



ЕВРОПА

**Какова
действенность/эффективность,
и каковы финансовые и
организационные аспекты
дороговой помощи?**

Декабрь 2003 г.

АННОТАЦИЯ

Сводный доклад по дородовой/перинатальной помощи Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ).

Дородовая помощь, известная также как антенатальная или перинатальная помощь, – это комплекс медицинских услуг, которые беременная женщина получает от организованной системы медицинского обслуживания. Число различных дородовых услуг, оказываемых в ходе примерно 12–16 посещений беременной женщиной медицинского учреждения, является весьма значительным. Цель дородовой помощи – предупредить или своевременно выявить и скорректировать состояния, которые могут угрожать здоровью плода/новорожденного и/или матери, а также помочь женщине сформировать позитивную установку по отношению к беременности и родам. Дородовая помощь может внести значительный вклад в достижение этой цели и, в частности, она может помочь обеспечить новорожденному хороший старт в жизни.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание: Vanta D (2003) Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи? What is the efficacy/effectiveness of antenatal care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E82996.pdf>, accessed 30 December 2003).

Ключевые слова

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ
– ЭКОНОМИКА-
ОРГАНИЗАЦИЯ И
УПРАВЛЕНИЕ
ОСЛОЖНЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ –
ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА
МАТЕРИНСКОЕ
БЛАГОПОЛУЧИЕ
АНАЛИЗ ПО КРИТЕРИЮ
ЗАТРАТЫ-ПОЛЬЗА
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ
МЕДИЦИНА
ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МЕТОДЫ В ПОДДЕРЖКУ
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	5
Существо вопроса	5
Фактические данные	5
Рекомендации в отношении политики	6
Введение	6
Источники для данного обзора	8
Результаты научных исследований и другие фактические данные	8
Меры дородовой помощи, эффективность которых доказана	8
Меры дородовой помощи, эффективность которых не доказана	12
Текущее обсуждение данной темы	13
Другие аспекты	14
Эффективность дородовой помощи по отношению к затратам	14
Этические аспекты дородовой помощи	15
Успешные примеры в Европейском регионе	15
Неуспешные примеры в Европейском регионе	16
Условия для успешной реализации	16
Выводы	17
Литература	18
Приложение 1. Перинатальная и материнская смертность	21
Приложение 2. Стратегия поиска	27
Приложение 3. Контрольный список основных компонентов новой модели оказания антенатальной помощи, разработанной ВОЗ	28

Резюме

Существо вопроса

Дородовая помощь, известная также как антенатальная, или перинатальная помощь, – это комплекс медицинских услуг, которые беременная женщина получает от организованной системы медицинского обслуживания. Число различных дородовых услуг, оказываемых в ходе примерно 12–16 посещений беременной женщиной медицинского учреждения, является весьма значительным. Цель дородовой помощи – предупредить или своевременно выявить и скорректировать состояния, которые могут угрожать здоровью плода/новорожденного и/или матери, а также помочь женщине сформировать позитивную установку по отношению к беременности и родам. Дородовая помощь может внести значительный вклад в достижение этой цели и, в частности, она может помочь обеспечить новорожденному хороший старт в жизни.

Очень часто задают вопросы относительно той пользы для здоровья, которую приносит дородовая помощь, особенно в сопоставлении со связанными с нею расходами. Ввиду ограниченности ресурсов медицинских служб и широкого диапазона услуг, оказываемых в рамках антенатальной помощи, очень важно ответить на эти вопросы, так как медицинская помощь должна быть уместной, эффективной с точки зрения затрат и ориентированной на удовлетворение потребностей конкретных беременных женщин.

Фактические данные

Исследования-наблюдения убедительно показали, что дородовая помощь позволяет предупредить проблемы со здоровьем как у матери, так и у ребенка. Однако до относительно недавнего времени очень мало было известно о том, какие элементы дородовой помощи являются особенно ценными. Результаты научных исследований показывают, что многие дородовые услуги или вмешательства либо не являются необходимыми, либо их польза все еще не доказана. Тем не менее, новые элементы дородовой помощи и новые схемы посещения женских консультаций или врача-гинеколога продолжают внедряться в практику без предварительной научной оценки.

Говоря в целом, дородовая помощь является относительно дорогостоящей. В многострановом рандомизированном исследовании, проведенном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), средняя стоимость этого вида помощи в расчете на одну беременную женщину составила в 1996 г. около 3000 долл. США. Наибольший удельный вес расходов на дородовую помощь приходится на вмешательства, предпринимаемые в связи с предполагаемыми при ведении беременности проблемами. Таким образом, этот вид медицинской помощи следует подвергнуть тщательной оценке, а сами антенатальные услуги должны тщательно планироваться. ВОЗ разработала и провела оценку упрощенной модели оказания дородовой помощи (1), а также провела крупномасштабное исследование, показавшее, что данная модель не только приносит такую же пользу, как и более сложные модели, но и позволяет экономить финансовые ресурсы.

Рекомендации в отношении политики

1. Дородовая помощь – это один из самых важных видов медицинского обслуживания населения. Каждая беременная женщина должна иметь полный доступ к такой помощи.
2. Чрезмерные, ненужные и непроверенные процедуры часто назначаются женщинам с нормальным ходом беременности. Разработанная ВОЗ упрощенная модель оказания дородовой помощи, основанная на фактических данных, свидетельствующих о ее пользе, представляется вполне адекватной.
3. Многие вмешательства в период беременности никогда не подвергались оценке, и в этой области имеется огромная потребность в большем числе научных исследований.

Автор данного сводного доклада:

Профессор David Banta, M.D., MPH

Старший консультант Всемирной Организации Здравоохранения

Европейский консультативный комитет по исследованиям в области здравоохранения (ЕККИОЗ)

Эл. почта: Hdavidbanta@cs.com

Введение

Беременность является одним из важнейших периодов в жизни женщины, семьи и общества. Поэтому в системах оказания медико-санитарной помощи большинства стран антенатальной помощи уделяется особое внимание. Целью дородовой помощи является предотвращение проблем, связанных с здоровьем как у младенца, так и у матери, а также обеспечение хорошего начала жизни каждому новорожденному ребенку. Помощь, которая предоставляется, должна быть надлежащей и не чрезмерной. Необходимо постоянно внедрять новые технологии, а менее современные услуги следует подвергнуть пересмотру. Каждой беременной женщине следует предоставлять индивидуализированную помощь в соответствии с ее собственными потребностями и пожеланиями.

Понятие антенатальной помощи в рамках данного доклада включает весь спектр помощи, которую беременная женщина получает от организованных медико-санитарных служб (2). Она преследует следующие основные задачи:

- раннее выявление факторов, которые могут повысить перинатальный риск как у отдельных женщин, так и у членов наиболее уязвимых групп;
- осуществление вмешательств с целью улучшения исхода беременности;
- обучение и просвещение всех лиц, предоставляющих или получающих помощь; и
- содействие в превращении беременности и родов в позитивное событие жизни.

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Аntenатальная помощь охватывает период времени, начиная с планирования беременности до раннего неонатального и послеродового периода. В рамках медико-санитарных служб обычно считается, что этот период начинается с первого обращения по поводу беременности и продолжается вплоть до деторождения. Модель антенатальной помощи в том виде, как она представлена в странах Западной Европы, Северной Америки и многих других странах, включает 12-16 посещений медико-санитарных служб беременной женщиной, а также посещений медицинским персоналом беременной женщины на дому. Обычно при первом обращении собирается подробный социальный, семейный, медицинский и акушерский анамнез, проводится полный физический осмотр, а также оценка риска, что требует проведения широкого спектра лабораторных исследований. Во время последующих посещений обычно проводятся менее сложные осмотры, хотя некоторые виды обследования проводятся в ходе каждого посещения. На более поздних этапах беременности основное внимание направлено на развитие плода и подготовку безопасных родов.

В современную практику антенатального наблюдения начинает входить все большее количество сложных обследований и вмешательств. Помимо всех этих обследований и лечения каких-либо неблагоприятных состояний, выявляемых в процессе осмотров и обследований, с беременной женщиной может также проводиться просветительская работа по вопросам, касающимся ее состояния и предстоящих родов, может также предоставляться психологическая и социальная поддержка со стороны медико-санитарных служб. В результате во многих странах в отношении каждой беременной женщины проводится в среднем 150 или более анализов/обследований/вмешательств. Такой широкий набор обследований и вмешательств весьма затрудняет проведение оценки антенатальной помощи в целом.

Обычно предполагается, что антенатальная помощь достигает поставленных целей. Поэтому основное внимание при оценке результативности и экономической эффективности антенатальной помощи обращают на отдельные обследования и вмешательства, а также на показания к их назначению. В рамках данного доклада не представляется возможным кратко охарактеризовать каждое из возможных вмешательств, но некоторые, важнейшие из них, будут освещены.

У подавляющего числа женщин беременность разрешается нормально без особых вмешательств. В развитых странах показатель перинатальной смертности колеблется от 5 до 10 на 1000 (рис. 1 и 2 в приложении 1). Столь низкие показатели риска трудно поддаются улучшению. В менее богатых странах существуют более высокие показатели осложнений, которые можно улучшить, прибегая к относительно простым мерам антенатальной помощи.

Оценку дородовой помощи можно осуществлять путем проведения хорошо спланированных клинических испытаний каждого вмешательства (3). В идеале такую оценку следует проводить в ходе рандомизированного контролируемого испытания (РКИ), в рамках которого беременных женщин по принципу случайной выборки включают либо в экспериментальную группу, в которой проводится конкретное вмешательство, либо в контрольную группу. Разница в конечных результатах между двумя группами, отраженная в таких показателях, как перинатальная материнская смертность, показатель осложнений и доля родов с использованием операции кесарева сечения или оперативных вмешательств при вагинальном родоразрешении, указывает на

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

потенциальную ценность вмешательств. Исследования, основанные на наблюдении, также могут пролить некоторый свет на полезность этих показателей. Кроме того, в освещении различных других аспектов антенатальной помощи могут помочь исследования по критерию качества (социальная наука).

Источники для данного обзора

Существует большое количество систематических обзоров фактических данных, касающихся значимости антенатальной помощи. Данный обзор преимущественно основывался на докладах целевой группы по вопросам работы профилактических служб Соединенных Штатов Америки (USPSTF) (4), которые включают систематические обзоры ряда важных вмешательств, используемых в практике дородовой помощи; на докладах Кокрановского сообщества; на результатах крупного сводного обзора имеющихся научных данных, составленного Chalmers, Enkin и Keirse (5); а также на информации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), Женева. В Приложении 2 более подробно представлена информация по стратегии, использованной в поиске литературных источников.

Многие исследования проводились в разных странах и условиях, поэтому может оказаться затруднительным экстраполировать выводы на другие условия. В связи с этим рекомендуется с осторожностью относиться к интерпретации результатов, представленных в сводном докладе.

Результаты научных исследований и другие фактические данные

Меры дородовой помощи, эффективность которых доказана

Все основные виды деятельности антенатальной помощи можно разделить на три категории:

1. проведение скрининга с целью выявления медицинских и социально-экономических факторов, которые могут увеличить возможность конкретных неблагоприятных конечных результатов;
2. осуществление лечебных вмешательств, которые обоснованно считаются благоприятными;
3. обучение беременных женщин и информирование их по вопросам планирования безопасных родов, возможных неотложных состояний, которые могут возникать во время беременности, и о мерах, которые следует предпринять в этих случаях.

В ряде последних обзоров рассматриваются схемы осуществления антенатального наблюдения в случае беременности низкого риска. Обзор имеющейся литературы указывает на то, что объем и интенсивность оказания антенатальной помощи могут быть сокращены в отношении женщин из группы низкого риска без каких-либо неблагоприятных последствий для здоровья (6, 7) (см. ниже в разделе «Текущие обсуждения в данной области»). Однако следует отметить, что понятие «низкого риска»

не имеет достаточно четкого определения, равно как и диагноз «высокий риск» не имеет точного определения, что ведет к большому количеству ненужных вмешательств во время беременности.

USPSTF рассматривает ряд аспектов антенатальной помощи. Рекомендуется применение следующих мер:

- «Всем беременным женщинам при первом посещении медицинского учреждения по поводу беременности рекомендуется проводить измерение артериального давления для выявления возможной преэклампсии; и далее в течение всей беременности периодически измерять артериальное давление с той же целью.» (4, стр. 419). В других источниках литературы также акцентируется важность такого рода скрининга и лечения высокого артериального давления в случае его выявления (8, 9).
- «Всем беременным женщинам в ходе первого посещения по поводу беременности следует назначать проведение типирования крови по D (ранее - резус-фактор) и обследование на наличие антител. Женщинам с резус D-отрицательной принадлежностью рекомендуется повторное обследование на наличие антител в сроки 24-28 недель беременности. В ходе составления Кокрановского обзора по этой теме было обнаружено, что проведение обследования и лечения действительно предотвращает аллоиммунизацию, но что польза от этих мер по сравнению с лечением проблем, возникающих позднее в связи с последующими беременностями, может быть небольшой» (4, стр. 425). Поскольку лечение требует больших материальных затрат, то решение о проведении такого научно-обоснованного лечения зависит от местных условий (10).
- «Беременным женщинам и младенцам группы высокого риска рекомендуется обследование на наличие анемии, вызванной недостаточностью содержания железа, путем определения уровня гемоглобина или гематокрита». (4, стр. 231). При составлении Кокрановского обзора по этой теме (10) было обнаружено, что лечение анемии действительно приводит к высокому содержанию железа в крови на момент родов, но что не существует достоверных свидетельств того, что при этом улучшается здоровье матери или ребенка. Немного данных имеется в отношении территорий, где недостаточность железа широко распространена, и где анемия представляет собой серьезную проблему для здоровья.
- «Предложение проведения амниоцентеза или биопсии ворсинки хореона (БВХ) с целью распознавания хромосомных нарушений рекомендуется беременным женщинам из группы высокого риска рождения ребенка с синдромом Дауна. Всем беременным женщинам из группы низкого риска рекомендуется предлагать проведение исследования ряда биохимических показателей в сыворотке крови в качестве альтернативы исследованию путем проведения амниоцентеза и биопсии ворсинки хореона, которые рекомендуется проводить женщинам с высокой степенью риска» (4, стр. 449).
- «Следует проводить консультирование беременных женщин по вопросу о возможном вредном влиянии курения на плод и здоровье ребенка. Некоторым пациенткам можно назначать использование никотиновых полосок или жвачки для облегчения отказа от курения» (4, 12) В Кокрановском обзоре подтверждается (13), что меры, направленные на прекращение курения во время беременности, эффективны в профилактике рождения младенцев с низкой массой тела и преждевременных родов.

- Рекомендуется обеспечение беременных женщин конкретными рекомендациями по питанию с целью улучшения здоровья матери и плода (4, стр. 625).

Среди других важных вмешательств, которые были рассмотрены и рекомендованы Кокрановским содружеством как эффективные, следует отметить следующее:

- антиретровирусная терапия для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (в ходе одного рандомизированного испытания было показано, что эффективна даже одна доза) (14);
- лечение асимптоматической бактериурии (содержание бактерий в моче) антибиотиками (15);
- назначение кортикостероидов при преждевременных родах (включая плановые преждевременные роды) (16);
- лечение антибиотиками диагностированного во время беременности сифилиса (17);
- лечение диабета во время беременности (18); и
- назначение сбалансированных белковых/энергетических добавок во время беременности, что, по всей вероятности, является благоприятной мерой (19).

Значительную важность представляет собой консультирование беременных женщин относительно возможного влияния употребления алкоголя во время беременности на здоровье плода и ребенка (20).

В определенных обстоятельствах эффективными оказались и другие конкретные вмешательства, среди которых противомаларийная профилактика, назначение пищевых добавок кальция и йода. Лечение Chlamydia и гонореи являются вмешательствами, которые по всей вероятности, являются эффективными.

Мы упомянули вмешательства, которые относятся к наиболее важным мерам в процессе оказания эффективной антенатальной помощи. Chalmers, Enkin и Keirse (5) приводят большой перечень вмешательств, эффективность которых была установлена к 1989 году. Мы еще не упомянули о двух важных вмешательствах, которые являются необходимыми и эффективными в процессе оказания антенатальной помощи, а именно: дородовые курсы и «жесткий» контроль за диабетом.

Дородовые курсы включают в себя широкий спектр услуг с различной концепцией и большими различиями в содержательной части. Общими чертами таких курсов обычно являются рассмотрение механизмов родов и родоразрешения, обсуждение актуальных вопросов участниками, методы релаксации, а также контролируемое дыхание или методы концентрации внимания, которые женщины могут использовать в процессе родов. Часто на курсах занимаются также их партнеры и друзья. Трудно дать оценку таким курсам в целом из-за широкого спектра предлагаемых услуг. Имеются доказательные данные (21), свидетельствующие о том, что женщины, принимавшие участие в таких курсах, в процессе родовой деятельности испытывают меньшую боль, и им требуется меньше обезболивающих лекарственных средств, однако в целом существует весьма мало данных об эффективности дородовой подготовки (22). С уверенностью можно сказать, что проведение таких курсов способствует оказанию антенатальной помощи, в большей степени ориентированной на женщину (21), что уже является хорошим результатом. В отсутствие исследований с совершенно определенными выводами относительно эффективности таких курсов эксперты все же рекомендуют всем беременным женщинам посещать дородовые курсы.

Эффективное лечение диабета может предотвратить серьезные осложнения. Материнский диабет может привести к возникновению ряда проблем, таких как высокая масса тела при рождении, инфекции мочевыводительного тракта, гипертензия, преждевременные роды, развитие дистресс-синдрома у новорожденного, увеличение числа родоразрешений путем кесарева сечения и высокая перинатальная смертность. Эффективное лечение диабета во время беременности в большой степени может предотвратить возникновение этих проблем. (23) Тем не менее, продолжается обсуждение вопроса о том, должен ли осуществляться «очень жесткий» или «жесткий» контроль за диабетом. Walkinshaw (18) не обнаружил данных, свидетельствующих о необходимости осуществлять «очень жесткий» контроль, а не просто «жесткий» контроль. Хантер (23) также указывает на необходимость улучшения наблюдения за беременной женщиной с диабетом путем осуществления меньшего количества вмешательств, при этом избегая вмешательств, польза которых не доказана. С другой стороны, лечение гестационного диабета – то есть женщин, у которых наблюдается вызванные беременностью отклонения от нормы уровня глюкозы - не имеет доказанной пользы, но приводит к определенным вредным побочным эффектам. Walkinshaw (24) обнаружил не достаточно фактических данных для оценки лечения гестационных форм диабета с помощью изменений в рационе питания. Совершенно необходимо проведение исследований для установления рисков и методов лечения в этой области (25).

Важным вопросом, который все еще дискутируется во многих странах, является вопрос о том, должен ли наблюдать за каждой беременной женщиной врач (или врач-акушер). В ряде стран, особенно странах Скандинавии и северной Европы, акушерка является независимым практикующим медработником, который имеет юридическое право оказывать акушерскую помощь без курации со стороны врача, неся ответственность за беременную в качестве основного лица, оказывающего уход. Имеющиеся фактические данные (6, 12, 26) указывают на то, что помощь со стороны акушерок приводит к равноценным результатам, при этом имея некоторые преимущества по сравнению с врачебным наблюдением, а именно значительно более низкую частоту вмешательств и большую степень удовлетворенности женщин. Таким образом, имеются веские доказательства того, что антенатальная помощь, предоставляемая акушерками и врачами, приводит к одинаковым медицинским исходам. Однако следует отметить, что эти данные относятся к акушеркам, прошедшим специальную подготовку в этой области, и могут быть не применимы к другим лицам, которые могут именоваться акушерками.

Hodnett (27) приходит к заключению о том, что трудно разграничить преимущества, которые возникают благодаря ведению беременных акушерками и преимущества, возникающие благодаря непрерывности (преемственности) в оказании медицинской помощи. Однако с уверенностью можно сказать, что проведение непрерывного дородового наблюдения со стороны одного и того же медицинского работника имеет вполне отчетливые преимущества. Hodnett выявил два рандомизированных испытания по вопросу о непрерывности, оба из которых были исследованиями хорошего качества, и в обоих из них проводились сравнения непрерывной помощи, охватываемой акушерками, с помощью, предоставляемой командой врачей и акушерок. Женщины, у которых антенатальное наблюдение проводилось по модели непрерывного наблюдения, с меньшей вероятностью поступали в больницу до родов, чаще посещали курсы по подготовке к родам и реже обращались с просьбами об обезболивающих медикаментах во время схваток и родоразрешения. Их новорожденные дети также с меньшей вероятностью

нуждались в реанимационных мероприятиях в момент рождения. Что касается важных результатов в отношении здоровья матерей и детей, то различий не наблюдалось. Кроме того, женщины в условиях непрерывной модели антенатального наблюдения скорее были удовлетворены оказываемой им помощью во время беременности, а также во время схваток и родоразрешения.

Имеющиеся фактические данные также свидетельствуют о важности социальной и психологической поддержки во время беременности. Исследования (28) выявили существенные преимущества социальной и психологической поддержки, а также свидетельства снижения частоты соматической заболеваемости у беременных женщин. В такого рода поддержку входит консультирование по вопросам существующих и возможных проблем, равно как и по вопросам нормальной беременности. Беременные женщины предпочитают непрерывное наблюдение и социальную и психологическую поддержку, при этом известно, что такая непрерывность благоприятно влияет на процесс, не приводя, по имеющимся данным, к неблагоприятным последствиям (5, 6, 27). Также эффективна поддержка со стороны медицинского работника во время схваток и родоразрешения (29, 30).

Меры дородовой помощи, эффективность которых не доказана

USPSTF выделяет ряд вмешательств во время беременности, благоприятность которых не была доказана фактическими данными. Это следующие вмешательства, которые весьма часто используются в ряде стран.

- «Не рекомендуется проведение обязательного ультразвукового исследования плода в третьем триместре беременности. Имеется недостаточно фактических данных в защиту или против проведения беременным женщинам из группы низкого риска обязательного ультразвукового исследования во втором триместре беременности» (4, стр. 407) В Кокрановском обзоре подтверждается (31), что польза от такого исследования для матери или ребенка не была зафиксирована.
- «Не рекомендуется проведение беременным женщинам из группы низкого риска в обязательном порядке электронного мониторинга за состоянием плода во время родовой деятельности. Существует не достаточно данных в защиту или против проведения электронного мониторинга за состоянием плода во время родов для беременных женщин из группы высокого риска.» (4, стр. 433)
- «Не достаточно фактических данных в защиту или против проведения мониторинга активности матки в домашних условиях у беременных женщин группы высокого риска в качестве скринингового теста для распознавания преждевременных схваток, однако могут быть даны рекомендации против использования такого метода по другим соображениям. Не рекомендуется использование этого метода беременным женщинам группы нормального риска.» (4, стр. 443) В Кокрановском обзоре (32) также содержится вывод об отсутствии преимуществ использования данного метода.

Chalmers, Enkin и Keirse (5) также приводят длинный список методов и способов практики, от которых следует отказаться в свете имеющихся фактических данных. Ниже

приводятся наиболее значимые из тех, что все еще широко практикуются во многих странах:

- принятие решений относительно ведения беременности без участия самой женщины;
- рекомендации относительно ограничений в прибавке веса; в последнем обновленном Кокрановском обзоре (33) приводится вывод о том, что такая рекомендация, по всей вероятности, не принесет пользы матери, а плоду, возможно, нанесет вред;
- постоянное измерение в плановом порядке прибавки в весе;
- ограничение в потреблении соли – рекомендация, которая, согласно обновленному Кокрановскому обзору(34), не имеет свидетельств приносимой пользы;
- измерение высоты стояния дна матки при каждом посещении врача или акушерки.

Хотя лечение высокого артериального давления, включая высокое давление, связанное с преэклампсией, является эффективным, вопрос о том, приносит ли пользу использование противосудорожных препаратов в этом случае, остается невыясненным (35). При использовании противосудорожных препаратов рекомендуется назначать сульфат магния.

Другой широко распространенной в мире практикой, полезность которой вызывает сомнение, является формализованный учет риска на основе балльной системы, при которой часто используются разработанные в местных условиях системы. Это не является хорошим методом прогнозирования исхода родов (36, 20, стр. 52). Такой учет риска в некоторых условиях может быть полезным в том смысле, что он может помочь обеспечить определенный уровень ухода в бедных странах и в таких условиях, когда женщина могла бы не получить соответствующего уровня ухода. Учет риска является составной частью новой модели ВОЗ, направленной на выявление беременностей низкого риска (смотри следующий раздел). Однако в условиях многих Европейских стран формализованный учет риска приводит к чрезмерным вмешательствам, особенно к лечению лекарственными средствами в профилактических целях и использованию ушивания шейки матки – хирургической процедуры с целью ее временного закрытия (37).

Текущее обсуждение данной темы

Основным предметом обсуждения в области оказания дородовой помощи является вопрос о том, какой объем услуг следует предлагать беременным женщинам из группы низкого риска. Хорошо известно, что такие женщины будут иметь хорошие исходы беременности как в отношении себя, так и в отношении своих детей без каких-либо вмешательств. Поэтому возникает вопрос о том, какой объем мониторинга и скрининга является достаточным?

Проведенные исследования продемонстрировали отсутствие влияния снижения интенсивности и числа посещений медицинского учреждения беременными женщинами из группы низкого риска на исходы родов в отношении матери и ребенка, но некоторые женщины, имевшие меньшее число посещений медицинского работника в течение

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

беременности, сообщают о том, что их ожидания в отношении ведения беременности оправдались не полностью.

Всемирная организация здравоохранения организовала многоцентровое и многострановое рандомизированное испытание с целью апробации новой модели плановой антенатальной помощи (38, 1). Новая модель включает осмотры и процедуры, эффективность которых доказана, и требует меньшего количества посещений медицинского работника в рамках наблюдения за беременностью (рекомендуется в среднем пять посещений вместо восьми, как это обычно принято) и меньшего количества вмешательств за исключением дополнительных вмешательств, установленных для особых случаев. Исходы беременности в двух группах оказались сходными. Однако женщины, которые наблюдались по новой модели, были в меньшей степени удовлетворены количеством посещений и интервалами между ними по сравнению с женщинами, которые наблюдались по обычной, стандартной модели. С другой стороны, большее количество женщин, наблюдавшихся по новой модели, считали, что врачи и акушерки уделили им примерно столько времени, сколько им требовалось. В двух странах тщательно изучался вопрос о затратах; была обнаружена тенденция к уменьшению затрат при использовании новой модели. Авторы отметили, что если бы все вмешательства, которые используются в рамках антенатальной помощи, были изучены и апробированы на эффективность, то это привело бы в результате к созданию еще более простой модели с меньшим количеством посещений.

Новая модель ВОЗ по ведению дородового наблюдения (39) основывается на таких фактических данных. Эта модель ориентирована на женщин, у которых нет свидетельств осложнений, связанных с беременностью, медицинских синдромов или важных факторов риска, связанных со здоровьем. В рамках такой модели предлагается четыре посещения медицинского работника, при этом прилагается подробный перечень всех важных и обоснованных вмешательств (см. приложение 3).

К сожалению, возможно, некоторые страны сокращают набор услуг, не учитывая положительного влияния социальной поддержки во время беременности. Попытки упразднить ненужные медицинские услуги, как представляется, является резонным. При этом, однако, сокращение времени человеческого контакта и ухода может быть неразумным и нежелательным.

Другие аспекты

Эффективность дородовой помощи по отношению к затратам

Хотя расходы на дородовую помощь должны быть обоснованными, очень немного исследований проведено по изучению вопросов затратности или экономической эффективности антенатальной помощи. Проблема заключается не в отсутствии надлежащих методов. Такие методы существуют и могут быть применены при проведении скрининга (4, 40, 41).

Тем не менее, следует отметить, что все более осознается необходимость учета экономической эффективности, и по крайней мере часть аргументов в пользу изменения

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

содержания антенатальной помощи основывается на соображениях эффективности по отношению к затратам. Например, ориентация на упрощение антенатальной помощи и сокращение степени ее интенсивности, по крайней мере, в отношении беременностей низкого риска, базируется на этих соображениях. Требуемые больших финансовых затрат технологические вмешательства, такие, как мониторинг активности матки в домашних условиях и проведение слишком большого количества ультразвуковых исследований в обычной практике, благоприятное действие которых не было доказано, в целом могут быть изъяты из обычной практики в отношении большинства беременных женщин, что приведет к сбережению ограниченных ресурсов практически без ущерба для исходов.

Как было отмечено в предыдущем разделе, представляется весьма вероятной возможность использования более простой модели оказания антенатальной помощи, особенно женщинам низкого риска, с меньшим количеством вмешательств и процедур и, возможно, с экономией средств. Однако в одном рандомизированном испытании, исследовавшем сокращение числа посещений медицинского работника беременными женщинами группы низкого риска, было обнаружено, что при снизившихся в результате этого затратах на оказание антенатальной помощи были зарегистрированы более высокие объемы оказания специальной или интенсивной помощи новорожденным. Кроме того, женщины были в меньшей степени удовлетворены в условиях упрощенной модели (42). С другой стороны, в ходе трех других рандомизированных испытаний (43, 44, 45) было обнаружено, что антенатальная помощь, предоставляемая акушерками - с одной стороны, и врачами - с другой, приводила к равноценным медицинским исходам, но в случаях с наблюдением со стороны только акушерки была зарегистрирована большая степень удовлетворенности женщин и меньшие издержки.

Резюмируя сказанное, можно сделать весьма ограниченное заключение относительно общей экономической эффективности антенатальной помощи. В то же время, имеются фактические данные, свидетельствующие о большей эффективности по отношению к затратам непрерывной помощи беременной женщине со стороны одного медицинского работника, такого как акушерка, по сравнению с помощью со стороны бригады медицинских работников, состоящей из врачей и акушерок.

Этические аспекты дородовой помощи

Основной этической проблемой в антенатальной помощи является вопрос о ее доступности. Если известно, что какое-либо вмешательство с очевидностью благоприятно для здоровья матери и ребенка, является ли этически не предоставлять его всем беременным женщинам в плановом порядке? С другой стороны, этично ли предоставлять интенсивную антенатальную помощь беременным женщинам из группы низкого риска, расходуя при этом имеющиеся скудные ресурсы, которые можно было бы использовать в других целях, и которые, возможно, наносят вред?

Успешные примеры в Европейском регионе

В большинстве стран западной Европы антенатальная помощь предоставляется всем беременным женщинам. Одним из положительных моментов такой политики являются исключительно хорошие результаты в отношении беременности.

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Неуспешные примеры в Европейском регионе

Основной проблемой дородовой помощи в Европе является неравномерный доступ к ней. В каждой стране западной Европы, как оказывается, обеспечивается полный охват беременных женщин антенатальной помощью. Что касается восточной Европы, то страны, совершившие переход от советской модели предоставления медико-санитарной помощи к помощи, основанной на социальном страховании, как представляется, осуществляют полный охват беременных женщин дородовой помощью. Из других стран поступают сообщения анекдотического характера, указывающие на существование проблем с доступом в связи с неполным охватом, трудностями географического характера и т.д.

Несмотря на имеющуюся относительно надежную информацию о том, какие именно услуги следует предлагать женщинам во время беременности, в процессе оказания антенатальной помощи все еще распространены неэффективные процедуры. Как представляется, такое происходит в большой степени из-за чрезмерной веры в технологические методы обследования и вмешательства.

Не существует готового источника данных, из которого можно было бы почерпнуть информацию о том, был ли в конкретной стране изучен пакет дородовых услуг с целью выявления процедур, которые можно было бы исключить, и включения благоприятных и экономически эффективных процедур в процесс наблюдения за беременной женщиной. К сожалению, такое изучение проблемы встречается весьма редко и может быть сведено лишь к небольшому ряду стран в западной Европе.

Условия для успешной реализации

Антенатальная помощь должна предоставляться всем беременным женщинам, при этом финансироваться она должна предпочтительно из государственных средств. Основным вопросом, который поднимается в данном докладе, является вопрос о возрастающей роли оценки в определении содержания антенатальной помощи. Важно применение взвешенного подхода: предоставление конкретному индивидууму надлежащей антенатальной помощи в достаточном объеме.

В ряде стран медико-юридическое давление затруднило изъятие ненужных услуг из практики помощи беременным женщинам. Наиболее нежелательные исходы встречаются у женщин с непрогнозируемым риском, однако в ходе судебных разбирательств в Соединенных Штатах, Канаде и Соединенном Королевстве врачи признали виновными в том, что они не предоставили беременным женщинам из группы низкого риска соответствующих услуг, которые на самом деле надлежит предоставлять лишь беременным женщинам из групп высокого риска. Такое положение вещей может побудить акушеров оказывать услуги, которые они считают ненужными. Возможно, эта проблема требует рассмотрения со стороны лиц, ответственных за принятие решений.

Выводы

Дородовая помощь является сегодня важной составляющей всей современной медико-санитарной помощи. Любая программа в сфере оказания медико-санитарной помощи, которая истинно направлена на улучшение здоровья населения, должна уделять серьезное внимание здоровью беременной женщины и ее плода. На такую помощь имеет право каждая женщина.

1. Дородовая помощь - это один из самых важных видов медицинского обслуживания населения. Каждая беременная женщина должна иметь полный доступ к такой помощи; эти услуги должны быть соответствующим образом организованы и оплачены. Кроме того, желательно периодически проводить мониторинг работы таких услуг для обеспечения их обоснованного применения и высокого качества. Наиболее экономически эффективной моделью такой помощи на сегодняшний день является осуществление наблюдения за беременной женщиной из группы низкого риска со стороны акушерки. Разработанная ВОЗ новая модель дородовой помощи предоставляет подробный план оказания экономически эффективной помощи женщинам с не осложненной беременностью (см. Приложение 3).
2. Чрезмерные, ненужные и непроверенные процедуры часто назначаются женщинам с нормальным ходом беременности. В таких случаях можно значительно сократить объем услуг без каких-либо неблагоприятных последствий для здоровья с возможностью экономии финансовых ресурсов. С другой стороны, проведенные за последние 20 лет научные исследования показали ценность некоторых предоставляемых в плановом порядке услуг, которые всегда должны являться составной частью дородовой помощи.
3. Многие вмешательства в период беременности никогда не подвергались оценке, и в этой области имеется огромная потребность в большом числе научных исследований. Научные исследования следует направить на изучение факторов, способствующих выявлению беременных женщин из группы высокого риска и на выявление пользы для здоровья в результате использования конкретных вмешательств, как используемых длительное время, так и новых.

Литература

1. Villar J et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 2001, 357:1551–1564.
2. Banta HD, Houd S, Suarez Ojeda E. Prenatal care: an introduction. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1985, 1:783–788.
3. Chalmers I. Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:3–38.
4. United States Preventive Services Task Force (USPSTF). *Guide to clinical preventive services*, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996. (Note: 3rd ed. is in preparation, with updates released incrementally at <http://www.ahcpr.gov/clinic/cps3dix.htm>.)
5. Chalmers I, Enkin M, Keirse M. Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis for guiding practice and research. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:1465–1477.
6. Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomized controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1998, 12(Suppl. 2):7–26.
7. Villar J et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).
8. Wallenburg H. Detecting hypertensive disorder of pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:382–402.
9. Duley L, Henderson-Smart DJ. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).
10. Crowther CA. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).
11. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2002(1).
12. Turnbull D et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*, 1996, 348:213–218.
13. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
14. Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).
15. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

16. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).
17. Walker G. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(1).
18. Walkinshaw S. Very tight versus tight control for diabetes in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(1).
19. Kramer M. Balanced protein/energy supplementation in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2002(1).
20. Enkin M, Keirse M, Chalmers I. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
21. Simkin P, Enkin M. Antenatal classes. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:318–332.
22. Gagnon A. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(1).
23. Hunter D. Diabetes in pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:678–593.
24. Walkinshaw S. Dietary regulation for “gestational diabetes” (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(1).
25. Hunter D, Keirse M. Gestational diabetes. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:403–410.
26. Robinson S. The role of the midwife. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:3–38.
27. Hodnett D. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(1).
28. Elbourne D, Oakley A, Chalmers I. Social and psychological support during pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:221–236.
29. Hodnett D. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2002(1).
30. Hodnett D et al. Continuous supportive care during childbirth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).
31. Bricker L, Neilson P. Routine Doppler ultrasound in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).
32. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(1).
33. Kramer MS. Energy/protein restriction for high weight-for-height or weight gain during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(3).

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

34. Duley L, Henderson-Smart D. Reduced salt intake compared to normal dietary salt, or high intake, in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
35. Duley L, Gülmezoglu A, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
36. Hall P. Rethinking risk. *Canadian Family Physician*, 1994, 40:1239–1244.
37. Alexander S, Keirse M. Formal risk scoring during pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York, Oxford University Press, 1989:345–365.
38. Lumbiganon P et al., eds. A randomized controlled trial for the evaluation of a new antenatal care model. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1998, 12(Suppl. 2).
39. Villar J, Bergsjø J. *WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model*. Geneva, World Health Organization (WHO), 2002 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html, accessed 30 January 2004).
40. Drummond M, Stoddart G, Torrance W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1987.
41. Gold MR et al., eds. *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1996.
42. Henderson J et al. An economic evaluation comparing two schedules of antenatal visits. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2000, 5:69–75.
43. Ratcliffe J, Ryan M, Tucker J. The costs of alternative types of routine antenatal care for low-risk women: shared care vs. care by general practitioners and community midwives. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1996, 1:135–140.
44. Rowley M et al. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomized trial. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:289–293.
45. Young D et al. A new style of midwife-managed antenatal care: costs and satisfaction. *British Journal of Midwifery*, 1997, 5:540–545.
46. World Health Organization (WHO). *The WHO reproductive health library*, 5th ed [CD-ROM]. Geneva, 2002.
47. Banta HD et al. Health promotion and disease prevention as a complement to community health indicators, Working Group 1: Report of the European Collaboration for Health Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2002, 18:238–272.

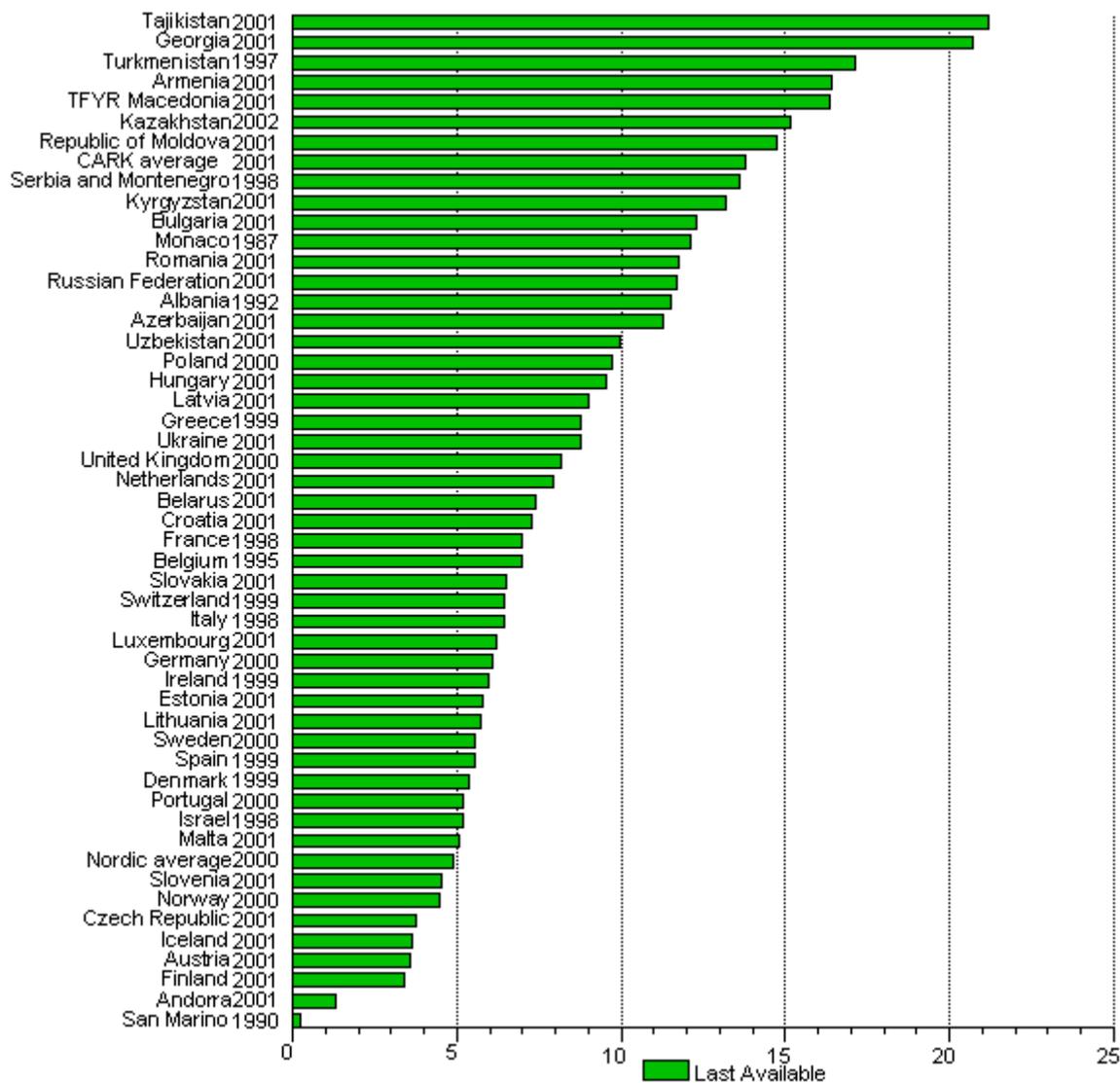
Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Приложение 1. Перинатальная и материнская смертность

Рис. 1: Случаи перинатальной смерти на 1000 рождений



Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Таджикистан
Грузия
Туркменистан
Армения
Бывшая Югославская Республика Македония
Казахстан
Республика Молдова
В среднем по ЦАРК
Сербия и Черногория
Кыргызстан
Болгария
Монако
Румыния
Российская Федерация
Албания
Азербайджан
Узбекистан
Польша
Венгрия
Латвия
Греция
Украина
Соединенное Королевство
Нидерланды
Беларусь
Хорватия
Франция
Бельгия
Словакия
Швейцария
Италия
Люксембург
Германия
Ирландия
Эстония
Литва
Швеция
Испания
Дания
Португалия
Израиль
Мальта
В среднем по Скандинавским странам
Словения
Норвегия
Чешская республика
Исландия
Австрия
Финляндия

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Андорра

Сан Марино

На оси абсцисс – по последним имеющимся данным

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех», 2003 г.

Примечание: указан год, за который имеются самые последние данные.

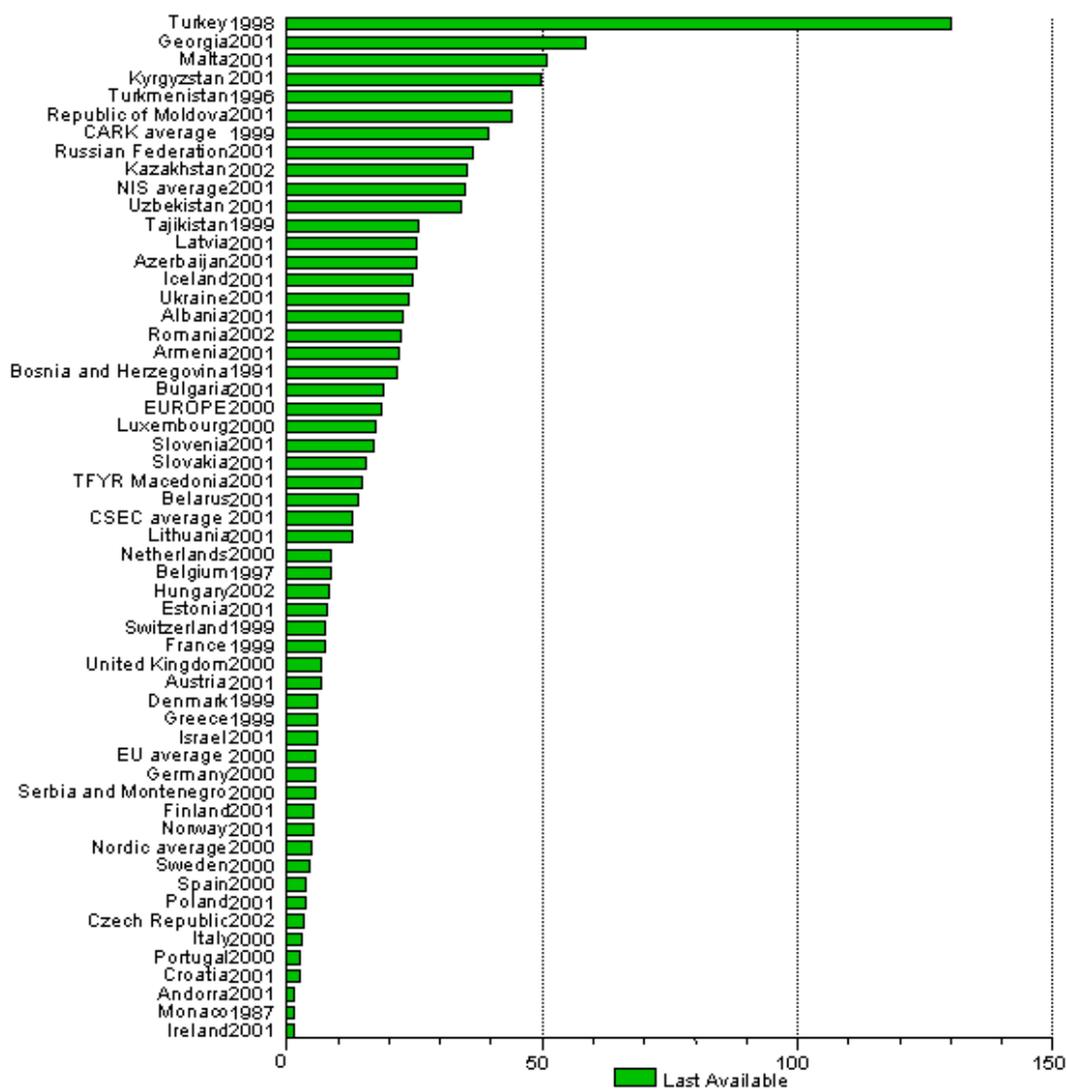
ЦАРК: республики центральной Азии и Казахстан.

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Рис. 2. Материнская смертность на 100 000 живорождений



Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Турция
Грузия
Мальта
Кыргызстан
Туркменистан
Республика Молдова
В среднем по ЦАРК
Российская Федерация
Казахстан
В среднем по СНГ
Узбекистан
Таджикистан
Латвия
Азербайджан
Исландия
Украина
Албания
Румыния
Армения
Босния и Герцеговина
Болгария
ЕВРОПА
Люксембург
Словения
Словакия
Бывшая Югославская Республика Македония
Беларусь
В среднем по СЦЮЕ
Литва
Нидерланды
Бельгия
Венгрия
Эстония
Швейцария
Франция
Соединенное Королевство
Австрия
Дания
Израиль
В среднем по ЕС
Германия
Сербия и Черногория
Финляндия
В среднем по Скандинавским странам
Швеция
Испания
Польша
Чешская Республика
Италия

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Португалия

Хорватия

Андорра

Монако

Ирландия

На оси абсцисс– по последним имеющимся данным.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех», 2003 г.

Примечание: указан год, за который имеются самые последние данные.

ЦАРК: Республики Центральной Азии и Казахстан. СЦЮЭ – страны Центральной и Южной Европы. ЕС – Европейский Союз. СНГ – Содружество Независимых Государств (страны бывшего Советского Союза)

Приложение 2. Стратегия поиска

В течение многих лет дородовая помощь являлась предметом научных исследований и систематических обзоров таких исследований. Наибольшую значимость в этом отношении представляет собой весьма объемный сводный обзор существующих фактических данных, проделанный Chalmers, Enkin и Keirse (5) в сфере беременности и родов. Основной формат и содержание нашего сводного доклада во многом определяется этим пособием. За время, прошедшее с момента выхода в свет этого издания, было создано Кокрановское содружество, которое в большой степени обновило и расширило эту работу. Это два основных источника нашего обзора. Большая часть докладов и других материалов содержится на лазерном диске Библиотеки ВОЗ по репродуктивному здоровью (46), которая была создана совместно ВОЗ, Кокрановским содружеством, а также учреждениями и учеными развивающихся стран. Кроме того, в рамках проекта и программы оценки национальной и региональной технологии общественного здравоохранения (НТА) были составлены и опубликовали доклады по 156 проектам в области профилактики к июню 2001 г., шесть из которых охватывали проблемы дородовой помощи, а еще четыре – различные общие вопросы здоровья матери и ребенка (47). Кроме того, целевая группа США по профилактическим службам (USPSTF) рассмотрела ряд вмешательств, которые проводятся в рамках дородовой помощи (4). Эти источники также были использованы в нашем сводном докладе.

Были просмотрены также другие источники сводной информации, включая обзоры Канадской Целевой группы по профилактике и Базу данных по резюме обзоров эффектов (DARE), но поскольку их содержание весьма сходно с содержанием уже упомянутых источников, то ссылки на них не приводятся в нашем сводном докладе.

Для более глубокого изучения отдельных вопросов был просмотрен ряд непосредственно научных исследований, на которых приводились ссылки в упомянутых источниках. Эти исследования приводятся в списке литературы. В основном эти научные исследования были найдены в Кокрановской Библиотеке.

Для поиска научных исследований по экономическим вопросам была использована База данных экономической оценки Национальной службы здоровья (NHS), в рамках Центра Национальной службы здоровья по проведению обзоров и распространению информации в Йоркском университете. Но в связи с небольшим количеством имеющихся там данных были просмотрены списки литературы в научных статьях, которые приводятся в данном докладе. Как указано в тексте, было выявлено лишь очень небольшое количество исследований по экономическим вопросам. Было найдено лишь одно истинно экономическое исследование, которое полностью посвящено вопросу экономической эффективности дородовой помощи в целом; данное исследование в кратком виде приведено в тексте нашего доклада. Приводится также краткое описание других подобных исследований.

Всемирная организация здравоохранения (штабквартира) оказала значительную помощь, прислав экземпляры ряда ключевых научных статей по вопросам дородовой помощи.

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Приложение 3. Контрольный список основных компонентов новой модели оказания антенатальной помощи, разработанной ВОЗ

Источник: Villar J, Bergsjø J. *WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation*. Geneva, World Health Organization (WHO), 2002 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_abstract.en.html).

Рис. 3. Контрольный список основных компонентов новой модели оказания антенатальной помощи, разработанной ВОЗ

Примечание: Отметьте проведенные меры (в незаштрихованных ячейках). (Используйте ближайший срок беременности на момент посещения врача/акушерки.)

Имя и фамилия пациентки _____

Адрес и № телефона _____

Номер медицинской карты _____

ПЕРВОЕ ОБРАЩЕНИЕ для всех женщин при первом обращении в медицинское учреждение по поводу беременности, независимо от срока беременности. Если первое посещение происходит позднее рекомендуемого срока, проведите все предусмотренные до этого момента мероприятия ДАТА: / /	Посещения			
	1-ое 4-ое <12 недель	2-е	3-е	
Классификационная форма, в которой указываются критерии приемлемости использования основного компонента программы для беременной женщины				
Клиническое обследование				
Наличие серьезной анемии? Анализ крови на гемоглобин				
Акушерский осмотр: оценка срока беременности, высоты стояния дна матки				
Гинекологический осмотр (может быть отложен до второго посещения)				
Измерение артериального давления				
Вес/рост женщины				
Экспресс-тест на сифилис, выявление симптоматических инфекций, передаваемых половым путем				
Анализ мочи (с многократным погружением индикаторной полоски)				
Рекомендуется определение группы крови и Rh-фактора				
Прививка против столбняка				
Назначение пищевых добавок железа/фолиевой кислоты				
Рекомендации/ горячая линия в случае экстренной ситуации				
Заполнение карточки по беременности				
ВТОРОЕ ПОСЕЩЕНИЕ и ПОСЛЕДУЮЩИЕ ПОСЕЩЕНИЯ Срок беременности – примерно X недель ДАТА: / / 26 нед. 32 нед. 38 нед.				
Клиническое исследование с целью выявления анемии				
Акушерский осмотр: оценка срока беременности, высоты стояния дна матки, частоты сердечных сокращений плода				
Измерение артериального давления				

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Декабрь 2003 г.

Вес женщины (только для женщин с небольшим весом тела при первом посещении)				
Анализ мочи на белок (только для первородящих женщин и женщин с преэклампсией в анамнезе)				
Назначение пищевых добавок железа/фолиевой кислоты				
Рекомендации на случай экстренной ситуации				
Заполнение карточки по беременности				
ТРЕТЬЕ ПОСЕЩЕНИЕ: в дополнение ко второму посещению ДАТА: / /				
Рекомендуется анализ крови на гемоглобин				
Прививка против столбняка (вторая доза)				
Инструктирование по родам/план родов				
Рекомендации по грудному вскармливанию/контрацепции				
ЧЕТВЕРТОЕ ПОСЕЩЕНИЕ: в дополнение ко второму и третьему посещениям ДАТА: / /				
Выявление тазового предлежания и направление на процедуру наружного поворота плода на головку				
Заполнение карточки по беременности. Рекомендовать женщине взять ее с собой в больницу.				

Медицинский работник, ответственный за дородовую помощь:

Фамилия _____

Подпись _____