильно отличается по Европе в целом, и даже по территориям внутри отдельных стран. Самая высокая общая частота КС, равная 52%, зарегистрирована на Кипре, а самая низкая – менее 20% - в таких странах как Нидерланды, Словения, Финляндия, Швеция, Исландия и Норвегия (3). Такие факторы риска, служащие показанием к КС, как возраст матери или количество родов в анамнезе, не объясняют имеющиеся широкие различия. В странах, где доля молодых рожениц высока, наблюдается как более высокий, так и более низкий процент КС.

Повсеместный рост частоты родоразрешений посредством КС и связанная с этим женская заболеваемость и смертность вызывают озабоченность (7, 8). Несмотря на значительные успехи, достигнутые в сфере обеспечения безопасности операции КС, появляются доказательства того, что не имеющие абсолютных показаний КС чреваты опасностью возникновения долговременных негативных последствий для новорожденных. На раннем этапе негативные последствия включают в себя риск легочных осложнений, недостаточной регуляции температуры тела и кровяного давления, изменений метаболизма (в том числе – пищеверения) и, что вызывает особое беспокойство, изменения иммунного фенотипа (9). Недавно было доказано, что изменения микробиома новорожденного скорее связано с абдоминальным, нежели с влагалищным родоразрешением. Это можно соотнести с появляющимися доказательствами того, что у детей, рождённых в результате КС, чаще наблюдаются такие иммунные нарушения, как астма, диабет и ожирение, причина которых может быть связана с изменением их микробиома (10). Также зарегистрирован рост случаев системных нарушений соединительной ткани, ювенильного артрита, воспалительных заболеваний кишечника, иммунодефицитных состояний и лейкемии. Ещё одной новой областью



Agnes Phelan



Rhona O'Connell

исследований становится возможным влияние способа родоразрешения на эпигенетический профиль новорожденного младенца (11). Если такое влияние имеет место, способ родоразрешения может оказать воздействие на целые поколения людей будущего.

Для всех женщин наилучшая помощь обеспечивается под руководством врача - акушера

В соответствии с третьим мифом, который мы хотели бы рассмотреть, врачи-акушеры должны принимать участие в оказании помощи беременным, относящимся к группе низкого риска. Несмотря на то, что взаимодействие между акушерками и врачами лежит в основе охраны материнства, нередки свидетельства того, что участие врача-акушера при неосложнённой беременности низкого риска не является необходимым и ведёт к более частым вмешательствам по сравнению с моделью оказания помощи исключительно акушерками. Помощь акушера при нормальной беременности и родах является действенной и эффективной моделью охраны материнства, и она пропагандируется в контексте исследований о месте родоразрешения (12). Помощь беременным женщинам, относящимся к группе низкого риска, исключительно акушерками может позволить сократить расходы, которые будут сравнительно выше в случае предоставления врачебных услуг (13), и ведение беременности акушерками признаётся в недавней посвящённой акушерскому делу серии журнала «Lancet» решением, позволяющим обеспечить высококачественную помощь матери и новорожденному.

Путь вперёд

Медиализированное деторождение не является наилучшим исходом для каждой женщины, и травматический опыт такого родов подтвержден. Статистические данные и результаты исследований противоречат получившему широкое распространение взгляду на внебольничные роды как на небезопасные для женщин с неосложнённой беременностью.

Структуры, ответственные за принятие политических решений и вовлеченные медицинские работники обязаны сделать всё, чтобы эти услуги

отвечали потребностям женщин. Для этого необходимо изменить направление дискуссии по поводу деторождения и предоставить женщинам полную информацию о безопасности родоразрешения в различной обстановке с тем чтобы у них была возможность выбора наиболее приемлемой для себя помощи во время беременности и родов. Представление о том, что беременная с низким уровнем риска осложнений должна обратиться в акушерскую клинику для родоразрешения, устарело. Растёт осознание того, что КС могут быть чреваты для младенцев долговременными проблемами здоровья, а практика свидетельствует, что для сокращения количества ненужных вмешательств в процесс родоразрешения, без создания угрозы риска для матери или младенца большему риску, следует предоставить женщинам индивидуальную помощь, обеспечиваемую акушерками. Лучше всего такая помощь оказывается не в крупных акушерских клиниках, а в смежных с ними или отдельно стоящих акушерских центрах, и она также должна включать в себя возможность ведения родов на дому.

Для распространения модели помощи акушерками важны отношения сотрудничества между профессиональными группами, что позволит предоставлять наилучшую помощь женщинам и их детям. Обязательны доверие и уважение к каждому члену многопрофильной команды специалистов, а в случае необходимости особенно важно обеспечить беспрепятственный перевод роженицы в акушерскую клинику для оказания ей необходимой медицинской помощи.

Agnes Phelan, BSc Nursing, RM,
Лектор Школы сестринского и акушерского дела,
Университетский колледж Корка
Корк, Ирландия
agnes.phelan@ucc.ie

Rhona O'Connell, Med, PhD, RM,
Лектор Школы сестринского и акушерского дела,
Университетский колледж Корка
Корк, Ирландия
r.oconnell@ucc.ie

Литература

1. Wood P. Guest editorial. *NZ College of Midwives J* 2004, 31, 4-6.
2. O'Connell M et al. The philosophy of practice governs the rate of obstetric intervention: analysis of 212 units in the United Kingdom. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13(4):267-70.
3. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.* EURO-PERISTAT, 2013. Available at: www.europeristat.com.
4. Tew M. *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity care.* London: Chapman Hall, 1995.
5. Brocklehurst P et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011 23;343:d7400.
6. NICE Intrapartum Care. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth.* 2014 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
7. Villar J et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367(9525):1819-29.
8. MacDorman M et al. Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an "Intention-to-Treat" Model. *Birth* 2008;35(1):3-8.
9. Hyde M et al. The health implications of birth by caesarean section. *Biol. Rev* 2012 ;87(1):229-43.
10. Sevelsted A et al. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics* 2015;135(1):e92-8.
11. Dahlen H et al. Is society being reshaped on a microbiological and epigenetic level by the way women give birth? *Midwifery* 2014 30(12): 1149-1151.
12. Schroeder L et al. *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis.* Oxford: NPEU, 2011.
13. Ryan P et al. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery* 2013;29(4):368-76.

НАЧАЛО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ С МОМЕНТА РОЖДЕНИЯ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ СОКРАЩЕНИЮ НЕРАВЕНСТВА В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ

Введение

Согласно рекомендациям ВОЗ, молоко, которое начинает вырабатываться в конце беременности, является идеальной пищей для новорожденного и обеспечивает его собственную иммунную систему. Грудное вскармливание должно быть начато в течение первого часа после рождения, причем исключительное грудное вскармливание должно применяться на протяжении первых шести месяцев. Преимущества для младенцев включают: уменьшение случаев диареи и респираторных инфекций; защиту от риска ожирения; повышение уровня IQ; снижение риска аллергии, а также хронических заболеваний, таких как диабет, которые имеют иммунологическую основу (1). Преимущества для матерей включают снижение рисков возникновения рака груди/яичников и ожирения (1).

Начало грудного вскармливания в зависимости от социально-экономического положения (СЭП)

Матери с более низким СЭП (более низкий уровень доходов, образования и занятости)

ГЛАВНЫЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

- Не следует полагать, что годится для большинства, годится для всех – изучите причины, по которым матери из групп, занимающих более низкое социально-экономическое положение (СЭП), не прибегают к услугам по антенатальному/перинатальному уходу.
- Матери из СЭП более низкого уровня имеют тенденцию не посещать или прерывать посещение центров, предоставляющих услуги по антенатальной/перинатальной помощи, и, таким образом, наши службы могут непреднамеренно усугублять неравенство.
- Внедрение инициативы «Больница, доброжелательная к ребёнку» (БДР), оплаченный отпуск по беременности и родам, а также применение *Международного свода* могут улучшить ситуацию с началом грудного вскармливания с момента рождения и его продолжительности.
- Беременность предоставляет удачную возможность сократить неравенство в области здравоохранения:
 - С помощью подхода, поддерживающего групповое участие, можно улучшить посещаемость центров предоставления антенатальных услуг женщинам из СЭП более низкого уровня, помочь им устранить барьеры, препятствующие грудному вскармливанию, и в результате повысить их самооценку;
 - Обеспечить матерям из СЭП более низкого уровня, подросткам и их семьям грамотную целенаправленную поддержку в их выборе в пользу грудного вскармливания;
 - Предоставить социальную помощь для покупки свежих продуктов питания в лактационный период, например, помощь в виде талонов на овощи;
 - Отстоять право на грудное вскармливание в общественных местах, признав таковое нормой.
- Осуществлять мониторинг начала грудного вскармливания в соотношении с социально-экономическим положением и детерминантами начала грудного вскармливания.

Таблица 1. Примеры эффективных действий по уменьшению неравенства и улучшению показателей по началу грудного вскармливания.

| Причины неравенства в отношении здоровья матерей с низким социально-экономическим статусом | Примеры действий по уменьшению неравенства |
|--|--|
| Бедность | <ul style="list-style-type: none"> • Поднятие уровня доходов с помощью мер социальной защиты; минимальной зарплаты и оплаченного отпуска по беременности, родам и уходу за ребёнком; • Предоставление социальной помощи матерям в течение лактационного периода, как это делается, например, во Франции (талоны на покупку свежих пищевых продуктов); • Обеспечение возможностей образования и профессионального обучения в течение всей жизни. |
| Барьеры, препятствующие доступу к услугам здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> • Внедрение принципов БДР во всех медицинских учреждениях и службах, обеспечивающих родовспоможение; • Привлечение к сотрудничеству профессионалов из различных социоэкономических групп; • Тщательный отбор услуг, способствующих уменьшению маргинализации; обучение персонала тому, как быть более терпимыми и не высказывать осуждения; • Консультирование по вопросам грудного вскармливания в сообществах, например, среди групп прихожан одной церкви. • Привлечение социальных работников сообществ или создание групп взаимной материнской поддержки. |
| Социальная маргинализация | <ul style="list-style-type: none"> • Укрепление сотрудничества между системой здравоохранения и секторами, занимающимися вопросами социальной защиты и проблемами безработицы; • Мотивирование матерей-подростков делать выбор в пользу грудного вскармливания; • Обеспечение доступных и приемлемых услуг по уходу за ребёнком (в том числе – дошкольного и школьного возраста), поддерживающих грудное вскармливание в качестве «нормы». |
| Маркетинг заменителей грудного молока | <ul style="list-style-type: none"> • Внесение в национальное законодательство и полное внедрение в практику Международного свода правил по сбыту ЗГМ. |
| Ожирение | <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление квалифицированной профессиональной помощи по поддержке матерей, страдающих ожирением, с целью преодоления ими физиологических и физических препятствий, мешающих начать грудное вскармливание |

со значительно меньшей вероятностью начнут грудное вскармливание чем матери, имеющие более высокое СЭП (разница может быть десятикратной), и эта закономерность передается из поколения в поколение (2). Кроме того, матери с низким СЭП могут быть подросткового возраста и/или страдать ожирением, и их дети подвергаются риску задержки роста, а также риску низкого IQ. К сожалению, данные о показателях начала грудного вскармливания при рождении с разбивкой по СЭП и возрасту часто отсутствуют, хотя такие сведения могли бы сыграть значительную роль в сокращении существующих различий.

Что можно сделать?

1. В 1991 году была провозглашена инициатива «Больница, доброжелательная к ребёнку» (БДР). Первоначальные «Десять принципов» инициативы БДР в настоящее время дополняются положениями, касающимися поддержки, как матери, так и ребенка в более широком диапазоне условий, и новые компоненты сообщества включают в себя лидерство, консультирование посредством местных услуг, а также обучение для всех, кто оказывает

помощь в родах на дому. Внедрение и регулярное обновление национальных планов должно контролироваться национальным координатором по грудному вскармливанию совместно с многосекторным комитетом по грудному вскармливанию.

2. Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока (ЗГМ) и последующие соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (Свод) регулируют сбыт ЗГМ с целью защиты обеспечения питанием младенцев посредством регулирования деятельности, которая может препятствовать грудному вскармливанию. Свод обеспечивает доступ к объективной информации и тем самым позволяет родителям принимать решения о методах вскармливания младенцев без коммерческого давления. Странам рекомендуется внедрить Свод в национальное законодательство, обеспечить его соблюдение, следить за нарушениями и воздействовать на нарушения с помощью санкций. Свод включает 10 важных положений, которые кратко изложены в *Руководстве для медицинских работников* (3). Несмотря на то, что Директива Европейского союза (ЕС) (2006/141) не охватывает



Aileen Robertson

упомянутый Свод целиком, поскольку она принята в качестве минимального требования в рамках ЕС, национальная система мониторинга может включать в себя положения Свода в дополнение к положениям упомянутой Директивы.

- Оплачиваемый отпуск по беременности и родам, финансируемый из средств социального страхования или государственных средств, является одним из основных условий для обеспечения здоровья и социально-экономической защиты матерей и их младенцев. Большинство стран приняли законодательные положения, касающиеся оплачиваемого отпуска по беременности и родам, однако в некоторых странах *исключительное грудное вскармливание в течение 6 месяцев* поддерживается лучше, чем в других. Например, проект Директивы ЕС по отпуску по беременности и родам, принятый Европейским парламентом в первом чтении в 2010 году, был приостановлен Советом министров ЕС. Целью Директивы было предоставление как минимум 20-недельного полностью оплачиваемого отпуска по беременности и родам в странах ЕС и защита прав женщин по возвращении на работу. К счастью, многие страны Европейского региона ВОЗ приняли законодательные положения, касающиеся отпуска по беременности и родам, в рамках которого поддерживается *исключительное грудное вскармливание в течение 6 месяцев*, и исследования показывают, что это улучшает показатели начала грудного вскармливания и его продолжения (4). Кроме того, не наблюдается никакого отрицательного воздействия на производительность труда, а, наоборот, отмечаются существенные преимущества для компаний, включая малые и средние предприятия (5).

Применение поэтапного подхода и принципа «Прежде всего, не навреди»

Мы должны обеспечить, чтобы предоставляемые в настоящее время услуги не усугубляли неравенство. К сожалению, медицинские услуги могут непреднамеренно усиливать неравенство. Наш «обычный» подход может отрицательно сказаться на матерях, наиболее остро нуждающихся в поддержке. Например, информационные кампании, не подкрепленные структурной поддержкой и стратегией, могут иметь негативные последствия, потому что группы с низкими доходами, возможно, не смогут воспользоваться этой информацией на практике из-за нехватки денег, образования или трудовых прав. Социальные работники сообществ или группы материнской взаимоподдержки могут добиться большего успеха по сравнению с работниками здравоохранения. Например, посредники в сфере здравоохранения, работающие с цыганскими общинами и сами являющиеся членами таких общин, проходят обучение

обеспечению связей между общиной и системой здравоохранения. Результатом стало расширение использования услуг здравоохранения, особенно среди беременных женщин из общин народности рома. Проект направлен на продвижение защиты здоровья и прав человека в отношении представителей рома путем наращивания потенциала лидеров гражданского общества и организаций, а также обеспечения занятости, в основном для женщин-посредников в сфере здравоохранения, работающих с общинами рома. Больше конкретных примеров, касающихся улучшения показателей начала грудного вскармливания, приведено в следующем документе:

<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Commissioners/Case-studies/>

Вмешательства, направленные на сокращение неравенства в области здоровья, связанного с началом грудного вскармливания

Меры по сокращению неравенства, связанного с началом грудного вскармливания, требуют сочетания инновационного родового наблюдения и поддержки матерей с низким СЭП в вопросах выполнения родительских обязанностей, включая критерии БДР, наряду с оплачиваемым отпуском по беременности и родам и реагированием на нарушения Международного кодекса. Примеры эффективных мер изложены в таблице № 1. Текстовый блок № 2 содержит полезный перечень контрольных вопросов для организаций, учреждений, политических деятелей и отдельных лиц с целью оценки их успехов в области уменьшения неравенства в отношении здоровья и улучшения показателей грудного вскармливания.

Заключение

Наиболее социально изолированные матери могут чувствовать себя забытыми службами здравоохранения, из-за чего они ощущают себя исключенными из системы здравоохранения и не желают обращаться за поддержкой. В их отношении следует использовать различные подходы, чтобы помочь им осознать свои права и повысить свою самооценку. Мы должны узнать, каким образом с помощью услуг здравоохранения можно улучшить показатели начала грудного вскармливания среди матерей из всех социально-экономических групп в целях сокращения неравенства в отношении здравоохранения с момента рождения.

Aileen Robertson, PhD,
Сотрудничающий Центр ВОЗ по глобальным вопросам питания и здравоохранения,
Университетский колледж Metropol, Копенгаген, Дания,
airo@phmetropol.dk

ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ: ПРИНИМАЮТСЯ ЛИ ВАМИ МЕРЫ ПО СПОСОБСТВОВАНИЮ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И УМЕНЬШЕНИЮ НЕРАВЕНСТВА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

- Проводите ли вы регулярную оценку показателей начала грудного вскармливания при рождении в соотношении с СЭП матерей?
- Выявлено ли вами, для каких социоэкономических групп характерны самые низкие показатели начала грудного вскармливания?
- Поставлены ли вами конкретные цели по увеличению числа матерей, начинающих грудное вскармливание, по группам, соответствующим их СЭП?
- Проводится ли вами оценка влияния ряда услуг БДР по антенатальной/перинатальной помощи на показатели начала грудного вскармливания после рождения?
- Осуществляете ли вы попытки уменьшить маргинализацию матерей из уязвимых групп населения, приглашая их к участию в дискуссиях о том, как услуги по антенатальной/перинатальной помощи могли бы лучше мотивировать их сделать выбор в пользу грудного вскармливания?
- Существуют ли у вас стратегии, направленные на:
 - Внедрение в практику критериев БДР и отслеживание случаев нарушения Свода Правил?
 - Обеспечение квалифицированной поддержки матерей-подростков, матерей, страдающих ожирением, и матерей из групп с низким СЭП в отношении их выбора в пользу начала грудного вскармливания, выполнения ими родительских обязанностей, а также предоставление услуг по уходу за детьми грудного возраста?
 - Обеспечение квалифицированной поддержки по вопросам грудного вскармливания матерям, которые должны вернуться на работу вскоре после рождения ребёнка?
- Поддерживает ли оплаченный отпуск по беременности, родам и уходу за ребёнком исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев после рождения ребёнка, и оплачиваются ли матери перерывы на грудное кормление после её возвращения на работу?
- Осуществляется ли чёткое руководство и контроль в сфере улучшения показателей по началу грудного вскармливания матерями-подростками, матерями, страдающими ожирением, и матерями из групп с низким СЭП?

Литература

1. Horta B et al. *Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic Review and Meta-analyses.* Geneva: WHO, 2007.
2. Robertson A, Lobstein T, Knai C. *Obesity and socioeconomic groups in Europe: evidence review and implications for action.* European Commission, 2007.
3. <http://www.unicef.org/nutrition/training/5.2/16.html>
4. *Maternity and paternity at work: law and practice across the world.* Geneva: ILO, 2014.
5. Lewis S, Stumbitz B, Miles L et al. *Maternity protection in SMEs: An international review.* Geneva: ILO, 2014.

АБОРТ ПО ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПЛОДА: ОСПАРИВАНИЕ ВЫБОРА

Технологические достижения в области здравоохранения обеспечивают женщинам возможности более безопасной беременности и родов, а также более безопасного прерывания беременности в случае принятия ими такого решения. Ультразвуковые исследования (УЗИ) используются для оценки темпов роста плода, наблюдения за ходом беременности и выявления аномалий плода. Женщины могут увидеть 2D и 3D изображения своего плода, а на 18-20 неделе беременности узнать его пол. Прогресс в использовании ультразвуковой диагностики, несомненно, оказал огромное положительное влияние на медицинскую помощь во время беременности. Тем не менее, применение УЗИ для определения пола плода во время беременности является постоянным предметом споров среди активистов, выступающих за свободный выбор, специалистов общественного здравоохранения и политических деятелей в связи с практикой селективного выбора пола плода по гендерному признаку.

Выбор пола не новое явление и не ограничивается лишь абортom. Селективный выбор по половому признаку также может практиковаться до и после имплантации эмбриона. Кроме того, известны случаи, когда такой выбор делается после рождения ребенка посредством детоубийства или отказа от новорожденного. Отбор по половой принадлежности касается выбора того или иного пола ребенка, и некоторые семьи используют данную практику для достижения «равного количества детей разного пола». Тем не менее, проблема, которая подвергает сомнению мнение многих активистов, выступающих за свободный выбор, заключается в выборе пола в пользу сыновей и применении аборта для прерывания беременности только потому, что женщина вынашивает плод женского пола.

Аборт по половому признаку плода представляет собой серьезную проблему среди некоторых групп населения, которая влечет за собой значительный дисбаланс соотношения полов в конкретном регионе или стране. В Китае политика одного ребенка и предпочтение сыновей привела к тому, что на 118 новорожденных мальчиков приходится 100 девочек, что намного выше, чем естественная пропорция новорожденных – 105 мальчиков к 100 девочкам (1). Хотя перекокс соотношения полов новорожденных традиционно наблюдается в странах Азии, в последнее время появляется все больше случаев выбора пола ребенка в Восточной Европе и на Кавказе, в частности в Албании, Армении, Азербайджане и Грузии. Третий ребенок в семье является важным показателем гендерной предвзятости в выборе пола, который часто демонстрирует четкий сдвиг в сторону выбора младенца

мужского пола. В Грузии количество всех родившихся мальчиков к девочкам в период 1997-1999 гг. достигало 118 к 100. В свою очередь, данные переписи населения 2001 года в Армении свидетельствуют о том, что среди рожденных третьих детей на 100 девочек приходилось 184 мальчика (2). Демографы предупреждают, что такой дисбаланс, вероятно, повлечет за собой бесчисленные социальные проблемы, которые в конечном итоге станут угрозой для безопасности и процветания государства. Это реальная и серьезная проблема. Однако она не обусловлена наличием доступа к возможностям безопасного и легального аборта. Истинная причина проблемы заключается в глубоко укоренившемся гендерном неравенстве и дискриминации, которые развивают желание иметь сыновей, а не дочерей.

В основе ценностей Международной федерации планирования семьи (МФПС) лежит приверженность принципу гендерного равенства и устранению дискриминации по половому или гендерному признаку. Не менее важное место в наших ценностях занимает приверженность праву женщины выбирать безопасное и легальное прерывание беременности. Мы считаем, что две эти ценности неразрывно связаны – ни одна из них не может быть достигнута без другой. Наша глобальная сеть ассоциаций-членов неустанно работает над устранением коренных причин гендерной дискриминации, в результате которой предпочтение отдается сыновьям, а также над предоставлением женщинам доступа к комплексным услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Проблему выбора пола необходимо решать, не подвергая женщин риску ухудшения здоровья или даже смерти из-за отказа им в доступе к услугам безопасного аборта.

Правительства некоторых стран пытаются решить проблему выбора пола путем введения законов и политических мер, предусматривающих уголовную ответственность для женщин и медицинских работников за совершение безопасного аборта по половой принадлежности плода. На данный момент нет никаких оснований предполагать, что запрещение аборта по вышеупомянутым причинам предотвращает практику выбора пола или улучшает соотношение полов новорожденных. Нелегко обеспечить соблюдение законодательства, которое запрещает исследования для определения пола плода и прерывание беременности по половому признаку плода, как, например, в Индии и Китае. Недорогие услуги ультразвукового исследования стали широкодоступными, а информация о половой принадлежности плода может быть легко получена. Ультразвуковое исследование может проводиться в одном месте, а аборт – в другом. Как известно из опыта стран, где аборт ограничен на

общих основаниях, что редко удерживает женщин от прерывания беременности; при таких обстоятельствах лишь увеличивается вероятность того, что женщина прибегнет к небезопасному аборту (3).

Существуют основания полагать, что запрет на совершение аборта по половой принадлежности плода может затруднить доступ женщин к услугам по проведению безопасного аборта в целом (4). В Индии Законом о методах диагностики до зачатия и родов от 2003 года запрещено определение и разглашение пола плода посредством диагностических методов, используемых до зачатия или в пренатальный период. Хотя цель этого закона заключается в предотвращении выбора пола и коррекции дисбаланса соотношения полов, его последствия совершенно иные. В Индии имеется серьезная нехватка знаний о наличии безопасных и легальных услуг по проведению аборта. Отсутствие таких знаний в сочетании с проведением широкой кампании, связанной с упомянутым законом, стали причиной недопонимания. Медицинские работники, предоставляющие услуги по аборту, часто полагают, что все аборты являются незаконными (5). Кроме того, есть свидетельства, что лица, оказывающие такие услуги, воздерживаются от проведения аборта во втором триместре из-за страха быть обвиненным в нарушении закона (6). В результате женщины, независимо от причин, побудивших их совершить аборт, сталкиваются с дополнительными препятствиями к получению доступа к безопасным услугам по аборту и подвергают свою жизнь опасности.

Печальная реальность такова, что во многих обществах девочки не ценятся в той же степени, что и мальчики. Женщины часто попадают под огромное давление семьи и общества, требующих от них рождения сыновей. Невыполнение этого требования может привести к таким последствиям, как насилие, неприятие или развод. Иногда женщинам приходится беременеть снова и снова, пока не родится мальчик (7). Кроме того, женщина, желающая совершить аборт по половой принадлежности плода, возможно, идет на этот шаг потому, что имеет вполне обоснованные опасения по поводу шансов ребенка на выживание. Пренебрежение заботой о дочерях и предпочтение в отношении сыновей подтверждено убедительными документальными доказательствами. В качестве примеров такого пренебрежительного отношения можно привести предвзятую практику кормления, выбор неподходящей одежды в зимнее время и ограниченный доступ к услугам здравоохранения и образованию (7).

Такие факторы служат напоминанием о том, что каждая женщина, которая



Rebecca Wilkins



Manuelle Hurwitz



Lena Luyckfasseel

решается на аборт, делает это под влиянием уникального набора обстоятельств, и человек, который лучше всех может решить исход беременности – это сама беременная. В конечном счете, последствия ограничения аборта по любым основаниям заключаются в том, что женщина лишается возможности контролировать свое репродуктивное здоровье, а это еще больше усугубляет дискриминацию по гендерному признаку. Это нарушает право на автономию и физическую неприкосновенность, а также право на жизнь и здоровье, гарантированные международными договорами по правам человека.

Кроме того, такая ситуация в пользу тех, кто стремится регулировать проведение аборта по половой принадлежности плода, ставя перед собой более широкие цели, направленные на ограничение доступа женщин к услугам по безопасному аборту в целом, что является распространенной тактикой среди тех, кто выступает против свободного выбора. Достаточно вспомнить недавний законопроект, внесенный на рассмотрение Парламента Великобритании и предусматривающий открытый запрет селективных аборт по половой принадлежности, несмотря на отсутствие доказательств того, что в Великобритании такие аборты являются обычной практикой. Тем не менее, кампания, раздутая средствами массовой информации и возглавляемая членом Парламента, выступающим против свободного выбора, привела к диалогу, который очерняет женщин, делающих аборт, и создает атмосферу страха среди лиц, предоставляющих услуги по аборту.

Поэтому крайне важно, чтобы участники движения за свободный выбор, а также организации, занимающиеся вопросами сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека, имели четкое и единое мнение по этому вопросу. Мы не должны отвлекаться на примитивные аргументы. Селективный аборт по половой принадлежности представляет собой сложную проблему, требующую и заслуживающую большего внимания. Мы должны спросить себя, какой подход к решению вопроса выбора пола ребенка является лучшим с учетом его коренных причин. Мы должны четко заявить, что если аборт не является проблемой, то ограничение доступа к нему – это, безусловно, не выход из положения. Обеспечение женщинам доступа к услугам безопасного аборта, ставшее возможным благодаря неустанным усилиям, не должно быть ограничено из-за неправильного решения серьезной проблемы.

Вместо этого правительства и гражданское общество должны работать в партнерстве, чтобы инициировать широкие правовые и политические меры, направленные на борьбу с глубоко укоренившимся гендерным неравенством, которое лежит в основе существующих проблем. Такие меры включают в себя, например, принятие законов о более равноправных условиях наследования, внедрение политики в области гендерного равенства в отношении прав собственности, а также достижение большего прогресса, касающегося равенства в сфере образования. Осуществление упомянутых мер наряду с информационно-разъяснительной работой, направленной на изменение отношения к девушкам и женщинам, по всей видимости, окажет более устойчивое воздействие, так как рождение сына перестанет считаться предпочтительным и, следовательно, спрос на селективный аборт по половой принадлежности плода прекратится.

МФПС продолжит борьбу с коренными причинами дискриминации по гендерному признаку путем реализации правозащитных программ, которые содействуют равенству между мужчинами и женщинами, а также расширению прав и возможностей женщин и девочек. Мы будем заниматься этими вопросами, решительно подчеркивая необходимость доступа к услугам безопасного аборта для всех женщин с целью наилучшего обеспечения их интересов, а также потребность в расширении доступа к таким услугам.

Rebecca Wilkins,
Куратор программы по вопросам аборт, Центральное бюро МФПС;

Manuelle Hurwitz,
Старший советник по вопросам аборт, Центральное бюро МФПС,

Lena Luyckfasseel,
Руководитель программы,
Европейская сеть МФПС

Автор, ответственный за
корреспонденцию:
lluyckfasseel@ippfen.org

Литература

1. National Bureau of Statistics of China: http://www.stats.gov.cn/english/News-Events/201104/t20110428_26449.html [Accessed 11 December 2014]
2. Melse F et al. A Sharp Increase in Sex Ratio at Birth in the South Caucasus. Why? How? In Guilamoto, C and Attane, I (ed) *Watering the Neighbour's Garden*. 1st ed. Paris: CEPED, 2007. Pp 73-89.
3. *Facts on Induced Abortion Worldwide: Fact sheet*. Geneva: Guttmacher Institute and WHO, 2012 .
4. Ganatra B. Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia. *Reprod Health Matter* 2008 16;(31 Supplement):90–98.
5. Visaria, L, Ramachandran, V, Ganatra B et al. Abortion in India: Emerging Issues from Qualitative Studies. *Econ Polit Weekly* 2004 39; (46/47): 5044-5052.
6. Dalvie S. Second Trimester Abortions in India. *Reprod Health Matter* 2008 16; (31 Supplement):37-45.
7. *Preventing gender-biased sex selection: an interagency statement*. Geneva: OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO, 2011.

ОБРАЗ ТЕЛА, БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ

Способствующие ожирению условия окружающей человека общественной среды оказывают сильное влияние на выбор вредных для здоровья продуктов питания, поддерживая при этом инфраструктуру, которая ведёт к минимальному уровню физической активности. Современный образ жизни чреват нежелательными последствиями в виде роста бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ). В данной статье будут рассмотрены различные аспекты образа тела в современном обществе и их связь с беременностью и послеродовым периодом. В Европе нарушение питания во всех его формах является серьёзной проблемой здоровья населения, оказывающей непосредственное влияние на роды в XXI веке.

Статистические данные по Европейскому региону ВОЗ свидетельствуют о том, что более 50% взрослого населения страдает от избыточного веса или ожирения (1), и в среднем один из троих детей в возрасте от 6 до 9 лет имеет избыточный вес или страдает ожирением (2). Согласно проекциям, девять из десяти взрослых жителей будут иметь избыточный вес к 2050 году (3). Таким образом, не остаётся сомнений в том, что избыточный вес и ожирение являются значительной проблемой, масштабы распространённости которой растут день ото дня. К причинам данного явления следует отнести изобилие дешёвых, обработанных, высококалорийных продуктов питания с большим содержанием жира, соли и сахара, увеличенный объём предлагаемых порций и кампании по реализации пищевых продуктов. Сидячий образ жизни, не способствующий потреблению энергии, как дома, так и во время учёбы и работы, стал ещё одним важным фактором.

Беременность – это период в жизни женщины, когда набор ею веса является ожидаемым и поощряется обществом, в котором, тем не менее, женское тело принято идеализировать. Психологическими последствиями избыточного веса и ожирения становятся депрессия и стресс. Соотношение между образом тела и связанной с весом озабоченностью, как во время беременности, так и вне этого периода, также представляет собой чрезвычайно важный контекст для размышлений. Образ тела определяется как мысленно представляемый образ, сформированный в нашем сознании. Он также представляет собой отношение, складывающееся из эмоциональных реакций и чувств, вызванных телом, и воплощает в себе оценку индивидом своего собственного тела. Исследования показывают, что

женщины более негативно относятся к своему телесному образу в последний триместр беременности, что отличается от их отношения к нему на момент наступления беременности и в период, предшествующий ей (4). В послеродовой период степень неудовлетворённости размерами и образом собственного тела снижается, но осознаваемая необходимость вернуться к своей обычной форме по-прежнему остаётся источником переживаний и неудовлетворённости. Так, при условии неизбежного социально-культурного давления, закрепляющего привлекательность идеала худощавой женской фигуры, беременным трудно сохранять позитивное отношение к образу своего тела.

Беременность – важное время в жизни женщины, когда её тело претерпевает серьёзные изменения. Во время беременности и в послеродовой период женщины всегда испытывают неудовлетворённость в отношении своего тела, вне зависимости от того, насколько их фигура удовлетворяла их до беременности. Имеются доказательства того, что готовность приступить к грудному вскармливанию сразу после родов ниже в случае женщин, негативно воспринимающих перемены, которые происходят с их телом во время беременности (5). Кроме того, неудовлетворённость образом своего тела во время беременности может привести к нездоровому пищевому поведению и потере веса, что, в свою очередь, может причинить ущерб здоровью, как матери, так и ребёнка (6). Такие женщины склонны сравнивать свои тела с другими, и им свойственно испытывать смущение при других людях, так как они считают, что другие постоянно их оценивают. Неудовлетворённость собственным телом поддерживается и такими факторами окружающей социальной среды, как поддразнивание и непосредственно оказываемое в обществе давление, мотивирующее женщину сбросить вес.

Беременность вызывает изменения в организме, которые особенно заметны на груди и животе в виде растяжек; могут также появляться угри, пигментные пятна на коже и варикозное расширенные вены. Такое физическое преобразование в сочетании с внутренним психологическим стрессом и внешним давлением, требующим от женщины оставаться в форме, вызывает ощущение своей непривлекательности и депрессию. В результате подобных изменений негативные чувства могут привести к сохранению набранного веса и повышению уровня риска развития ожирения и диабета

в течение всей последующей жизни.

Негативная оценка размеров тела, его формы и веса во время беременности и в период после родоразрешения у женщин, страдающих ожирением или имеющих избыточный вес, ведёт к низкой самооценке. Существует несколько теорий, объясняющих развитие и поддержание нарушений образа тела, включая наиболее признанную из них так называемую социокультурную модель. Данная модель идентифицирует социальное давление как стимул, провоцирующий потребность индивида соответствовать стандартам формы тела (7). Средства массовой информации, индустрия моды и производители одежды оказывают непосредственное влияние на образ тела и могут обрекать женщин на страдания. Исследования показывают, что изменения размеров и форм женских тел за последнее десятилетие получило негативное освещение в ведущих журналах. Параметры бюста и бёдер, диктуемые журналами, уменьшились, а вес тела оказывается на 13-19% ниже веса, признаваемого медициной здоровым. Такие недостижимые стандарты внешности, навязываемые средствами массовой информации, ведут к тому, что у женщин формируется негативный образ собственного тела (7). Индустрия моды усугубляет эту проблему тем, что производители намеренно поставляют меньшие размеры на брендовой одежде. Беременные женщины сталкиваются с трудностями в поисках подходящих им размеров и в конце концов останавливают свой выбор на свободных, бесформенных вещах. Всё это ведёт к женским страданиям и может стать причиной того, что женщина перестаёт выходить из дому или предпочитает работать на дому. Пребывание дома и меньшее взаимодействие с внешним миром может быть чревато для женщин менее здоровым образом жизни, когда они начинают больше есть и сокращают свою физическую активность.

Количество женщин, у которых беременность наступает при избыточном весе или ожирении, достигает тревожных пропорций в развитых странах, где более 100 миллионов женщин репродуктивного возраста страдают ожирением, а остальные 250 миллионов имеют избыточный вес (8). Чрезмерный вес и ожирение в течение беременности имеют серьёзные долговременные последствия для здоровья, как матери, так и ребёнка. Избыточный вес матери может стать причиной выкидышей, тромбозов при кесаревом сечении, гестационного сахарного диабета, гипертензивных нарушений при беременности, отсутствию овуляции,



João Breda



Nathali Lehmann Schumann



Salwa Arshad

поликистозному синдрому яичников и чрезмерному производству андрогена, ведущему к нарушениям менструального цикла помимо всего прочего. Более того, осложнения, связанные с ожирением, проявляются сразу после родоразрешения и оказываются долговременными. Успехи по распространению грудного вскармливания невелики, и в связи с этим увеличивается частота использования детских молочных смесей. Ожирение и искусственное питание могут стать причиной нейropsychологических аномалий, включая дефекты нервной трубки, макросомии, слишком крупных для своего гестационного возраста младенцев, респираторного дистресс-синдрома, плечевой дистонии и повышению предрасположенности к неинфекционным заболеваниям и ожирению в течение жизни.

Согласно рекомендациям Американского института медицины (IoM), прибавка веса во время беременности должна быть ограничена диапазоном от 0.5 до 2.0 кг к концу первого триместра и соответствовать 0.5 кг в неделю в последующие сроки (9). Независимо от того, что руководство Американского института медицины чаще всего принимается за основу и в странах Европы (6), значительное число женщин набирает больше рекомендованного веса. Следует обратить внимание на тот факт, что большинство женщин не имеют представления о том, какая должна быть прибавка веса во время беременности. Женщины с низким индексом массы тела (ВМИ) часто недооценивают рекомендации по прибавке веса, в то время как женщины, страдающие ожирением, обычно склонны переоценивать величину веса, который им надлежит набрать в течение беременности.

Мать и её ребёнок, страдающие избыточным весом или ожирением, могут нуждаться в специальной медицинской помощи, включая длительные и множественные госпитализации и пребывание в отделении интенсивной терапии, что налагает дополнительное бремя на систему здравоохранения и требует привлечения дополнительных экономических ресурсов. Помимо ожирения и избыточного веса, недостаточный вес также является серьёзной проблемой при беременности. Он может стать причиной низкого веса новорожденных, рождения слишком маленьких для своего гестационного возраста младенцев, а также связан с повышенным риском задержки внутриутробного развития.

Были проведены различные общественные мероприятия, направленные на изменение моделей

поведения, связанных с проблемами веса в период беременности. Информация образовательного характера может распространяться по местному радио, в виде листовок, путем организации туров в супермаркеты, кулинарных курсов, мотивирующего консультирования по телефону, групповых занятий и домашних визитов. С другой стороны, многообещающие результаты наблюдались и при использовании индивидуального подхода к управлению весом в рамках антенатальной и постнатальной акушерской помощи. Акушерки, медсёстры и врачи играют активную роль в консультировании женщин относительно важности здорового питания, физической активности, грудного вскармливания и управления весом.

Нет сомнения в том, что ожирение является серьёзным фактором риска, влияющим на состояние здоровья и статус питания матерей и их детей в течение всей их жизни. Для снижения риска заболеваемости, связанной с ожирением беременных и их потомства, и для обеспечения здоровья новых поколений необходимы эффективные и постоянные меры, ведущие к реализации хорошо продуманных стратегий. Необходимы сильное руководство и серьёзный уровень сотрудничества между политиками и системой здравоохранения. Проблему неудовлетворённости образом своего тела, присущую беременным, можно решать с помощью законодательных инициатив, предусматривающих строгие санкции в отношении вредных для здоровья продуктов питания и рекламирования одежды анорексичными моделями.

João Breda, PhD, MPH, MBA,
Руководитель программ по проблемам питания, физической активности и ожирению
Европейское бюро ВОЗ

Nathali Lehmann Schumann, MSc
консультант,
Европейское бюро ВОЗ

Salwa Arshad, MSc
Исследователь-ассистент,
Европейское бюро ВОЗ

Автор, отвечающий за переписку:
jbr@euro.who.int

Литература

1. *European food and nutrition action plan 2015-2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.
2. Wijnhoven T, van Raaij J, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 2014;14: 806.
3. Huda SS, Brodie LE, Saltar N. Obesity in pregnancy: prevalence and metabolic consequences. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010; 70-76.
4. Strang VR, Sullivan PL. Body Image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs* 1985; 14: 332-337.
5. Brown A, Rance J, Warren L. Body Image concerns during pregnancy are associated with a shorter breastfeeding duration. *Midwifery* 2015; 31 (1):80-9.
6. Ushma JM, Anna S-R. Effect of Body Image on pregnancy Weight Gain. *Matern Child Health J* 2011; 15(3): 324-332.
7. Cusumano DL, Thompson JK. Body image and body shape ideals in magazines: exposure, awareness and internalization. *Sex Roles* 1997; 37(9).
8. Schumann NL, Brinsden H, Lobstein T. A review of national health policies and professional guidelines on maternal obesity and weight gain in pregnancy. *Clinical Obesity* 2014; 4:197-208.
9. Curzik D, Topolovec Z, Sijanovi, S. Maternal overnutrition and pregnancy. *Acta Medica Croatia* 2002; 56, 31-34.

АКУШЕРСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

На фоне прогресса в развитии медицинских технологий и методов лечения, а также под давлением необходимости обеспечить рождение «идеального» ребёнка, мы, медицинские работники, готовы незамедлительно вмешаться в процесс родов, иногда принимая решение об этом до наступления «необходимого» порогового уровня для такого вмешательства. Эта тенденция привела в некоторых случаях к злоупотреблению вмешательствами в процессе родов и одновременно усилиями, направленным на то, чтобы избежать вмешательств, не имеющих медицинских показаний. Понятно, что взвешенный подход и определение того, когда «слишком» – это «слишком», должен основываться на доказательствах, но часто бывает так, что для конкретной акушерской ситуации трудно найти готовое решение, основанное на доказательствах. Однако, имеем ли мы полную, достоверную информацию о том, что мы делаем? Нам необходимы соответствующие данные популяционного масштаба, чтобы иметь возможность описать нынешнюю ситуацию и выявить более слабые компоненты клинической практики.

Мониторинг состояния здоровья в перинатальный период является очень важной составляющей любой системы здравоохранения и важным инструментом измерения качества предоставляемых услуг. Для оценки и мониторинга состояния здоровья в перинатальный период мы нуждаемся в адекватных, поддающихся измерению индикаторах для количественной оценки изменений во времени, различий между местами и условиями, а также позволяющих проводить сравнительный анализ в международном контексте. Европейский Союз (ЕС) заинтересован в развитии

европейских информационных систем в сфере здравоохранения, и этот интерес привёл к рождению проекта EUROPERISTAT, целью которого стала разработка высококачественных индикаторов, создание информационных сетей и подготовка отчётов по состоянию перинатального здоровья в Европе.

Важное место среди проблем, представляющих интерес для EUROPERISTAT, занимает вопрос об оптимальном использовании медицинских технологий как показателе качества услуг здравоохранения. На основе консенсуса участвующих сторон, были отобраны 10 ключевых и 20 рекомендуемых индикаторов перинатального здоровья. Несколько из выбранных индикаторов, имеющих отношение к услугам здравоохранения, релевантны для таких акушерских вмешательств, как:

- Ключевой индикатор 10 – способ родоразрешения,
- Рекомендуемый индикатор 15 – распределение родоразрешений в соответствии со способом начала родовой деятельности,
- Рекомендуемый индикатор 18 – частота эпизиотомий и
- Рекомендуемый индикатор 19 – родоразрешения без акушерского вмешательства.

Роды без акушерского вмешательства определяются как роды со спонтанным началом и прогрессированием родовой деятельности без применения медикаментозных средств и со спонтанным рождением ребёнка. Таким образом, роженицы, у которых применяется индукция родов и лекарственные препараты во время родов, в том числе – анестетики, оперативное влагалищное или абдоминальное

родоразрешение и эпизиотомия, должны быть исключены.

В Чешской Республике сбор индивидуальных перинатальных данных всех родов ведётся с 1994 года. На основе опыта и в соответствии с установками Проекта ВОЗ по разработке качественных показателей акушерской помощи (OBSQID) был создан первоначальный инструмент сбора индивидуальных данных, и с тех пор он претерпел лишь незначительные изменения. Используя упомянутую выше базу данных, мы можем представить некоторые индикаторы, имеющие отношение к медицинским вмешательствам во время родов рекомендованных EUROPERISTAT используя регулярно собираемые в Чешской Республике данные за период 2000-2012. Ниже приводятся результаты.

Результаты

Способ родоразрешения: кесарево сечение и оперативное родоразрешение через естественные родовые пути

В период 2000-2012 гг. наблюдался постоянный рост родоразрешений с помощью кесарева сечения с 13.1% в 2000 году до 25% в 2012 (Рис. 1). В последние годы численные показатели по этому способу родоразрешения близки к среднестатистическому в ЕС (25.2% в 2010) (1). Распространённость оперативных родов через естественные родовые пути (с применением вакуум-экстракции и акушерских щипцов) традиционно невелика в Чешской Республике. На их долю приходится всего лишь 2% от всех родоразрешений. Тем не менее, в последнее время к вакуумной экстракции прибегают заметно чаще (Рис. 2). Частота вагинальных экстракций в ЕС в 2010 г. варьировала от 1.3% до 16.4% согласно данным EUROPERISTAT.

Рис.1 Тенденции частоты родоразрешения путём Кесарево сечения (%)

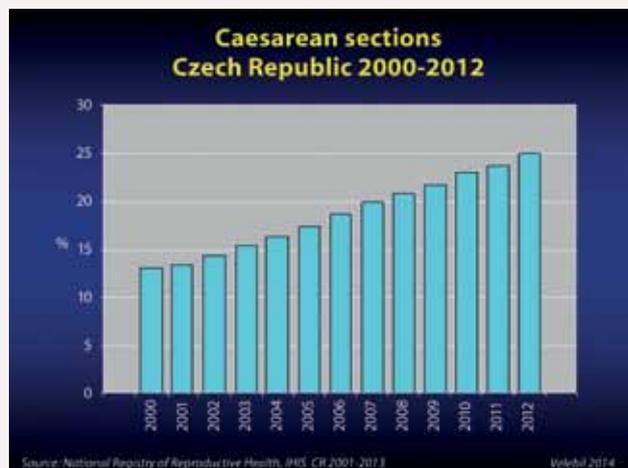


Рис.2 Процент родов с применением вагинального оперативного вмешательства





Рис.3 Процент родов со стимуляцией родовой деятельности

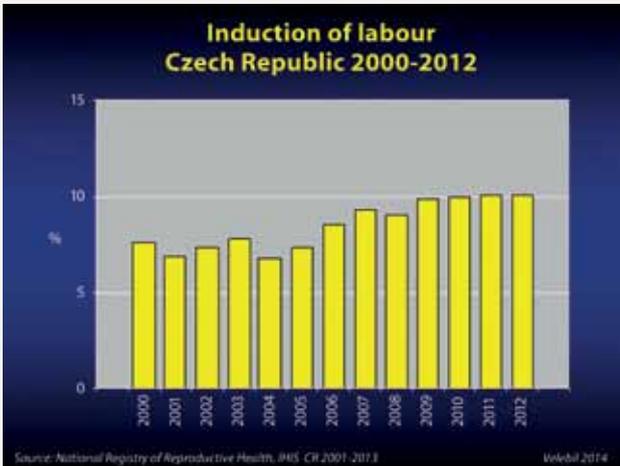
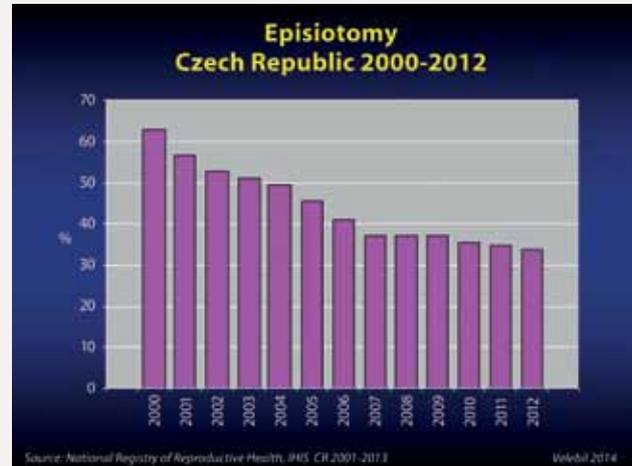


Рис.4 Процент родов с применением эпизиотомии



Индукция родов

Данные свидетельствуют о небольшом росте частоты индукции родов в Чешской Республике в период с 2000 года по 2012 год с 7.6% до 10.1%

Рис. 3). По данным, опубликованным EUROPERISTAT, этот показатель колебался в 2010 году по странам ЕС от 7% до 27% (1).

Эпизиотомия

В прошлом эпизиотомия была в Чешской Республике почти рутинной процедурой. Согласно данным, частота родоразрешений с применением этого метода значительно сократилась с 63.2% в 2000 году до 33.9% в 2012 году (Рис. 4). Это очень позитивная тенденция, поскольку рутинное использование эпизиотомии не рекомендуется. По данным Европейского отчёта о перинатальном здоровье за 2010 год, количество случаев эпизиотомии очень сильно различается среди стран ЕС (1).

Заключение

Несмотря на то, что в Чешской Республике существует государственная система сбора индивидуальных перинатальных данных, мы всё ещё не в состоянии дать необходимую детальную оценку ситуации с медицинскими вмешательствами при родах. Как видно из приведённых выше результатов, для распространения клинической практики, при которой акушерское вмешательство имело бы место исключительно в силу необходимости, наши данные следует увязывать не только с исходом беременности и родов в отношении здоровья матери и новорожденного, но также и с наличием

показаний для подобных вмешательств.

Участвуя в проекте EUROPERISTAT, Чешская Республика приняла решение внести изменения в государственную систему сбора индивидуальных перинатальных данных для соответствия требованиям и рекомендациям, оговоренным в данном проекте, что должно позволить нам идентифицировать все ключевые и рекомендуемые индикаторы EUROPERISTAT. Мы воспользовались возможностью, появившейся в 2014 году, когда все общенациональные базы данных Чешской Республики по репродуктивному здоровью были переведены на единую электронную платформу, и привнесли в базы данных изменения, направленные на достижение соответствия предложенным европейским стандартам. В настоящее время в Чешской Республике используется пилотная версия обновлённой системы сбора данных, которая должна быть внедрена в практику в 2016 году. Мы полагаем, что анализ обновлённых баз данных поможет нам решить проблему акушерского вмешательства во время родов и родоразрешения, способствуя, по возможности, большему распространению естественных родов и ограничивая медицинское вмешательство только теми случаями, когда таковое необходимо и должно своевременно осуществляться. Такой анализ позволит нам также воспользоваться едиными выбранными индикаторами для мониторинга и оценки наших успехов не только внутри страны, но и в сравнении с другими европейскими государствами, что, в свою очередь, будет способствовать обеспечению самых высоких стандартов качества акушерского и перинатального ухода.

Petr Velebil, MD, PhD

Руководитель перинатального центра,
Институт здоровья матери и ребёнка,
Прага, Чешская Республика
velebilp@seznam.cz

Литература

1. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. May 2013. Available www.europeristat.com
2. WHO Regional Office for Europe: *Quality Development in Perinatal Care: The OBS-QID Project. Report on a WHO Meeting*. Oporto, Portugal, 23–24 June 2000.
3. Institute of Health Information and Statistics: *Mother and newborn 2000-2011*. Prague 2001-2013. Доступно на сайте www.uzis.cz

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В УКРАИНЕ: ЧАСТОТА И ПОКАЗАНИЯ

По официальной статистике, доля кесаревых сечений (КС) в Украине возросла с 9,2% в 1998 до 16,5% в 2012 (1), хотя этот показатель варьирует по родильным домам и по регионам страны. В Донецкой области Украины с населением 4,7 миллиона доля КС выше, чем в остальной стране. В 2010 в области было 41 235 родов, с долей КС 17,3 %, а в 2012 было 43 071 родов с 17,7% КС. Хотя эта доля КС не слишком превышает процент, рекомендуемый ВОЗ - 10-15% (2), мы сочли, что важно понять, какие факторы влияют на частоту КС в Донецкой области.

Наше исследование состояло из двух частей. В первой собраны и проанализированы агрегированные данные по 44 родильным домам Донецкой области, в юго-восточной части Украины, за 2010 и 2012 годы. Специально разработанный и утвержденный бланк был разослан в родильные дома и заполнен административным персоналом каждой больницы. При анализе данных использовались показания к КС и степень необходимости КС. Степень необходимости КС документировалась по следующей стандартной схеме:

- 1 – Непосредственная угроза жизни женщины или плода;
- 2 – Неудовлетворительные состояния матери или плода, не несущие немедленной непосредственной угрозы жизни;
- 3 – Состояние матери и плода удовлетворительно, но необходимо ускорение родов;
- 4 – Время родов, удобное для женщины или персонала.

Эта категоризация основана на обновленных доказательно обоснованных национальных рекомендациях по КС, утвержденных в Украине в 2011 и внедренных во всех родильных домах с 2012. Были применены описательная статистика и коэффициент риска (ОР 95% ДИ).

Во второй части нашего исследования собраны данные из двух родильных домов со сходной долей преждевременных родов. Больница 1 – это больница третьего уровня, где данные собирались в январе-июне 2010, а больница 2 – больница второго уровня, где данные собирались в течение всего 2012 года. При анализе данных использовалась классификация КС Робсона. Эта система классификации использует 4 акушерских характеристики (паритет, тип родов, гестационный возраст, предлежание/количество плода/ов) для классификации женщин по 10 группам, она легко воспроизводима и наименее подвержена ошибкам. Данные были получены из архивных журналов учета и обработаны на компьютере.

Результаты

Данные о вкладе каждого показателя в общую долю КС представлены в Таблице 1. Самым распространенным показанием

Таблица 1. Вклад каждого показания к КС в общую частоту КС в Донецкой области Украины в 2010 и 2012 года (агрегированные данные по 44 родильным домам)

| Показания к КС в соответствии с национальным протоколом | Доля КС по различным показаниям в общем количестве родов и общем количестве КС | | | | | |
|---|--|--------------|-----------|---------------------|--------------|------------|
| | 2010 (всего 41 253) | | | 2012 (всего 43 071) | | |
| | Количество | % всех родов | % всех КС | Количество | % всех родов | % всех КС |
| Механическое препятствие для родов через естественные родовые пути (тазовое, тканевое, опухоль) | 486 | 1.18 | 6.80 | 123 | 0.29 | 1.61 |
| Рубец на матке (предыдущее КС) | 1559 | 3.78 | 21.80 | 1932 | 4.49 | 25.41 |
| Предлежание плаценты/ Отслойка плаценты | 595 | 1.44 | 8.32 | 542 | 1.26 | 7.13 |
| Тяжелая преэклампсия | 388 | 0.95 | 5.43 | 322 | 0.75 | 4.23 |
| Общие заболевания в соответствии с национальным протоколом | 79 | 0.19 | 1.10 | 98 | 0.23 | 1.29 |
| Общие заболевания (не вошедшие в национальный протокол) | 466 | 1.13 | 6.52 | 268 | 0.62 | 3.52 |
| Повышенный риск передачи инфекции (ВИЧ, ВПГ) | 94 | 0.23 | 1.31 | 184 | 0.43 | 2.42 |
| Тазовое предлежание | 602 | 1.46 | 8.42 | 826 | 1.92 | 10.86 |
| Патология плода (требует КС по национальному протоколу) | 3 | 0.01 | 0.04 | 5 | 0.01 | 0.07 |
| Высокий перинатальный риск (не по национальному протоколу) | 553 | 1.34 | 7.73 | 505 | 1.17 | 6.64 |
| Аномальное родовой деятельности | 551 | 1.34 | 7.70 | 554 | 1.29 | 7.29 |
| Затрудненные Остановка родов | 745 | 1.81 | 10.42 | 858 | 1.99 | 11.28 |
| Дистресс плода | 696 | 1.69 | 9.73 | 1078 | 2.50 | 14.18 |
| Выпадение пуповины | 87 | 0.21 | 1.22 | 82 | 0.19 | 1.08 |
| Многоплодная беременность | 70 | 0.17 | 0.98 | 226 | 0.52 | 2.97 |
| Клиническая смерть матери | 2 | 0.005 | 0.03 | 1 | 0.002 | 0.01 |
| Отсутствие информации | 176 | 0.43 | 2.46 | данных нет | данных нет | данных нет |
| Общее количество КС | 7152 | 17.34 | 100 | 7604 | 17.65 | 100 |



**Iryna
Mogilev-
kina**



**Inna
Kukuruza**



**Oleg
Belousov**



**Svetlana
Makarova**

к КС было предшествующее КС (рубца на матке), которое отмечено в 3.78% всех родов и в 21.79% всех КС в 2010, и в 4.49% всех родов и в 25.41% всех КС в 2012. Интересно, что частота возросла в 1.2 раза (95% ДИ 1.1 – 1.3) с 2010 по 2012, несмотря на утверждение в стране в 2011 и внедрение доказательно обоснованных национальных рекомендаций, поддерживающих роды через естественные родовые пути после КС. Неясно, объясняется ли это выбором клиентов или решениями медперсонала. Доля тазового предлежания плода как показателя к КС также увеличилось в данный период (ОР 1.3, 95% ДИ 1.1-1.6), так же как и доля дистресса плода (ОР 1.5, 95 % ДИ 1.4 – 1.6), многоплодных беременностей (ОР 3.1, 95% ДИ 2.4 – 4.1) и риска передачи инфекции (КР 1.9, 95% ДИ 1.5 – 2.4). В 2010 примерно 14 % и в 2012 примерно 10% всех КС выполнялись по показаниям не соответствующим национальным рекомендациям или не указанным в них (в категориях заболеваний матери и перинатальных рисков). Так как КС по просьбе матери не было утверждено как показание к КС в национальных рекомендациях, мы полагаем, что эти две категории могут в реальности отражать просьбу матери сделать КС. Высокий процент КС из-за дистресса плода тоже представляет особый интерес, так как этот процент можно снизить при использовании дополнительных технологий наблюдения за плодом. Сейчас возможности мониторинга плода в Украине ограничены, и мы полагаемся в основном на периодическую аускультацию. Кардиотокография (КТГ) плода используется редко в силу отсутствия расходных материалов (бумажная регистрационная лента) и недостаточных навыков интерпретации КТГ у медперсонала. К сожалению, так как для целей исследования были собраны лишь агрегированные данные, мы не могли установить корреляцию дистресса плода как показателя к КС с состоянием новорожденных.

Анализ категорий КС по степени неотложности, выявил, что 47% всех случаев относились к 1-й и 2-й категориям неотложности, то есть требовали немедленных мер. 33% КС были проведены по выбору, и еще 20% были запланированы по выбору, но проведены в экстренном порядке до запланированной даты по непредвиденным показаниям (например, начало родов или преждевременный разрыв плодных оболочек). Это делало КС еще более неотложным и для пациентки, и для медперсонала.

Результаты анализа частоты КС с использованием классификации Робсона (Таблица 2) по двум больницам выявили различия в общей доле КС (28.45% в больнице 1 и 16.48% в больнице 2). Хотя собранные данные относились к разным годам (соответственно 2010 и 2012), учитывая относительно небольшой интервал в сборах данных, можно предположить, что доля КС в каждой больнице в этот период значительно не изменялась. Было бы полезно в дальнейшем оценить, объясняется ли различие разным контингентом пациенток, различиями в сложившейся практике, или и тем, и другим. Применение этой системы также выявило похожие группы женщин, которые с наибольшей вероятностью рожали с применением КС. Это группа 1 (первородящие женщины с одноплодной беременностью и головным предлежанием плода, >37-недельным сроком и спонтанными родами, и группа 5 (все повторнородящие, по крайней мере, с одним рубцом на матке, с одноплодной беременностью и головным предлежанием плода, >37-недельным сроком) в обеих больницах и группа 2 (первородящие женщины с одноплодной беременностью и головным предлежанием плода, >37-недельным сроком, у которых роды были или индуцированы, или произошли путем КС до начала родовой деятельности) в больнице 1. Эти группы заслуживают более подробного анализа для понимания факторов, обуславливающих их роль в общей частоте КС.

Выводы

Для выявления факторов, связанных с долей КС в Донецке, могут использоваться различные методы. Методы, учитывающие показания, дают информацию о том, почему проводилось КС, методы, учитывающие неотложность, дают информацию о том, когда оно проводилось, а методы, учитывающие состав женщин, дают информацию о том, кого родоразрешают путем КС. Сочетание этих методов позволит нам лучше понять, делается ли КС тем, кому оно необходимо, и своевременно ли. Наш анализ в Украине помог выявить группы и показания, требующие дальнейшего анализа, для лучшего понимания того, как пациенты, аспекты сложившейся практики и политики влияют на частоту выполнения КС, а также для определения потенциально необходимых изменений.

Ирина Могилевкина, врач, д.м.н., профессор
Кафедра акушерства и гинекологии
Одесский государственный университет
Одесса, Украина

Инна Кукуруза, врач
Главный акушер и гинеколог
Винницкая областная гос. администрация, департамент здравоохранения и курортов
Зам. глав. врача родильного отделения, Винницкая районная больница
Винница, Украина

Олег Белоусов, врач, к.м.н.
начальник отдела
Донецкий районный центр здоровья матери и ребенка
Донецк, Украина

Светлана Макарова, врач
Главный акушер и гинеколог
Отдел здравоохранения,
Городской совет Мариуполя
Главврач гинекологической клиники больницы номер 2 Мариуполя
Мариуполь, Украина

Контакты: imogilevkina@gmail.com

Литература

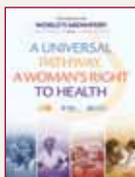
1. Golubchikov N, Rudenko M. *Health state of womens' population of Ukraine in 2012.* Kiev, 2013.
2. World Health Organization: Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985, 326(8452):436-7.



The European Perinatal Health Report 2010, Europeristat, 2013. (Европейский доклад перинатального здоровья 2010 г.)

Этот всеобъемлющий доклад дает прекрасный обзор состояния перинатального здоровья в Европе. Издание доступно на английском языке на:

<http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>



The State of the World's Midwifery 2014. A Universal Pathway. A Woman's Right to Health, UNFPA, 2014. (Отчет по состоянию дел акушерок. Универсальный путь. Право женщины на здоровье)

Этот доклад подчеркивает прогресс, тенденции, препятствия и проблемы, стоящие перед акушерками, используя данные из 73 страны с низким и средним уровнем доходов. Доклад доступен на английском, французском и испанском языках на:

<http://www.unfpa.org/sowmy>



Making the Case for Midwifery: A toolkit for using evidence from the State of the World's Midwifery 2014 Report to create policy change at the country level, UNFPA, 2014. (Руководство для использования доказательств, представленных в отчете по состоянию дел акушерок)

Руководство для дальнейшего улучшения безопасности родов и здоровья матери и новорожденного во всем мире. Руководство доступно на английском и французском языках на:

<http://www.unfpa.org/resources/state-world%E2%80%99s-midwifery-2014-advocacy-toolkit>



Рожденные слишком рано: Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов, ВОЗ, 2012.

В докладе представлены глобальные тенденции и оценочные показатели преждевременных родов, а также приоритетные направления действий всех научно-исследовательских программ и политики. Доклад доступен на английском и русском языках на:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/



Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals, WHO, 2009. (Кормление младенцев и детей младшего возраста: Модель для учебников для студентов медицинских вузов и медиков смежных специальностей)

Этот документ включает необходимые знания о грудном вскармливании и питании детей раннего возраста, которые специалисты здравоохранения должны приобрести в процессе обучения. Документ доступен на английском и испанском языках на:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding/en/



Planning guide for national implementation of the Global strategy for infant and young child feeding, WHO, UNICEF, 2007. (Руководство для внедрения Глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста в странах)

Документ включает конкретные шаги как превратить цели и задачи Глобальной стратегии в реальность и разработать национальные стратегии и планы действий. Документ доступен на английском языке на:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding/en/



Long-term effects of breastfeeding: a systematic review, WHO, 2013. (Долгосрочное влияние грудного вскармливания: систематический обзор)

Как продолжение обзора ВОЗ, опубликованного в 2007 г., этот документ предоставляет всесторонний обзор долгосрочных преимуществ грудное вскармливания. Документ доступен на английском языке на:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/



Report: Prevalence of and reasons for sex selective abortions in Armenia, UNFPA, 2012. (Доклад: Распространенность и причины селективных абортов по половому принципу в Армении)

Использование обследования женщин, которые имели беременность, о их отношении к выбору по половому принципу и факторов влияющих на это. Доклад доступен на английском языке на:

<http://eeca.unfpa.org/publications/prevalence-and-reasons-sex-selective-abortions-armenia>



Lisa Avery



Sex Imbalances at Birth in Albania, UNFPA, World Vision, 2012. (Дисбаланс полов при рождении в Албании)

В настоящем докладе рассматриваются, что, как и почему влияет на выбор пола и дисбаланс в Албании. Доклад доступен на английском языке на:

<http://eeca.unfpa.org/publications/sex-imbbalances-birth-albania>



Mechanisms behind the Skewed Sex Ratio at Birth in Azerbaijan. Qualitative and Quantitative Analyses, UNFPA, 2014. (Механизмы в основу неравного соотношения полов при рождении в Азербайджане. Качественный и количественный анализ)

Выводы исследований, представленные в докладе, указывают на способствующие факторы и решения проблемы неравного соотношения полов при рождении в Азербайджане. Документ доступен на английском языке на:

<http://eeca.unfpa.org/publications/mechanisms-behind-skewed-sex-ratio-birth-azerbaijan>



Hospital care for mothers and newborn babies quality assessment and improvement tool, WHO Regional Office for Europe, 2014. (Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным, ВОЗ, 2014.)

Европейский региональный бюро ВОЗ представляет обновленную версию инструмента опубликованного в 2009 г. систематического, основанного на стандартах подхода для улучшения качества медицинских услуг матерям и новорожденным. Инструмент доступен на английском и русском языках по адресу:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool>



The Lancet Midwifery Series, Lancet 2014. (Ланцет, Серия по вопросам работы акушерок).

Это издание Lancet ставит потребности женщин и новорожденных в центре внимания, представляя международные исследования о роли и важности акушерок в улучшении качества услуг матерям и детям. Журнал доступен на английском языке на:

<http://www.thelancet.com/series/midwifery>

Полезные веб-сайты, предстоящие события и курсы

EURO-PERISTAT: www.europeristat.com

Global Alliance to Prevent Preterm Birth and Stillbirths (GAPPS): www.gapps.org

Preterm Birth International Collaborative (PREBIC): www.Prebic.org

European Midwives Association: www.europeanmidwives.com

European Association of Perinatal Medicine: www.europerinatal.eu

Inaugural Preterm Birth Prevention, Discovery and Innovation Meeting. May 7 2015, Florence, Italy.
More information available at: www.Prebic.org

PREBIC Annual Scientific Meeting and Workshop. May 8-10 2015, Florence, Italy.
More information available at: www.Prebic.org

Second European Congress on Intrapartum Care. Making Birth Safer. May 21-23 2015, Porto, Portugal.
More information available at: www.ecic2015.org

12th World Congress of Perinatal Medicine. Nov 3-6 2015 Madrid, Spain.
More information available at: www.wcpm2015.com

1st Congress of Joint European Neonatal Societies. Sept 16-20 2015, Budapest, Hungary.
More information available at: www.jens2015.eu

European Spontaneous Preterm Birth Congress. Gothenburg, Sweden, May 2016.
More information available at: www.espbcc.eu

Women Deliver. Copenhagen, Denmark, May 16-19 2016. More information available at: www.womendeliver.org

Entre Nous

*The European Magazine
for Sexual and Reproductive Health*

WHO Regional Office for Europe
Division of Noncommunicable Diseases and
Promoting Health through the Life-course

Sexual and Reproductive
Health Programme

UN City

Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00

www.euro.who.int/entrenous

2080?

Entre Nous