

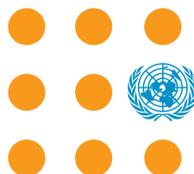
Стандарты охраны здоровья женщин в Европе



EBCOG

Европейский Совет и Коллегия по акушерству и гинекологии

Службы родовспоможения и охраны неонатального здоровья 2014 г.





EBCOG

Европейский Совет и Коллегия по акушерству и гинекологии

Стандарты охраны здоровья женщин в Европе

Службы родовспоможения и охраны неонатального здоровья 2014 г.





Публикация русскоязычной версии осуществлена при поддержке Регионального офиса ЮНФПА по странам Восточной Европы и Центральной Азии

Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат авторам и не обязательно отражают точку зрения ЮНФПА, Организации Объединенных Наций или любой из ее дочерних организаций.



United Nations Population Fund
Regional Office for Eastern Europe and Central Asia
Istanbul, Turkey
Internet: eeca.unfpa.org
E-mail: eecaro@unfpa.org



Предисловие к русскоязычной версии

С удовольствием представляем вам переведенные на русский язык «Стандарты охраны здоровья женщин в Европе», предназначенные для всех русскоговорящих медицинских работников, занимающихся оказанием акушерской и гинекологической помощи в странах Восточной Европы и Центральной Азии.

«Стандарты охраны здоровья женщин в Европе» были разработаны Европейским Советом и Коллегией по акушерству и гинекологии (EBCOG) и представлены в Европейском Парламенте в Брюсселе в 2014 году.

В совокупности 3 комплекта стандартов, посвященных акушерским, неонатальным и гинекологическим службам, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, представляют собой «дорожную карту» для обеспечения качественных услуг и надлежащей клинической практики, а также направлены на улучшение и гармонизацию качества помощи и её доступности.

Стандарты охраны здоровья женщин в Европе были переведены на русский язык Региональным офисом по странам Восточной Европы и Центральной Азии Фонда ООН в области народонаселения (UNFPA EECARO) и Российским обществом акушеров-гинекологов (РОАГ), которое является одним из 37 национальных обществ-участников EBCOG и входит в Совет EBCOG. Эти стандарты составляют неотъемлемую часть сотрудничества между EBCOG и вышеуказанными организациями.

Мы полагаем, что издание русскоязычной версии клинических стандартов EBCOG будет способствовать широкому распространению лучших практик оказания медицинской помощи женщинам и их детям в Европейском регионе и за его пределами.

Д-р Тахир Махмуд
Президент EBCOG

Хеймо Лаакконен
Директор регионального
офиса UNFPA по странам
Восточной Европы и
Центральной Азии

Академик Владимир Серов
Президент РОАГ



РАБОЧАЯ ГРУППА ПО РАЗРАБОТКЕ СТАНДАРТОВ

Обязательства

Цель

Разработать общеевропейские стандарты оказания медицинской помощи для служб охраны женского здоровья

Задачи

- Пересмотреть существующие опубликованные доказательно обоснованные стандарты оказания помощи в странах-членах ЕС
- Разработать согласованные стандарты охраны материнства, охватывающие период до беременности, роды и послеродовой период, включая уход за новорожденными

Состав Рабочей группы

- Д-р Тахир Махмуд (Tahir Mahmood), *CBE, MD, FRCPI, FACOG, MBA, FRCPE, FRCOG*
Председатель рабочей группы EBCOG по разработке стандартов оказания медицинской помощи
- Проф. Петер Хорннес (Peter Hornnes), *MD, Dr Sci, MD*
Президент EBCOG (2008-2011)
- Проф. Кьяра Бенедетто (Chiara Benedetto), *MD, PhD, FCNGOF, FRCOG* *Президент EBCOG (2011-2014)*
- Проф. Панталео Греко (Pantaleo Greco), *MD*
Национальный делегат в Совете EBCOG от Италии
- Проф. Влад Тика (Vlad Tica), *MD, MSci, PhD*
Член Исполнительного комитета EBCOG
- Д-р Рольф Киршнер (Rolf Kirschner), *LRCP&SI, MD, MHA*
Генеральный секретарь EBCOG
- Шарлотт Мерсер (Charlotte Mercer), *BA (Hons), MBACP*
Администратор EBCOG



Эксперты, принимавшие участие в разработке стандартов

- Проф. Андре Ван Асше (Andrè Van Assche), Почетный профессор акушерства и гинекологии, MD, PhD, FRCOG; Dr Hon Causa, FEBCOG, Почетный член DGGG
- Проф. Жерар Виссер (Gerard Visser, MD, PhD, FRCOG(ae), FSACOG, FFSOG
- Проф. Джан Карло Ди Ренцо (Gian Carlo Di Renzo), MD, PhD, FRCOG, FACOG
- Проф. Софи Александер (Sophie Alexander), MD, MPH, PhD
- Д-р Федерика Камполо (Federica Campolo), MD

Рабочая группа по созданию русскоязычной версии

Европейский Совет и Коллегия акушеров и гинекологов (EBCOG)

- Д-р Тахир Махмуд (Tahir Mahmoud) – Президент EBCOG
CBE, MD, FRCPI, FACOG, MBA, FRCPE, FRCOG
- Проф. Юрий Владимирович (Juriy Wladimiroff) – Председатель Постоянного комитета по признанию качества обучения
- Д-р Мурад В. Сеиф (Mourad W. Seif), PhD, внешний эксперт и главный редактор, FRCOG
- Шарлотт Мерсер (Charlotte Mercer) – администратор EBCOG, BA (Hons), MBACP

Фонд ООН в области народонаселения (UNFPA)

- Д-р Тамар Хомасуридзе (Tamar Khomasuridze), MD, PhD, советник UNFPA по сексуальному и репродуктивному здоровью для стран Восточной Европы и Центральной Азии
- Д-р Теймур Сейдов (Teymur Seyidov), MD, PhD, специалист UNFPA по программе сексуального и репродуктивного здоровья для стран Восточной Европы и Центральной Азии

Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)

- Проф. Владимир Серов – академик РАН, Президент РОАГ
- Проф. Геннадий Сухих – академик РАН, Вице-Президент РОАГ
- Д-р Екатерина Яроцкая – член Президиума РОАГ, д.м.н.



Предисловие

В странах Европейского союза ежегодно рождает более пяти миллионов женщин и примерно два миллиона беременностей прерывается преждевременно. В последние 50 лет уровень медицинского обслуживания женщин в период беременности и во время родов постоянно улучшался. В 28 государствах-членах ЕС значительно снизились показатели материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Тем не менее, неравенства в доступности охраны женского здоровья в разных государствах-членах ЕС по-прежнему сохраняются. Уровень материнской смертности - основной показатель эффективности системы здравоохранения. Ежегодно от 335 до 1000 женщин умирают по причинам, связанным с беременностью. В развитых странах с высоким уровнем здравоохранения более 50% этих смертей могут быть предотвращены. Кроме того, несмотря на все усовершенствования, коэффициент мертворождаемости не снизился в той же степени, в которой снизился уровень смертности среди новорожденных; также по-прежнему высок уровень младенческой смертности и инвалидности. Ежегодно в Европе более 25 000 младенцев рождаются мертворожденными, 25 000 новорожденных не доживают до года, 40 000 из выживших (примерно 8 из 1000 рожденных живыми) страдают от сенсорных или двигательных нарушений, и еще 90 000 имеют серьезные врожденные аномалии.

В ЕС действует всего несколько общепризнанных показателей в области здравоохранения или рекомендаций по оказанию помощи женщинам во время беременности и родов и по уходу за новорожденными. Кроме того, нет единых для всех государств-членов ЕС стандартов сбора данных, необходимых для корректного сравнительного анализа.

Маастрихтский договор и Амстердамский договор обязывают страны Европейского союза совершенствовать национальные политики в области здравоохранения с целью улучшения здоровья населения, предотвращения болезней и смертности и исключения воздействия источников опасности для здоровья человека. В связи с этим, в целях улучшения исходов и решения проблем медицинского обслуживания Европейский Совет и Коллегия по акушерству и гинекологии (EBCOG) разработал ключевые стандарты медицинской помощи в области акушерства и гинекологии, одобренные обществами акушеров и гинекологов во всех странах-членах ЕС/ЕЭЗ и в других странах, а также Европейским союзом медицинских специалистов.

Эти стандарты были сформулированы в ходе многочисленных консультаций с заинтересованными сторонами во многих странах Европы, в том числе с организациями, представляющими интересы женщин. Мы считаем, что данные стандарты, основанные на наилучших доказательствах и подкрепленные набором показателей качества оказания помощи, представляют собой бесценный инструмент, который потребители и поставщики медицинских услуг могут использовать для планирования и оказания на равноправной основе гарантированно высококачественной медицинской помощи женщинам, их детям

и членам их семей. Данные стандарты подразумевают полную последовательность оказания помощи, включая период до беременности, беременность и возможные осложнения, послеродовой уход и уход за новорожденными. Они также предусматривают требования к обучению и поддержке врачей и медработников.

Данные стандарты были сформулированы на основе всесторонних консультаций и с учетом различий в ситуациях и обстоятельствах в 28 государствах-членах ЕС и других европейских странах, являющихся членами EBCOG. Мы считаем, что эти стандарты должны быть приняты министерствами здравоохранения европейских стран. Их принятие стало бы огромным шагом вперед в деле повышения доступности и улучшения качества охраны женского здоровья в странах ЕС и других европейских странах и в обеспечении того, чтобы все женщины и их дети получали наилучшую помощь.

Д-р Тахир Махмуд
*CBE, MD, FRCPI,
FACOG, MBA,
FRCPE, FRCOG*

*Председатель
рабочей группы
EBCOG по разработке
стандартов оказания
медицинской помощи*

Проф. Кьяра Бенедетто
*MD, PhD, FCNGOF,
FRCOG*

*Президент EBCOG
(2011-2014)*

Проф. Петер Хорннес
MD, DrSci, MD

*Президент EBCOG
(2008-2011)*



СОДЕРЖАНИЕ

Глоссарий терминов, использованных в документе	8
ПРЕДПОСЫЛКИ	10
Процесс разработки стандартов EBCOG по оказанию помощи службами родовспоможения и охраны неонатального здоровья	
Цель и план данного документа	
Стандарты EBCOG: к совершенствованию последипломного образования	
Стандарты EBCOG: к улучшению качества медицинской помощи	
СТАНДАРТ 1	15
Общие стандарты оказания медицинской помощи по охране материнства	
СТАНДАРТ 2	21
Помощь до беременности	
СТАНДАРТ 3.....	23
Помощь при неотложных состояниях на ранних сроках беременности	
СТАНДАРТ 4	25
Дородовая помощь	
СТАНДАРТ 5	27
Аntenатальный скрининг	
СТАНДАРТ 6	29
Помощь женщинам с заболеваниями и (или) с особыми потребностями	
СТАНДАРТ 7	32
Помощь беременным женщинам с психическими нарушениями	
Стандарт 8	34
Помощь женщинам с заболеваниями, развившимися во время беременности	
СТАНДАРТ 9	36
Помощь беременным женщинам, страдающим ожирением	
СТАНДАРТ 10	39
Профилактика преждевременных родов	



СТАНДАРТ 11	42
Родовспоможение	
СТАНДАРТ 12	47
Профилактика инфекций и контроль	
СТАНДАРТ 13	49
Материнская смертность и заболеваемость, связанная с деторождением	
СТАНДАРТ 14	51
Послеродовая помощь матерям	
СТАНДАРТ 15	53
Помощь новорожденным	
СТАНДАРТ 16	56
Обоснование принципов помощи недоношенным новорожденным	
СТАНДАРТ 17	59
Поддержка семей, переживающих тяжелую утрату в связи с ранней потерей беременности или мертворождением	
Стандарт 18	61
Регулярный сбор данных о беременности и родах	
Ссылки	63
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	66
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	83
Благодарность	89
Руководители и члены Исполнительного комитета EBCOG	90
Национальные делегаты EBCOG и секции UEMS по акушерству и гинекологии	92
Национальные общества - члены EBCOG	94
Поддерживающие организации	96

Глоссарий терминов, использованных в документе

Клинические рекомендации	Систематически разработанные доказательно обоснованные положения, помогающие принять решение об адекватной медицинской помощи при конкретном клиническом состоянии
Клинический протокол	Список действий, которые должны быть выполнены в конкретной ситуации для достижения конкретного результата, и отклонения от которого не допускаются
Стандартная операционная процедура (СОП)	Набор письменных инструкций, применимый к проводимой деятельности, осуществляемой на организационном уровне
Порядок оказания медицинской помощи	Перечень шагов в процессе лечения пациента в течение продолжительного периода времени в отношении конкретной клинической проблемы с ожидаемым улучшением и результатами. Этот порядок может включать схему перенаправления пациента между рядом медицинских учреждений/специалистов и организаций, инструкции по проведению обследований, необходимых на различных этапах лечения, и рекомендованную терапию
Клинический стандарт	Конкретный объем медицинской помощи, которая должна быть предоставлена пациенту эффективно и безопасно службой или работником здравоохранения
Клинический аудит	Процесс улучшения качества оказания помощи, который включает в себя систематическую оценку помощи по четко определенным критериям. Цель – улучшение качества помощи пациентам
Заинтересованные лица	Человек, или группа людей, или организация, которые принимают непосредственное участие в улучшении качества оказания помощи
Первичная помощь	Первый уровень оказания помощи в системе здравоохранения. Это, как правило, врач общей практики или семейный врач, но может быть и другой медработник, например, медсестра или акушерка, которые могут оказаться первыми, к кому пациент обращается за помощью. Этот уровень иногда называют местной медицинской помощью
Вторичная помощь	Помощь, оказываемая медицинскими специалистами, с доступом к ряду исследований и лечению в специализированных условиях, которые как правило находятся в стационаре, но не только
Потребитель	Женщина, ее семья или другие представители, которые пользуются услугами систем здравоохранения, описанных выше



Управление клинической практикой	Система, с помощью которой организации здравоохранения создают условия для обеспечения непрерывного улучшения качества своих услуг и гарантируют высокие стандарты оказания помощи
Руководитель образовательного процесса/наставник	Старший клиницист, который несет ответственность за одного или более стажеров, осуществляет контроль за выполнением их программы подготовки и профессиональным развитием
Управление рисками	Подход к улучшению качества оказываемой помощи, включающий в себя различные методы ранней идентификации неблагоприятных событий, в том числе с помощью отчетов персонала, жалоб пациентов, местных или национальных оповещений или систематического обзора истории болезни
Анализ причинно-следственных связей	Официальное рассмотрение специальной группой хронологии событий с неблагоприятными исходами с целью выяснения особенностей ведения случая и причин исхода и, по возможности, предложения возможных альтернативных сценариев ведения похожих случаев в будущем
Междисциплинарный подход	Подразумевает участие двух или более клинических отделений/специалистов в разработке тактики клинического ведения пациента, а также пересечение границ различных дисциплин в клиническом мышлении
Клиника свободного доступа	Амбулаторная клиника/учреждение, направленная на оказание помощи. В клинике имеется соответствующий квалифицированный персонал, необходимое диагностическое оборудование для проведения специализированных исследований и лечения. Пациент может обратиться как по записи, так и без неё
Амбулаторные клиники	Проводят общую диагностику или лечение без госпитализации (амбулаторно)
Специализированные клиники	Проводят расширенную диагностику или лечение специфических заболеваний или органов и систем (клиники сексуального здоровья, клиники по лечению бесплодия, клиника пренатальной диагностики и т.д.)
Амбулаторные хирургические клиники	Предоставляют хирургическую помощь амбулаторно, как правило, в день обращения в объеме небольших хирургических вмешательств, не требующих госпитализации
Поставщик медицинских услуг	Лицо или организация (больница или клиника), которые систематически предоставляют людям, семьям и сообществам профилактические, терапевтические или реабилитационные услуги
Медицинские сестры	Медсестры, которые имеют специализированный клинический опыт и компетентность, вовлеченные в процесс оказания помощи пациентам в определенных клинических областях

ПРЕДПОСЫЛКИ

Маастрихтский договор (1992г.) формирует основу специальной стратегии общественного здравоохранения в Европейском союзе (ЕС). В статье 219 говорится: «Государства-члены ЕС решили координировать свою политику и программы в области здравоохранения в сотрудничестве с Европейской комиссией для обеспечения высокого уровня защиты здоровья и предотвращения распространения тяжелых заболеваний»¹. В статье 152 Амстердамского договора (1997г.) обязанности ЕС в области охраны здоровья были расширены и было заявлено, что деятельность ЕС должна дополнять национальные политики здравоохранения с целью улучшения здоровья населения, предотвращения болезней и исключения воздействия источников опасности для здоровья человека, поощряя общий подход к четко определенным проблемам общественного здравоохранения.² Существует тесная связь между перинатальным здоровьем и хроническими заболеваниями в зрелом возрасте. В государствах-членах ЕС наблюдаются значительные отличия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении³.

В ЕС ежегодно рождается более пяти миллионов детей; при этом примерно два миллиона беременностей прерывается преждевременно (в результате самопроизвольных выкидышей, искусственного прерывания беременности, а также внематочной беременности). Каждый год в Европе регистрируется от 335 до 1000 случаев материнской смертности, при этом более 50% смертей можно предотвратить⁴. Кроме того, ежегодно в ЕС более 25 000 младенцев рождаются мертворожденными и еще 25 000 новорожденных не доживают до года. Более 40 000 из оставшихся в живых (примерно 8 из 1000 живорожденных) имеют сенсорные или двигательные расстройства, еще 90 000 имеют серьезные врожденные аномалии.

В настоящее время в странах ЕС существует значительное неравенство в доступе к медицинской помощи женщинам. В ЕС действует всего несколько общепризнанных показателей здоровья⁶ или рекомендаций по оказанию помощи женщинам во время беременности⁷⁻⁹, родов¹⁰⁻¹², по уходу за новорожденными¹³ и лечению гинекологических онкологических заболеваний¹⁴⁻¹⁵. Отсутствуют единые для всех государств-членов ЕС стандарты сбора данных, необходимых для корректного сравнительного анализа⁴. Для того чтобы улучшить результаты медицинского обслуживания, нам необходимо разработать ключевые стандарты.

Это даст возможность оценивать отклонения в медицинском обслуживании, отслеживая эффективность работы отдельных поставщиков медицинских услуг с использованием высококачественных данных, связанных с процессом, а также показателей исходов, описанных в данном документе. Мы надеемся, что данный документ станет важным вкладом в достижение этой цели.



Процесс разработки стандартов EBCOG по оказанию помощи службами родовспоможения и охраны неонатального здоровья

Совет EBCOG принял решение о создании Рабочей группы (РГ) для контроля за процессом создания основных стандартов оказания медицинской помощи. Для того, чтобы облегчить эту работу, было решено собрать информацию от представителей стран-членов EBCOG о текущей ситуации в этой сфере. Было также решено провести обзор опубликованных отчетов из различных европейских источников с целью создания основы для разработки стандартов.

Рабочая группа

Рабочая группа EBCOG была создана с целью разработки общеевропейских стандартов оказания помощи для служб охраны женского здоровья. В ее задачи входил, во-первых, обзор современных опубликованных доказательно обоснованных стандартов оказания медицинской помощи в государствах-членах Европейского союза, а во-вторых, разработка единых стандартов в этой области.

Анализ ситуации в странах-членах EBCOG

Всем членам Совета были направлены анкеты для выяснения, имеют ли их страны современные клинические рекомендации и стандарты оказания помощи. Около 50% стран имели свои клинические руководства, но ни в одной стране, кроме Великобритании, не существуют стандарты оказания помощи^{16,17}. Также среди респондентов наблюдалось неправильное понимание определений «руководства», «протокола» и «стандарта».

Обзор опубликованной литературы

В Отчете об исследовании состояния перинатального здоровья в Европе, подготовленном в рамках проекта EURO-PERISTAT⁴, представлены неполные сравнительные данные из трех разных источников. Это отчет показал, что в некоторых случаях различия в показателях могут быть связаны с различиями в терминологии, качестве данных, масштабах охвата системой сбора данных и полноте зарегистрированных данных (см. Приложение 1).

Опрос и сравнительный анализ данных о национальных руководствах по оказанию дородовой помощи в государствах-членах ЕС (2006 г.) продемонстрировал огромные различия в количестве тестов, проводимых во время беременности. Примечательно, что в странах, валовой национальный продукт которых ниже среднего уровня, рекомендуется проводить большее количество обследований.

Всемирная организация здравоохранения и другие организации^{18,19,20} опубликовали сравнительные данные о материнской смертности и выборочные показатели материнской заболеваемости в странах ЕС. Очевидно, что причины и сроки наступления смерти, а также по возрастной коэффициент смертности различаются в тех странах, в которых наблюдается разный уровень материнской смертности. На каждую материнскую смерть приходится много серьезных, угрожающих жизни случаев материнской заболеваемости. Эти данные представляют собой наглядный показатель качества медицинской помощи, оказываемой во время беременности и родов, а также свидетельствуют о тщательной регистрации данных о материнской заболеваемости.

Королевская коллегия акушеров и гинекологов (RCOG) опубликовала два документа, подробно описывающих стандарты оказания медицинской помощи, основанные на рекомендациях, опубликованных RCOG и Национальным институтом здравоохранения и совершенствования клинической практики (NICE). В первом документе, Стандарты ведения беременности¹⁶, подробно изложены 30 стандартов, а второй документ, Стандарты оказания гинекологической помощи¹⁷, содержит описание 20 стандартов. Эти два документа ранее были представлены членам Совета EBCOG.

В ходе подготовки настоящего документа Рабочая группа принимала во внимание все соответствующие документы, опубликованные в ЕС.

Авторство и консультации

Проекты стандартов обсуждались, анализировались и пересматривались Рабочей группой. На заседании Совета EBCOG был также представлен промежуточный отчет Рабочей группы с целью учета мнений членов Совета, а также замечаний представителей национальных обществ. Все комментарии были подробно рассмотрены на заседаниях Рабочей группы. Окончательный проект документа был утвержден Европейским союзом медицинских специалистов, Исполнительным комитетом и Советом EBCOG в ноябре 2011 года. Документ был обновлен в 2014 году с учетом новых данных.



Цель и план данного документа

Целью разработки данного документа является принятие общих Стандартов оказания помощи службами родовспоможения и охраны неонатального здоровья для улучшения и гармонизации помощи женщинам в странах Европы. Настоящий документ представляет собой руководство для развития равноправной и качественной помощи во всех странах-членах ЕС. Данные стандарты должны действовать в качестве стимула для всех заинтересованных сторон - таких как врачи и другие медицинские работники и учреждения, руководители учреждений системы здравоохранения, страховые компании, политики - в деле обеспечения гарантированного качества медицинского обслуживания по охране здоровья женщин. Стандарты также будут информировать пациентов и организации по защите прав потребителей о той помощи, на получение которой они могут рассчитывать.

Стандарты оказания помощи службами родовспоможения и охраны неонатального здоровья охватывают пути оказания медицинской помощи во время беременности, включая три этапа: период до беременности, беременность, роды и послеродовой период, в том числе уход за новорожденными. Каждый клинический стандарт представляет собой сочетание клинических и организационных стандартов. Каждый набор стандартов сопровождается списком показателей, подлежащих аудиту, которые следует использовать в качестве ориентиров для дальнейшего совершенствования.

Стандарты EBCOG: к совершенствованию последипломного образования

Одна из фундаментальных целей EBCOG состоит в обеспечении высокого качества обучения будущих поколений акушеров и гинекологов. Это необходимо для достижения и поддержания высокого качества оказания медицинской помощи. Это особенно важно потому, что Европейская интеграция допускает свободное передвижение лиц, услуг, капитала и товаров. Необходим набор стандартов для однородного качества подготовки специалистов.

В настоящее время в EBCOG действует система посещений больниц (по запросу их руководства) с целью аккредитации их учебных отделений согласно утвержденному образцу и осуществления контроля за структурой и процессом последипломного образования. Предполагается, что результатом выполнения общеевропейских стандартов оказания медицинской помощи, в конечном счете, станет не только эффективное оказание клинических услуг, но и отличное обучение медицинского персонала.



Стандарты EBCOG: к улучшению качества медицинской помощи

Предполагается, что стандарты помогут обеспечить оказание общедоступных, безопасных, ориентированных на пациента медицинских услуг. Внедрение стандартов - постепенный процесс. После внедрения стандарты должны будут стать неотъемлемой частью процесса аудита и повышения качества услуг. Для того чтобы обеспечить соблюдение этих стандартов, можно предоставить данные клинического аудита в качестве доказательства необходимости и обоснования потребности в дополнительных ресурсах.

Всем заинтересованным сторонам, причастным к охране здоровья женщин, следует работать в направлении достижения стандартов, описанных в данном документе, чтобы обеспечить оказание современных безопасных услуг, отвечающих потребностям женщин и их семей.

Мы уверены, что выполнение данных стандартов оказания помощи позволит решать проблему несоответствий, наблюдаемых на всей территории ЕС, и обеспечивать максимальную эффективность здравоохранения.

Мы настоятельно призываем Комитет ЕС по здравоохранению рассмотреть вопрос о разработке единообразных систем данных, позволяющих получать точные данные о клинической деятельности во всех государствах-членах ЕС, в целях содействия осуществлению национального аудита благополучия матерей во всех странах ЕС. Подобный сбор данных должен также включать показатели материнской заболеваемости и смертности, а также исходы здоровья пациентов.

СТАНДАРТ 1

Общие стандарты оказания медицинской помощи по охране материнства

Обоснование

Службы охраны материнства должны обеспечить женщинам возможность выбора оптимальной медицинской помощи на каждом этапе их опыта материнства. Качественное профессиональное общение крайне важно для оказания эффективной и скоординированной помощи, а также для предоставления женщинам информированного выбора, наиболее отвечающего их потребностям.

Необходима программа руководства клинической практикой для контроля качества медицинской помощи, оказываемой женщинам и их семьям. Такая программа должна включать управление рисками, клинический аудит, работу с жалобами и постоянное повышение квалификации.

В клинической практике основным приоритетом должна быть безопасность.

Службы охраны материнства должны вовлекать всех заинтересованных участников, потребителей и поставщиков первичной и специализированной медицинской помощи в разработку местных моделей предоставления услуг.

Условия предоставления услуг по охране материнства должны способствовать выполнению этих стандартов.

1. Пациент в центре внимания

1.1 Всем беременным женщинам необходимо предоставить информацию обо всех доступных им возможностях в течение всего периода беременности, родов и периода после рождения ребенка, включая имеющиеся местные услуги, скрининг-тесты, виды антенатальной и постнатальной медицинской помощи, а также информацию о месте родов. Необходимо обеспечить возможность консультирования до зачатия.

1.2 Медработники должны работать в сотрудничестве с женщинами и их семьями, уважая их взгляды и неизменно стараясь обеспечить безопасные и благоприятные исходы для женщин и их детей.

1.3 Сотрудники служб охраны материнства должны уметь распознавать женщин, нуждающихся в специализированной помощи, давать им рекомендации и направлять их к специалистам.

1.4 Службы охраны материнства должны обеспечить наличие комплексных, учитывающих культурные традиции многопрофильных стратегий, стандартных операционных процедур, услуг и ресурсов для ведения семей, которые столкнулись со смертью матери, потерей беременности в первом или втором триместрах, рождением мертвого ребенка или смертью новорожденного ребенка, а также оказания им помощи.

2. Доступность

2.1 Женщинам необходимо предложить доказательно обоснованную информацию и поддержку, которые позволят им сделать выбор относительно оказываемой им медицинской помощи. Такая информация должна содержать сведения о том, где женщина будет наблюдаться, и кто будет оказывать медицинскую помощь. Предоставление женщине возможности выбора следует признать неотъемлемой частью процесса принятия решения.

2.2 Информацию необходимо предоставлять в виде, доступном для беременных женщин, у которых имеются дополнительные потребности, например, физическая, когнитивная или сенсорная инвалидность. Эти женщины могут столкнуться с трудностями общения, которые необходимо признать и принять во внимание.

2.3 Оказание услуг в сфере охраны материнства также должно основываться на современной оценке потребностей местного населения.

2.4 Следует обдумать возможность создания клиник свободного доступа/амбулаторных клиник, где женщин, озабоченных состоянием ребенка, могли бы принять в любое время суток.

2.5 Родители мертворожденных детей или детей с выявленными медицинскими или физическими проблемами должны получать своевременную помощь и поддержку в надлежащей обстановке.

2.6 Все женские консультации амбулаторного типа должны соответствовать всем национальным стандартам в отношении охраны здоровья и безопасности.

3. Процесс оказания услуг

3.1 Необходимы эффективные системы общения между всеми членами команды каждого профиля, а также с женщинами и их семьями. Члены команды должны пройти обучение и уметь распознавать признаки домашнего насилия и серьезных психических заболеваний.

3.2 В тех случаях, если местный язык отличается от родного языка женщин, необходимо обеспечить перевод. Родственники не должны выступать в качестве переводчиков.

3.3 При смене дежурств акушерок или медсестер и врачей необходимо обеспечить персональную передачу историй родов пациенток, находящихся в родильной палате.

3.4 Службы охраны материнства должны использовать местные протоколы, соответствующие доказательно обоснованным клиническим рекомендациям, для предоставления высококачественной медицинской помощи.

3.5 Медицинские учреждения в сфере охраны материнства должны обеспечить развитие потенциала служб охраны материнства с тем, чтобы можно было назначить акушерку/медсестру для оказания помощи каждой женщине в течение 100% времени после развития родовой деятельности.

3.6 План оказания медицинской помощи должен принимать во внимание важные факторы предродового, родового и ближайшего послеродового периода и включать подробные сведения, представленные медработниками различной специализации, которые оказывали медицинскую помощь матери и ее ребенку.

3.7 Помощь в послеродовом периоде должна включать предоставление информации матерям и их партнерам о грудном вскармливании, уходе за младенцем, родительских навыках и о том, как получить доступ к местным группам поддержки. Помощь в оказании таких услуг должны оказывать специализированные акушерки/медсестры, обладающие этими ключевыми навыками.

3.8 В каждой службе должны действовать стандартные операционные процедуры и стратегии, которые необходимо регулярно обновлять.

3.9 Во всех специализированных клиниках должен быть четко определенный порядок направления пациентов к специалистам для всех оказываемых видов услуг.

4. Структура руководства клинической практикой

Всеобъемлющее руководство клинической практикой подразумевает мониторинг помощи, оказываемой женщинам и их семьям, стимулирование достижения высочайшего уровня клинической практики, расширение возможностей для постоянного усовершенствования стандартов и обеспечение прозрачной отчетности. Приоритет оказания медицинской помощи - безопасность.

4.1 Структуры руководства клинической практикой должны быть созданы во всех учреждениях родовспоможения.

4.2 Все медработники должны иметь четкое понимание концепции оценки и управления рисками для повышения качества медицинской помощи и безопасности матерей и их детей, при одновременном сокращении числа предотвратимых неблагоприятных событий.

4.3 Если такое событие произошло, каждое подразделение должно провести анализ причин. Необходимо сделать выводы и, по необходимости, внести изменения в существующую систему.

4.4 Службы охраны материнства должны действовать в соответствии с доказательно обоснованными руководствами по предоставлению качественной медицинской помощи, включая оказание медицинской помощи в предродовом периоде, во время и после родов, при индукции родов и кесаревом сечении.

4.5 Необходимы доказательства того, что соответствующим образом обученные и опытные специалисты получают информированное согласие на вмешательства и обследования, и это должно быть документально оформлено. Согласие, данное во время родов, не является оптимальным, но может оказаться необходимым и действительным.

4.6 Необходима процедура для выражения благодарности, замечаний и жалоб, что позволит женщинам выразить свое мнение об опыте беременности и рождения ребенка.

4.7 Лицо, отвечающее за отчетность по происшестввиям, менеджер по клиническим рискам должны обеспечить заполнение всех необходимых документов во всех случаях, когда произошло событие, которое определено как пусковой фактор, или когда произошло событие, выходящее за рамки нормального или ожидаемого.

5. Клинический аудит

5.1 Необходимо наличие системы аудита для мониторинга важных аспектов охраны материнства и обеспечения аудиторского цикла для осуществления изменений.

5.2 Все лица и учреждения, оказывающие услуги по охране материнства, должны обеспечить участие всех сотрудников в аудитах, касающихся материнской, перинатальной или младенческой смертности или событий, могущих стать пусковыми факторами.

5.3 В отделениях должна быть папка по клиническим аудитам с четко определенными темами, планами действий, результатами аудита и документацией, показывающей улучшение исходов или помощи.

5.4 Аудитом должен заниматься ведущий врач-клиницист. Врачей-стажеров следует поощрять к участию в местных клинических аудитах, а в отделении их работу должны курировать наставники.

6. Персонал и квалификация

6.1 Акушерки, медсестры и врачи-акушеры должны быть достаточно компетентными для получения необходимой информации и выявления серьезных состояний во время беременности или потенциально серьезных акушерских состояний в анамнезе.

6.2 Необходимо обучать всех медработников тому, как донести информацию эффективно и деликатно.

6.3 Все специалисты, оказывающие услуги по охране материнства, должны проходить постоянное, регулярное специальное обучение на рабочем месте по неотложным состояниям в акушерской практике, раннему выявлению и направлению к специалистам женщин с акушерскими и прочими осложнениями, включая остановку сердца.

6.4 Необходимо наличие квалифицированных сотрудников для оказания поддержки семье в случае смерти матери или новорожденного, мертворождения или невынашивания беременности.

6.5 Сведения о квалификации каждого сотрудника должны быть подтверждены документально. Профессиональные знания и умения каждого сотрудника необходимо оценить, зафиксировать и регулярно обновлять эту информацию.

7. Стандарты обучения

7.1 Для обеспечения достаточной компетентности следует контролировать проведение осмотров и процедур молодыми специалистами (стажерами) в рамках промежуточной оценки их навыков. Лишь лицам, чья профессиональная квалификация подтверждена, может быть разрешено действовать самостоятельно.

7.2 Во всех отделениях должны быть доступны письменные рекомендации для врачей-стажеров, в том числе по родильному отделению, о том, когда обращаться за советом, а также о процедурах, которые они могут выполнять без непосредственного контроля.

7.3 Всех новых специалистов следует должным образом ввести в курс дела и предложить им наставника. За врачом-стажером должен быть закреплен наставник, наблюдающий за образовательным процессом.

7.4 В каждом отделении необходимо предусмотреть сотрудника, отвечающего за проведение клинического аудита, и этот сотрудник должен разработать свой портфель клинических аудитов. Необходимо оказать поддержку каждому стажеру с тем, чтобы он/она провели, по меньшей мере, один клинический аудит в год в целях расширения знаний об управлении клинической практикой.

8. Показатели, подлежащие аудиту

- 8.1 Процент женщин, своевременно проходящих пренатальные скрининговые тесты.
- 8.2 Процент женщин, получающих подходящее обезболивающее по своему выбору во время родов.
- 8.3 Предоставление перевода и услуг по защите интересов для женщин, не говорящих на местном языке.
- 8.4 Отношение числа акушерок или медсестер акушерских отделений к числу рожениц (процент времени, когда один сотрудник оказывал помощь одной женщине).
- 8.5 Работа с жалобами и принятые меры (целевой показатель - 100%-ное реагирование в течение 28 дней).
- 8.6 Процент специалистов-медиков по охране материнства (врачей, акушерок и медсестер), прошедших обучение по акушерским осложнениям и неотложным состояниям (например, остановка сердца и кровотечение).
- 8.7 Процент специалистов-медиков по охране материнства, которые прошли обучение и понимают значение серьезных психических отклонений и домашнего насилия в анамнезе.
- 8.8 Процент специалистов по охране материнства, которые изучали современные руководства по антенатальному скринингу.
- 8.9 Документальные доказательства знаний сотрудников и наличие комплексных клинических руководств.
- 8.10 Документальные сведения о присутствии специалистов разных направлений при рассмотрении акушерских случаев и на заседаниях по аудиту.
- 8.11 Доказательства того, что в каждом подразделении имеется четко прописанный протокол, согласно которому врачи-стажеры и новые назначенные специалисты проводят процедуры без непосредственного контроля только после подтверждения их профессиональной компетентности.
- 8.12 Привлечение сотрудников к управлению рисками, например, процент сотрудников, заполнивших документы о происшествиях и получивших ответную реакцию (опросник для персонала).

СТАНДАРТ 2

Помощь до беременности

Обоснование

Медицинская помощь до беременности должна обеспечивать женщинам репродуктивный выбор и наступление только желанных беременностей, оптимально запланированных для обеспечения хороших медицинских и социальных исходов. Медицинская помощь до беременности также должна включать предоставление информации о дополнительном приеме фолиевой кислоты.

Помимо этого, услуги до беременности могут включать предоставление информации о местной политике антенатального скрининга и многопрофильных услугах, доступных во время беременности.

Оказание помощи до беременности женщинам с особыми потребностями имеет важное значение для обеспечения их социальной и физической стабильности до зачатия, а также позволяет дать им общие рекомендации по сохранению здоровья.

1. Клинические стандарты

1.1 Все поставщики услуг по охране материнства должны сотрудничать с местными органами власти в сфере здравоохранения для предоставления рекомендаций женщинам до беременности, включая рекомендации по питанию и физической активности, информацию о преимуществах грудного вскармливания, о сексуальном здоровье и отказе от алкоголя, наркотиков и курения, а также рекомендации по здоровому образу жизни.

1.2 Консультирование и поддержку до беременности следует оказывать женщинам детородного возраста с имеющимися серьезными заболеваниями и психическими нарушениями, которые могут усугубиться из-за беременности; это, например, эпилепсия, диабет, гипертензия, нефропатии, врожденные или приобретенные сердечные заболевания, аутоиммунные нарушения, ожирение или психические заболевания в анамнезе.

1.3 Специальное обслуживание до беременности необходимо обеспечить женщинам с тяжелым акушерским или медицинским анамнезом, неблагоприятными перинатальными или акушерскими исходами или при отягощенном семейном анамнезе.

1.4 Обслуживание должно быть достаточно гибким, чтобы отвечать потребностям всех женщин, включая беременных подростков, лиц с нарушениями обучаемости и физической инвалидностью, женщин из этнических меньшинств, уязвимых женщин, труднодоступные группы населения, лиц, ищущих убежища и беженцев.

1.5 Все поставщики услуг по охране материнства должны обеспечить легкую доступность контактной информации для всех женщин с тем, чтобы первое обращение состоялось как можно быстрее после положительного результата теста на беременность.

2. Стандарты обучения

2.1 Все врачи-стажеры должны быть обучены и уметь собрать полный семейный и личный анамнез, включая социальные аспекты, например, факты домашнего насилия, злоупотребления наркотиками и алкоголем, а также вопросы, которые воспринимаются как вторжение в частную жизнь, например, тестирование на ВИЧ.

2.2 Чтобы освоить навыки консультирования, стажер должен посещать специальные клиники, работающие до зачатия с женщинами с неблагоприятными акушерскими или перинатальными исходами.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Процент женщин, принятых поставщиком медицинских услуг в период до зачатия и принимавших фолиевую кислоту в течение более одного месяца до зачатия.

3.2 Доказательства того, что службы по охране материнства обеспечивают помощь женщинам из неблагополучных групп, сообществ и меньшинств на ранних сроках беременности, а также поддерживают контакт с ними до и после рождения ребенка.

СТАНДАРТ 3

Помощь при неотложных состояниях на ранних сроках беременности

Обоснование

У значительного числа женщин наблюдаются боли и кровотечение на ранних сроках беременности, которые требуют своевременной оценки специалистом с целью диагностики и оказания помощи в случае выкидыша и внематочной беременности. Неправильное ведение приводит к неблагоприятным исходам.

Для женщин, у которых произошла спонтанная потеря беременности, имеется три варианта ведения (хирургическое/медикаментозное/консервативное). Консервативные методы ведения женщин со спонтанным абортom на сроке менее 13 недель в определенных случаях настолько же эффективны, как и два других метода^{21, 22}.

Хорошо организованное отделение ведения беременностей ранних сроков также должно предоставлять скоординированную помощь в ведении женщин с внематочной беременностью²².

1. Клинические стандарты

1.1 Должны действовать формальные механизмы направления пациентов в службы, занимающиеся беременностями ранних сроков. Женщины, у которых прежде на ранних сроках беременности наблюдались проблемы, должны иметь возможность самостоятельно обратиться для первоначальной оценки. Ведение пациенток необходимо осуществлять в соответствии с согласованным местным порядком оказания медицинской помощи, включая скрининг на инфекции (в том числе, хламидии) и профилактику резус-конфликта путем введения анти-D антител.

1.2 Поставщики медицинских услуг должны обеспечить доступность отделений, занимающихся ведением беременностей ранних сроков, к высококачественной ультразвуковой диагностике и биохимическому анализу в целях постановки точного диагноза.

1.3 Женщинам с невынашиванием беременности должны быть доступны различные тактики ведения, например, хирургическая/медикаментозная/консервативная.

1.4 Должен действовать четко определенный порядок оказания медицинской помощи женщинам с возможной внематочной беременностью.

1.5 Для обеспокоенных или находящихся в подавленном состоянии женщин и их партнеров необходимо обеспечить подходящую обстановку и доступ к консультированию и соответствующей информации.



2. Стандарты обучения

2.1 Стажеры должны уметь продемонстрировать свои профессиональные навыки выполнения ультразвукового исследования на ранних сроках беременности (трансабдоминального и трансвагинального).

2.2 Стажер должен вести журнал регистрации случаев и проводить аудит практики.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Доказательства того, что руководства и порядки оказания медицинской помощи для женщин с проблемами на ранних сроках беременности регулярно обновляются.

3.2 Частота применения медикаментозного, хирургического и консервативного ведения при невынашивании беременности и внематочной беременности.

3.3 Частота недиагностированной внематочной беременности.

3.4 Число нарушенных внематочных беременностей в год после установления диагноза в отделении, которое занимается ведением беременностей ранних сроков.

3.5 Надлежащая профилактика резус-конфликта путем введения анти-D антител.

3.6 Частота положительных результатов тестирования на инфекции, включая хламидийную.

СТАНДАРТ 4

Дородовая помощь

Обоснование

Первое посещение врача - важная возможность наладить длительные доверительные отношения между женщиной и поставщиком медицинских услуг к концу 12-ой недели беременности. Медицинская помощь на ранних сроках беременности позволяет выявить специфические клинические факторы риска, которые могут потребовать особой дородовой помощи и наблюдения в течение всей беременности; определить социальные проблемы, в связи с которыми женщинам может потребоваться помощь социальных служб и служб психического здоровья, а также проинформировать женщин о здоровом образе жизни во время беременности.

Бедность, низкое социальное положение и статус иммигранта связаны с неблагоприятными исходами беременности. Эти неравенства в перинатальном здоровье могут иметь долгосрочные последствия¹³. Они могут и далее усугубляться из-за ограниченного доступа к медицинской помощи во время беременности и недостаточно качественной помощи в связи с языковыми барьерами и культурными различиями.

Дети, зачатые с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), по сравнению с детьми, зачатыми естественным путем, подвергаются большему риску неблагоприятных исходов. При искусственном оплодотворении выше вероятность многоплодной беременности²³.

Следует разработать индивидуальный план оказания медицинской помощи на основе детального сбора анамнеза и обмена информацией. Женщины выигрывают от поддержки и защиты интересов, предоставляемых известным поставщиком медицинских услуг в течение всего срока беременности.

1. Клинические стандарты

1.1 Во время первого контакта беременным женщинам следует предложить информацию о следующем: как развивается ребенок в течение беременности, питание и диета, включая добавки, физические упражнения, польза скрининг-тестирования и порядок оказания медицинской помощи при беременности.

1.2 Во время первого контакта беременным женщинам следует предложить информацию о доступных на местном уровне услугах по ведению беременности, родовспоможению и послеродовой помощи.

1.3 Оценку рисков и потребностей, включая сбор акушерского, медицинского и социального анамнеза необходимо проводить во время первого посещения врача. Эту оценку следует проводить повторно во время каждого последующего визита в дородовом периоде для выявления новых факторов риска и соответствующего изменения плана оказания медицинской помощи.

1.4 После подтверждения беременности женщин с особыми потребностями следует как можно скорее направить к соответствующему узкому специалисту.

1.5 В подразделении должны действовать четко прописанные протоколы и порядок предоставления дородовой помощи для женщин без особенностей и женщин с высоким риском осложнений беременности.

1.6 При предоставлении дородовой помощи необходимо принимать во внимание культуру и традиции, а также уважать желания женщины.

2. Стандарты обучения

2.1 Все стажеры должны продемонстрировать свои навыки выявления и первоначального ведения пациентов с серьезными заболеваниями и психическими расстройствами, а также направления пациентов к многопрофильным командам специалистов для получения рекомендаций.

2.2 Все стажеры должны пройти контролируемый курс обучения раннему распознаванию и ведению тяжелобольных женщин, а также посещать курсы по оказанию специализированной реанимационной помощи.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Доказательства того, что для >90% женщин записана полная информация об их этнической принадлежности, стране рождения и возрасте на момент первого посещения врача и полная оценка потребностей (медицинских) во время беременности, а также согласованный план действий к концу 12-ой недели беременности.

3.2 Доказательства того, что у >90% женщин подтверждена маточная беременность посредством ультразвукового исследования к 13-ой неделе беременности.

3.3 Доказательства того, что назначены соответствующие обследования для скрининга патологических состояний плода и метаболических расстройств в соответствии с национальными рекомендациями.

3.4 Процент матерей с диабетом и (или) эпилепсией, получающих повышенную дозу фолиевой кислоты, о чем сделана запись при первом визите к врачу (целевой показатель >90%).

3.5 Процент женщин с особыми потребностями, надлежащим образом направленных в специализированные клиники (целевой показатель >95%).

3.6 Процент здоровых женщин, получивших стандартную дородовую помощь в соответствии с национальными рекомендациями (целевой показатель >90%).

СТАНДАРТ 5

Аntenатальный скрининг

Обоснование

Неотъемлемый элемент дородовой помощи - своевременная диагностика и соответствующее ведение пациенток с проблемами материнства и выявление патологических состояний плода с целью информирования пациенток и составления плана оказания помощи.

1. Клинические стандарты

1.1 Всем женщинам следует предложить комплексный качественный антенатальный скрининг (путем тестирования сыворотки крови и ультразвукового исследования) для выявления нарушений развития плода на ранних стадиях. Ультразвуковое исследование на ранних стадиях также определяет гестационный возраст и выявляет многоплодную беременность. После этого следует проводить повторное ультразвуковое исследование во втором триместре для подробного анатомического исследования плода/плодов.

1.2 Все поставщики медицинских услуг должны предлагать женщинам дородовое обследование и скрининг в качестве возможных опций (с разъяснением цели и последствий каждого теста), а не в качестве рутинных процедур во время беременности.

1.3 Все поставщики медицинских услуг по охране материнства должны обеспечить уважительное отношение и документальное оформление обращения женщины за услугой или лечением, или отказа от них.

1.4. Всех женщин, для которых установлен риск резус-иммунизации или других заболеваний, следует наблюдать и лечить согласно соответствующим протоколам.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажеры должны уметь продемонстрировать, что все случаи, оценку и ведение которых они проводили, соответствуют местным протоколам.

2.2 Старшие стажеры, специализирующиеся по фетальной медицине, должны провести аудит случаев, когда они проводили самостоятельное ультразвуковое исследование или инвазивные процедуры, для определения их точности и соответствия национальным стратегиям скрининга¹⁶.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Процент женщин, своевременно вставших на учет (первый визит к врачу < 13 недель), которым предложено два упомянутых выше ультразвуковых исследования (целевой показатель > 90%).

3.2 Число женщин, своевременно вставших на учет, согласившихся на исследование сыворотки крови на структурные и хромосомные аномалии плода.

3.3 Число беременностей с патологическими состояниями плода, пропущенными при использовании существующих стратегий скрининга.

3.4 Число женщин, сообщивших о том, что им предоставили информацию и возможность выбора относительно обследований и скрининга в рамках дородовой помощи (опрос женщин).

3.5 Общее число прерываний беременности, проведенных после дородовой диагностики тяжелых врожденных аномалий плода на 1000 родов.

3.6 Число проведенных амниоцентезов или биопсий ворсин хориона на 1000 родов.

3.7 Число амниоцентезов или биопсий ворсин хориона с отрицательным результатом на 1000 родов.

3.8 Частота самопроизвольных выкидышей после проведения амниоцентеза.

3.9 Частота самопроизвольных выкидышей после проведения биопсии ворсин хориона.

СТАНДАРТ 6

Помощь женщинам с заболеваниями и (или) с особыми потребностями

Обоснование

Матери с заболеваниями, существовавшими до беременности, имеют повышенный риск серьезных осложнений или заболеваемости. При необходимости соответствующая многопрофильная команда должна представить план оказания медицинской помощи для оптимизации исходов.

Было показано, что социальные факторы усугубляют неблагоприятные исходы как для матери, так и для ребенка. Некоторым женщинам и их семьям требуются специально разработанные услуги для обеспечения доступности, раннего вовлечения и непрерывной поддержки и помощи.

Необходимы местные протоколы для проведения тщательной оценки и удовлетворения потребностей иммигрантов, в особенности из экономически неразвитых стран, и людей, не говорящих на языке принимающей страны.

1. Клинические стандарты

1.1 Женщинам со сложными заболеваниями следует предложить обследование у специалиста. Такие заболевания включают эпилепсию, неврологические расстройства, диабет, гипертензию, астму, заболевания почек, врожденные или установленные приобретенные заболевания сердца, аутоиммунные заболевания, заболевания крови, ожирение, тяжелые психические расстройства и любые заболевания, в связи с которыми необходимо постоянное наблюдение врача.

1.2 В службах охраны материнства должны существовать механизмы (через сети клинических и местных социальных служб), включающие протоколы обмена информацией и координаторов (контактные лица) и позволяющие обеспечить необходимую поддержку женщинам из неблагополучных групп населения.

1.3 Женщины-мигрантки могут подвергаться риску из-за недиагностированных ранее заболеваний. Врачи должны обеспечить детальный и полный сбор анамнеза при первом визите и в соответствующих случаях – скорейшую и максимально полную оценку общего состояния здоровья.

1.4 В случаях, когда местный язык отличается от родного языка женщин, необходимо обеспечить перевод. Родственники не должны выступать в качестве переводчиков. Необходимы механизмы для обеспечения переводческих услуг на уровне сообщества, в особенности в неотложных или острых случаях.

1.5 Необходимы совместные рабочие механизмы служб охраны материнского здоровья и местных служб, которые занимаются проблемами домашнего насилия. Всем беременным женщинам следует предоставлять информацию об этих услугах.

1.6 Помощь всем женщинам, у которых имеются проблемы с наркотиками и (или) алкоголем, должна оказывать многопрофильная команда специалистов.

1.7 Необходимо создать систему четкого порядка направления к специалистам с тем, чтобы беременных женщин, которым требуется дополнительная помощь, лечили соответствующие специалисты.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажеры должны представить доказательства посещения клиник, оказывающих услуги по дородовой помощи и терапии внутренних болезней беременным женщинам, страдающим сложными заболеваниями.

2.2 Старшие стажеры должны посещать специальные мероприятия или курсы для специалистов для изучения течения сопутствующих заболеваний и беременности при их сочетании.

2.3 По возможности стажеры должны посещать симуляционные тренинги, чтобы лучше понимать порядок оказания медицинской помощи, в особенности в случае острых заболеваний или осложнений.

2.4 Стажеры должны продемонстрировать свое понимание местного порядка и систем организации безопасности пациента. Эту информацию можно подтвердить с помощью отчетов о неблагоприятных явлениях и посещения мероприятий по управлению рисками.

2.5 Старшие стажеры должны рассмотреть возможность проведения аудита исходов беременности у социально неблагополучных лиц и лиц с серьезными заболеваниями для оценки соблюдения местных руководств.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Число женщин с ранее существовавшими заболеваниями, оценку состояния и наблюдение за которыми обеспечивала многопрофильная команда соответствующих специалистов.

3.2 Число женщин с ранее существовавшими заболеваниями, для которых разработан и документально оформлен план оказания помощи.

3.3 Доказательства существования местных стратегий для охвата женщин из труднодоступных групп населения, а также женщин, подвергающихся риску домашнего насилия или страдающих от такого насилия.

3.4 Доказательства наличия услуг по письменному и устному переводу и защите прав пациентов.

3.5 Доказательства наличия письменной информации для оказания помощи женщинам из неблагополучных групп населения.

СТАНДАРТ 7

Помощь беременным женщинам с психическими нарушениями

Обоснование

Психические заболевания в перинатальном периоде оказывают серьезное влияние на женщину и ее семью. Недиагностированные или неправильно леченные психические заболевания во время беременности и после родов могут иметь серьезные последствия²⁴.

1. Клинические стандарты

1.1 Все поставщики медицинских услуг в сфере охраны материнства и психического здоровья должны иметь совместные алгоритмы ведения беременных женщин с ранее существовавшими или появившимися психическими заболеваниями.

1.2 Беременным или планирующим беременность женщинам с психическим заболеванием, а также женщинам, у которых развивается психическое заболевание во время беременности или в послеродовом периоде, информацию, оценку и лечение должны предоставлять специалист-психиатр или группа специалистов.

1.3 Оценка состояния и ведение всех женщин, которые имеют установленный риск серьезного психического заболевания после родов, должны быть проведены психиатром или группой специалистов. Необходимо создать систему тщательного наблюдения за пациентками после родов.

1.4 Все специалисты, оказывающие помощь женщинам непосредственно после родов, должны уметь отличать обычные эмоциональные и психологические изменения от серьезных психических расстройств. Женщин, которым требуется госпитализация в психиатрическую клинику после родов, необходимо госпитализировать в специальное отделение для матери и ребенка.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажеры должны представить доказательства посещения клиник, обеспечивающих одновременно родовую и психиатрическую помощь беременным женщинам, страдающим сложными психическими заболеваниями.

- 2.2 Старшие стажеры должны посещать научно-практические мероприятия или курсы для специалистов, чтобы изучить взаимосвязь между распространенными психическими заболеваниями и беременностью.
- 2.3 По возможности стажеры должны посещать симуляционные тренинги, чтобы лучше понять порядок оказания медицинской помощи, в особенности в случае острых психических заболеваний.
- 2.4 Стажеры должны продемонстрировать понимание действующих в учреждении процедур и систем организации безопасности пациента. Эту информацию можно подтвердить с помощью отчетов о неблагоприятных явлениях и посещения мероприятий по управлению рисками.

3. Показатели, подлежащие аудиту

- 3.1 Доказательства наличия местных совместных рабочих механизмов в сети учреждений по охране психического здоровья в перинатальном периоде.
- 3.2 Процент записей в историях беременных пациенток о том, что женщин опрашивали об истории психических расстройств в семье и у самих пациенток.
- 3.3 Процент женщин с психическими заболеваниями, которым предоставлялось консультирование до зачатия.
- 3.4 Процент женщин с психическими заболеваниями, наблюдение за которыми осуществляет специалист-психиатр или группа специалистов-психиатров.
- 3.5 Процент женщин, у которых развивается послеродовая депрессия.
- 3.6 Процент женщин, совершающих самоубийство в течение одного года после родов (на 10 000 родов).

СТАНДАРТ 8

Помощь женщинам с заболеваниями, развившимися во время беременности

Обоснование

Цель дородовой помощи - раннее выявление проблем, при которых требуется дополнительная поддержка. Службы охраны материнского здоровья должны быстро реагировать при возникновении осложнений и предоставлять все необходимые средства и знания, чтобы обеспечить наилучшие результаты для матери и ребенка²⁵.

1. Клинические стандарты

- 1.1 Крайне важна высококачественная работа многопрофильной команды. Специалисты должны поддерживать связь с другими специалистами и коллегами.
- 1.2 Необходимо создать четкую систему направления к специалистам с тем, чтобы беременных женщин, которым требуется дополнительная помощь, в случае выявления проблем наблюдали и лечили соответствующие группы специалистов.
- 1.3 Женщины с осложненной беременностью и женщины, которых лечат несколько специалистов, должны получать поддержку и защиту со стороны известного поставщика медицинских услуг в течение всего срока беременности.
- 1.4 Разработка и регулярное использование схемы «ранних акушерских предостережений» могут быть полезны для своевременного распознавания, лечения и направления к специалистам женщин, у которых имеются или развиваются критические состояния.
- 1.5 Ответственный/дежурный врач-акушер должен знать обо всех пациентках акушерского отделения, у которых есть проблемы со здоровьем, хирургические или акушерские проблемы.
- 1.6 Все поставщики медицинских услуг должны обеспечить наличие во всех службах охраны материнства соответствующих материальных средств, знаний, потенциала и резерва для оказания своевременной и комплексной неотложной акушерской помощи, включая перевод в отделение интенсивной терапии.

2. Стандарты обучения

- 2.1 Стажеры должны представить доказательства посещения клиник, оказывающих услуги по дородовой помощи и лечению внутренних болезней у беременных женщин, страдающих сложными заболеваниями.
- 2.2 Старшие стажеры должны посещать встречи или курсы для специалистов для изучения того, как во время беременности могут развиваться заболевания и как они могут влиять на течение беременности.
- 2.3 По возможности стажеры должны посещать тренинги с использованием медицинских сценариев, чтобы лучше понимать порядок оказания медицинской помощи, в особенности в случае острых заболеваний или осложнений, например, эклампсии.
- 2.4 Стажеры должны продемонстрировать понимание действующих в учреждении процедур и систем организации безопасности пациента. Эту информацию можно подтвердить с помощью отчетов о неблагоприятных явлениях и посещения мероприятий по управлению рисками.
- 2.5 Старшие стажеры должны рассмотреть возможность проведения аудита исходов беременностей среди пациенток, у которых появились серьезные заболевания для оценки соблюдения местных руководств.

3. Показатели, подлежащие аудиту

- 3.1 Доказательства наличия местных протоколов для лечения акушерских осложнений.
- 3.2 Доказательства аудита соответствующего лечения для женщин, у которых развились осложнения.
- 3.3 Доказательства существования протоколов ведения беременных женщин службами неотложной и экстренной медицинской помощи.
- 3.4 Доказательства наличия местных механизмов для перевода пациенток в отделения интенсивной терапии.
- 3.5 Доказательства разработки на местах схем раннего предостережения о критических состояниях.

СТАНДАРТ 9

Помощь беременным женщинам, страдающим ожирением

Обоснование

Ожирение не только влияет на психическое, физическое и эмоциональное здоровье, но также повышает частоту возникновения гипертензии, диабета, сексуальной дисфункции, бесплодия и сердечно-сосудистых заболеваний, которые причиняют вред здоровью и снижают качество жизни.

У женщин с ожирением значительно повышен риск привычного невынашивания беременности, пороков развития плода, сахарного диабета беременных, преэклампсии и тромбоза глубоких вен. Также повышен риск аномалий родовой деятельности, оперативного родоразрешения, необъяснимого мертворождения. Ожирение - это также фактор риска материнской смертности во время беременности²⁵⁻²⁶.

Считается, что ожирение беременных связано с ожирением у потомства. Этот эффект не зависит от общих генетических и экологических факторов.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1997 году официально признала ожирение глобальной эпидемией и важной проблемой для здоровья²⁷.

1. Клинические стандарты

1.1 Службы охраны материнства должны работать с другими местными службами для внедрения механизмов, которые обеспечивают доступ женщин детородного возраста к службам, предлагающим рекомендации по управлению весом и изменениями стиля жизни для оптимизации веса женщины до наступления беременности.

1.2 Службы поддержки должны предлагать рекомендации по отказу от курения и ежедневному приему повышенных доз фолиевой кислоты до зачатия. Женщинам с ожирением также необходим дополнительный прием витамина D во время беременности и грудного вскармливания.

1.3 Для разработки четких стратегий и протоколов оказания помощи женщинам с индексом массы тела (ИМТ) >30 в каждом учреждении родовспоможения необходимо участие многопрофильной команды. Эти протоколы должны учитывать следующие элементы:

- а) критерии направления к специалистам;
- б) материально-техническая база и оборудование;

- в) медицинская помощь во время беременности (в особенности скрининг на аномалии плода);
- г) обследование на преэклампсию и тромбоз глубоких вен;
- д) помощь в родах (оценка риска анестезии, оценка состояния матери и плода во время родов, а также потребность в ручном пособии в родах);
- е) помощь после родов (профилактика тромбоза глубоких вен и поддержка грудного вскармливания);
- ж) ведение неотложных состояний в акушерской практике.

1.4 Для женщин с ожирением в ходе первого дородового визита следует оценить риски и предоставить доступную информацию о рисках, связанных с беременностью, и как их можно свести к минимуму. Женщин с высоким ИМТ (>40) также должна осмотреть анестезиологическая бригада.

1.5 В каждом отделении должна быть согласованная тактика в отношении гестационного сахарного диабета, предпочтительно с использованием критериев ВОЗ (Приложение 2).

1.6 Для женщин с ИМТ >30 следует проводить оценку рисков (в сопоставлении с согласованным перечнем рисков) во время каждого дородового посещения врача, в сроки доношенной беременности и при поступлении для родоразрешения для разработки конкретных стратегий оказания медицинской помощи.

1.7 Следует информировать ответственного дежурного врача-акушера и консультирующего ответственного дежурного анестезиолога о госпитализации женщины с высоким ИМТ (>40). При акушерском отделении должна работать служба по уходу за новорожденными.

1.8 В каждом учреждении родовспоможения должны действовать протоколы наблюдения пациенток во время родовой деятельности, обезболивания, стимуляции родовой деятельности, оперативного родоразрешения, ухода за ранами и профилактики сепсиса.

1.9 Все специалисты, оказывающие помощь женщинам с высоким индексом массы тела, должны быть в курсе действующих в больнице политик и протоколов, инструментов оценки риска и планов действий.

1.10 Все специалисты, оказывающие помощь женщинам с высоким индексом массы тела, должны пройти обучение технике ручных пособий.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажеры должны продемонстрировать свое понимание проблем, связанных с беременностью женщин с ожирением. Этого можно добиться путем проведения аудита результатов беременностей для женщин с ИМТ > 40.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Процент женщин с ИМТ >30 на момент первого визита к врачу, которые начали принимать повышенную дозу фолиевой кислоты ежедневно до зачатия.

3.2 Процент женщин, которым требовалось более одного ультразвукового обследования во втором триместре для выявления патологического состояния плода, у которых родились дети с патологией.

3.3 Процент женщин с ИМТ > 30 на момент первого визита к врачу и другими факторами риска венозной тромбоземболии, которым в дородовом периоде была назначена лекарственная профилактика тромбозов, продолженная после родов.

3.4 Процент женщин с ИМТ > 30 на момент первого визита к врачу, которым во время беременности проводили глюкозотолерантный тест.

3.5 Процент женщин с ИМТ > 30 на момент первого визита к врачу, которым во время беременности не проводился глюкозотолерантный тест, и которые в срок родили детей с массой тела более 4000 г.

3.6 Процент женщин с ИМТ > 40 на момент первого визита к врачу, у которых до родов проводилась оценка потребности в анестезии.

3.7 Процент женщин с ИМТ > 40 на момент первого визита к врачу, которым после родов была назначена тромбопрофилактика.

3.8 Процент оперативных родоразрешений через естественные родовые пути или кесаревых сечений у женщин с ИМТ > 40 на момент первого визита к врачу, которые находились под наблюдением старшего акушера и анестезиолога во время родов.

3.9 Процент медработников, которые посещали курсы по изучению техники ручного пособия.

3.10 Аудит необъяснимых мертворождений, при которых ИМТ беременной женщины на момент первого визита к врачу составил >30 , и проводился скрининг на сахарный диабет беременных.

СТАНДАРТ 10

Профилактика преждевременных родов

Обоснование

Преждевременные роды - серьезная, широко распространенная медико-социальная проблема; частота регистрируемых случаев в разных странах мира колеблется между 6% и 15%. Этот показатель возрастает в связи с тем, что сегодня статистические данные включают некоторые из тех случаев, которые в прошлом классифицировались как самопроизвольный аборт во втором триместре беременности - поздний выкидыш. Растущая частота преждевременных родов в промышленно развитых странах связана с увеличением возраста матерей, изменением образа жизни, ожирением и многоплодными беременностями, наступающими в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Целью перинатальной медицины является выявление конкретных факторов риска и ведение пациенток с высоким риском с использованием соответствующих профилактических средств.

1. Клинические стандарты

1.1 Все врачи, оказывающие медицинские услуги в сфере охраны материнства, должны быть способны идентифицировать факторы риска (таблица 1) преждевременных родов и начать применение превентивных стратегий, таких как профилактические рекомендации относительно образа жизни, терапевтические вмешательства в связи с выявленными факторами риска и оценка длины шейки матки во втором триместре беременности.

1.2 Женщин с высоким риском преждевременных родов следует направлять или вести в сотрудничестве с клиниками, имеющими отделения реанимации новорожденных.

1.3 Должна действовать система направления пациенток, чтобы роды на сроке менее 32 недель принимали в учреждениях родовспоможения, имеющих отделения реанимации новорожденных.

1.4 Во всех случаях наличия у женщин симптомов угрожающих преждевременных родов истинные или ложные преждевременные роды должны быть диагностированы на основе оценки длины шейки матки и/или анализа признанных биомаркеров, указывающих на угрозу преждевременных родов.

1.5 Следует назначать только токолитические препараты с незначительными возможными побочными эффектами для беременных (антагонист окситоцина; блокатор кальциевых каналов (антагонист кальция), антагонист простагландина при сроках беременности менее 34 недель).

- 1.6 В случаях повышенного риска следует рассмотреть возможность назначения беременной пациентке одного курса кортикостероидов.
- 1.7 В случаях преждевременных родов на сроке менее 32 недель следует назначать магнезию ($MgSO_4$) внутривенно.
- 1.8 Женщины, предыдущая беременность которых закончилась преждевременными родами, должны иметь возможность получить консультацию специалиста в амбулаторных клиниках.

Таблица 1

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Характеристики беременной

Возраст (моложе 18 лет, старше 36 лет)

ИМТ (<19, >30)

Образ жизни (курение, недостаточное питание, злоупотребление наркотиками, злоупотребление алкоголем, несоблюдение правил гигиены)

Физические нагрузки и физический труд (поднятие тяжестей >5 кг, работа стоя > 6 часов в день, работа > 42 часов в неделю)

Заболевания, существовавшие до беременности

Сахарный диабет

Хроническая артериальная гипертензия

Астма

Системная красная волчанка

Эндокринные заболевания (гипотиреоз и гипертиреоз)

Врожденные/ приобретенные пороки развития матки

Акушерский/гинекологический анамнез

Преждевременные роды

Выкидыши или аборты

Кесарево сечение

Интервал между беременностями менее 1 года

Хирургические операции на шейке матки

Текущая беременность

Амниоцентез/виллоцентез

Многоплодные беременности

ЭКО/ИКСИ

Мужской пол плода

2. Стандарты обучения

- 2.1 Стажеры должны уметь оценивать факторы риска преждевременных родов и знать, как применять превентивные стратегии.
- 2.2 Стажеры должны уметь измерять длину шейки при влагалищном ультразвуковом исследовании и применять признанные биомаркеры, указывающие на угрозу преждевременных родов.
- 2.3 Стажеры должны уметь принимать решение о назначении беременной пациентке курса кортикостероидов до родов.
- 2.4 Стажеры должны знать о побочных эффектах приема токолитических препаратов и противопоказаниях для их назначения.

3. Показатели, подлежащие аудиту

- 3.1 Доказательства наличия письменных местных протоколов профилактических стратегий (оценка риска в первом триместре, дополнительные диагностические инструменты, такие как ультразвуковая оценка длины шейки матки) и доказательно обоснованных вмешательств.
- 3.2 Доказательства ежедневной круглосуточной доступности влагалищного ультразвукового исследования для измерения длины шейки матки.
- 3.3 Процент женщин, прошедших обследование для измерения длины шейки матки между 19-ой и 24-ой неделями беременности.
- 3.4 Процент женщин, у которых роды наступили на сроке менее 34 недель и которым назначали кортикостероиды.
- 3.5 Процент женщин, получавших кортикостероиды до родов и родивших в срок.
- 3.6 Процент женщин, у которых роды наступили преждевременно (в сроки менее 37 недель) или ребенок родился недоношенным (в сроки менее 32 недель), которым назначали специальные препараты (прогестерон, антагонист рецепторов окситоцина, блокатор кальциевых каналов (антагонист кальция), антагонист простагландина), накладывали швы на шейку матки (серкляж) или назначали использование маточного кольца (пессария).
- 3.7 Каждое отделение должно собирать данные об исходе и побочных эффектах каждой беременности, при ведении которой был назначен прием токолитических препаратов (с указанием назначаемого препарата и режима приема), накладывался цервикальный шов (серкляж) или использовалось маточное кольцо (пессарий).

СТАНДАРТ 11

Родовспоможение

Обоснование

Организация работы родильной палаты должна осуществляться в рамках действующей активной и прозрачной системы руководства клинической практикой, применимой к любому типу родильного отделения. Доказательно обоснованные и регулярно обновляемые местные клинические протоколы должны поддерживать обеспечение эффективной многопрофильной деятельности служб. Работу служб должны обеспечивать специалисты, обладающие надлежащей квалификацией и опытом. Медицинское учреждение должно обеспечивать всем штатным специалистам возможность и поддержку непрерывного последипломного образования. Необходимо регулярно проверять работу отделения и сравнивать статистику акушерских вмешательств с показателями аналогичных по размеру отделений и общенациональными данными^{16, 25}.

1. Клинические стандарты

1.1 Общие

1.1.1 В каждом родильном отделении и родильной палате должны быть персонально назначены главная акушерка/медицинская сестра, врач-акушер, педиатр и анестезиолог.

1.1.2 Медицинские учреждения должны обеспечить соответствие численности и квалификации персонала родильных залов нагрузке и уровню сложности клинической работы.

1.1.3 В специализированных родильных отделениях должна быть обеспечена круглосуточная доступность анестезии и анальгезии под контролем специалиста, служб интенсивной терапии и реанимации, лаборатории клинической биохимии, банка крови и других вспомогательных служб, а также комплексный уход за новорожденными.

1.1.4 Медицинские учреждения, оказывающие услуги родовспоможения, должны обеспечивать наличие у всех специалистов соответствующей квалификации в области интенсивной терапии и неотложной помощи взрослым, акушерским пациенткам и новорожденным.

1.2 Акушерки/медицинские сестры

1.2.1 Учреждения родовспоможения должны обеспечить развитие такого потенциала, чтобы можно было обеспечить оказание помощи акушеркой/медсестрой каждой женщине в течение 100% времени после развития родовой деятельности.

1.3 Врачи-акушеры

1.3.1 Медицинские учреждения должны обеспечить участие специалиста в принятии решения по поводу любого кесарева сечения.

1.3.2 Должен быть обеспечен немедленный доступ к специалисту в случаях, требующих неотложной акушерской помощи, а также для поддержки врачей-стажеров, когда это необходимо.

1.3.4 Любое плановое досрочное родоразрешение требует внимания сотрудников с соответствующей компетентностью в интерпретации результатов оценки состояния плода.

1.4 Анестезиологи

1.4.1 Специализированные родильные отделения должны располагать службой анестезии под руководством главного анестезиолога.

1.4.2 В таких отделениях специализированная служба анестезии должна быть доступна в любой момент родоразрешения.

1.4.3 Стажеры-анестезиологи должны иметь возможность в любой момент получить совет и помощь штатного анестезиолога. Стажеры и подчиняющиеся им специалисты должны знать пределы своей компетентности и те случаи, когда им необходимы контроль и помощь.

1.5 Педиатры

1.5.1 Во всех специализированных родильных отделениях должен быть назначен главный неонатолог/ педиатр.

1.5.2 В акушерских отделениях должны быть круглосуточно доступны неонатолог/ педиатр или врач-ординатор, прошедший подготовку и подтвердивший свою квалификацию в области неонатальной реанимации и интенсивной терапии.



1.6 Организация работы и оформление документации

1.6.1 Организация работы должна осуществляться в рамках активной и прозрачной системы руководства клинической практикой, применимой к любому учреждению родовспоможения.

1.6.2 Должна действовать политика управления рисками, включающая перечень событий, сопряженных с риском, и отчетностью о неблагоприятных событиях.

1.6.3 Протоколы и стандарты должны разрабатываться специалистами различного профиля.

1.6.4 Должны проводиться регулярные собрания с участием всех соответствующих специалистов для разбора неблагоприятных ситуаций.

1.7 Сотрудничество и информационный обмен внутри многопрофильной команды специалистов

Эффективная работа многопрофильной команды специалистов - важное условие эффективного обслуживания.

1.7.1 Общее собрание персонала родильного зала или аналогичное мероприятие с участием акушерок/ медсестер, врачей-акушеров, анестезиологов, педиатров, вспомогательного персонала и руководителей должно проводиться не реже, чем раз в три месяца.

1.7.2 Коммуникация - залог эффективной клинической практики.

1.7.3 Должны действовать эффективные системы коммуникаций между всеми членами команды и профильными отделениями, а также между медперсоналом и женщинами и их семьями.

1.7.4 Работодатели должны обеспечивать наличие у сотрудников как соответствующего уровня владения местным языком, так и хороших коммуникационных навыков.

1.8 Укомплектованность штатов

1.8.1 Необходимое количество акушерок/медсестер должно быть рассчитано и обеспечено в соответствии с характеристиками и профилем родильного отделения так, чтобы один медработник постоянно оказывал помощь одной женщине после развития родовой деятельности.

1.8.2 Специализированные родильные отделения со сложной клинической нагрузкой, должны рассмотреть вопрос о круглосуточной доступности специалистов на местах. Такой подход может не только повысить качество обслуживания женщин, но также улучшить возможности для обучения персонала.

1.8.3 Родильные отделения, работающие с группами женщин с низким риском осложнений, должны проводить работу по оценке рисков для определения индивидуальных потребностей в отношении круглосуточного присутствия врача-акушера.

1.9 Экстренные ситуации и перевод пациенток

1.9.1 Каждое учреждение родовспоможения должно иметь протоколы, основанные на клинических, организационных и системных потребностях.

1.9.2 Должны действовать соглашения с местной службой скорой помощи на случай экстренной ситуации или необходимости перевода пациентки в другое отделение.

1.10 Обстановка и оснащение

Обстановка родильных отделений должна соответствовать стандартам и учитывать мнения потребителей услуг, то есть быть менее «госпитальной», дружелюбной и по возможности «домашней».

1.10.1 Как минимум два раза в год следует проводить проверку оснащения и составлять планы по устранению недостатков в утвержденные сроки.

1.10.2 В процессе аудита должны участвовать группы потребителей услуг; среди них должен быть проведен опрос для выяснения степени удовлетворенности обслуживанием.

1.10.3 Необходимо создание соответствующих условий для родителей, потерявших ребенка.

2. Стандарты обучения

2.1 Журнал стажера должен четко отражать следующие моменты:

- o Присутствие консультанта в родильном зале - родовспоможение при родах через естественные родовые пути (целевой показатель = 100%).
- o Присутствие консультанта в родильном зале в случае проведения стажером операции кесарева сечения у женщины с ИМТ > 40 (целевой показатель = 100%).
- o Наблюдение консультанта при ведении стажером пациенток с серьезными акушерскими осложнениями, такими как кровотечение, эклампсия и предлежание плаценты (целевой показатель = 100%).

2.2 Стажер должен уметь демонстрировать понимание первопричины серьезного неблагоприятного исхода для новорожденного или матери, связанного с интранатальным событием.

2.3 Стажер должен регулярно посещать проводимые в отделении учебные занятия по интранатальной кардиотокографии и акушерской помощи в чрезвычайных ситуациях (срочная операция кесарева сечения в неотложных случаях, массивное послеродовое кровотечение, приступ эклампсии и т.д.).

2.4 Стажеры должны присутствовать на перинатальных консилиумах.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Процент индукций родов путем искусственного вскрытия плодных оболочек, введения простагландинов, внутривенных инъекций окситоцина, или с использованием каких-либо других методов.

3.2 Способ родоразрешения с разбивкой по возрастным группам и количеству родов в анамнезе (самопроизвольные роды, оперативное родоразрешение через естественные родовые, плановое и экстренное кесарево сечение).

3.3 Процент женщин с разбивкой по количеству родов в анамнезе, получавших внутривенные инъекции окситоцина с целью стимуляции родовой деятельности.

3.4 Процент женщин с разбивкой по количеству родов в анамнезе, которым была проведена эпизиотомия.

3.5 Процент женщин с разбивкой по количеству родов в анамнезе, имевших разрывы промежности третьей или четвертой степени.

3.6 Показатель мертворождений на 1000 родов.

3.7 Процент новорожденных, у которых оценка по шкале Апгар составила менее семи баллов на пятой минуте жизни.

3.8 Процент новорожденных с массой тела при рождении менее 1500 граммов («очень низкая масса тела при рождении»).

3.9 Процент смертей новорожденных, связанных с врожденными аномалиями.

3.10 Процент женщин, перенесших послеродовое кровотечение с большой кровопотерей (1000 мл и более), и/или которым потребовалась гемотрансфузия.

3.11 Процент женщин, которым была разрешена попытка родов через естественные родовые пути после предыдущих родов путем кесарева сечения.

3.12 Коэффициент женщин, которым проведена срочная гистерэктомия после кесарева сечения вследствие массивного послеродового кровотечения (число пациенток на 10 000 родов).

3.13 Коэффициент женщин, которым потребовался перевод после родов в отделение интенсивной терапии (число пациенток на 1000 родов).

3.14 Число новорожденных с родовой травмой, энцефалопатией новорожденных, переведенных после рождения в отделение реанимации новорожденных (число новорожденных, поделенное на 1000 родов).

СТАНДАРТ 12

Профилактика инфекций и контроль

Обоснование

Тщательный инфекционный контроль позволяет сократить число случаев внутрибольничных инфекций. Инфекция в медицинских учреждениях является основной причиной заболеваемости и иногда смертности¹.

1. Клинические стандарты

1.1 Во всех медицинских учреждениях должны действовать соответствующие меры защиты пациентов и персонала от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

1.2 В частности, в службах охраны материнства эти меры должны включать:

- o стратегию применения методов асептики;
- o стратегию безопасности при работе с острыми инструментами;
- o профилактику заражения инфекциями, передающимися через кровь, при оказании медицинских услуг;
- o стратегию дезинфекции;
- o стратегию назначения антибактериальных препаратов;
- o стратегию ношения специальной медицинской одежды.

1.3 Учреждения родовспоможения должны обеспечить включение вопросов профилактики инфекций и инфекционного контроля в вводные инструктажи и тренинги для новых сотрудников и для всего персонала.

1.4 Учреждения родовспоможения должны обеспечивать наличие достаточного количества удобных ручек и антибактериальных средств для обработки рук.

1.5 Учреждения родовспоможения должны обеспечивать доступность информации о правилах обработки рук для женщин и посетителей.

1.6 Все бассейны и оборудование для родов должны быть тщательно очищены и высушены после каждого использования в соответствии с местными правилами инфекционного контроля. Необходимо получать местную информацию и выполнять местные рекомендации по профилактике размножения легионеллы в системах водоснабжения редко используемых бассейнов. Медицинские учреждения должны соблюдать общие меры предосторожности и следовать местным рекомендациям по инфекционному контролю.

1.7 Должны действовать рекомендации и стратегии по предотвращению передачи ребенку имеющихся у матери инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, гепатит В и инфекций, вызванных стрептококками группы В.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажеры должны понимать действующие в отделении правила инфекционного контроля и профилактического применения антибиотиков в акушерской практике.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Документация вводного инструктажа для всех новых сотрудников, включающего вопросы профилактики инфекций и инфекционного контроля.

3.2 Доказательства наличия ежемесячного отчета о частоте раневых инфекций в отделении.

3.3 Доказательства наличия письменной стратегии применения антибиотиков, действующей в отделении.

3.4 Показатели внутрибольничного инфицирования среди матерей и новорожденных.

3.5 Показатели повторной госпитализации по причине инфекций.

СТАНДАРТ 13

Материнская смертность и заболеваемость, связанная с деторождением

Обоснование

Женщины в Европе все еще умирают при родах - на 100 000 родов приходится примерно от 1 до 33 смертей. Случаи материнской смертности - это сигналы о нарушении нормальной деятельности системы здравоохранения; вызывает тревогу тот факт, что около половины таких случаев связаны с неприемлемым уровнем оказания медицинской помощи, то есть их можно было бы предотвратить. К счастью, частота случаев материнской смертности постепенно снижается. Однако на каждую материнскую смерть приходится много серьезных, угрожающих жизни случаев (от 9,5 до 16 случаев на 1000). Неблагоприятные исходы более распространены при поздних родах и среди матерей-подростков. Послеродовое кровотечение является причиной большой доли случаев материнской смертности и заболеваемости.

Проект Euro-Peristat рекомендует собирать *данные о пяти показателях тяжелой материнской заболеваемости на регулярной основе: эклампсия, хирургическое вмешательство при послеродовом кровотечении, переливание крови, пребывание в отделении интенсивной терапии более 24 часов, тромбоэмболия.*

Рабочая группа EBCOG рекомендует всем отделениям медицинских учреждений работать над созданием системы сбора данных о нескольких качественных показателях уровня тяжелой материнской заболеваемости^{28, 29}.

1. Клинические стандарты

1.1 Должны действовать системы регистрации и расследования случаев материнской смертности - как непосредственно, так и косвенно связанных с деторождением - использующие международно признанные определения.

1.2 Надлежащая интерпретация причин материнской смертности требует особого внимания к летальным исходам, произошедшим по «неизвестным» причинам.

1.3 Должны действовать системы управления рисками для сбора данных о тяжелой материнской заболеваемости.

1.4 Должны проводиться ежемесячные собрания многопрофильной команды специалистов с обсуждением всех случаев тяжелой материнской заболеваемости, чтобы определить слабые места

в обеспечении медицинской помощи и согласовать планы действий по предотвращению повторных случаев.

1.5 Должны быть проанализированы причинно-следственные связи всех неблагоприятных исходов, чтобы выявить области клинического риска и ввести в действие план мероприятий по устранению недостатков.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажер должен представить доказательство участия в собрании многопрофильной команды врачей, на котором были проанализированы причины случая тяжелой материнской заболеваемости. Таким доказательством может быть описание примера из практики в журнале обучения.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Показатель тяжелой материнской заболеваемости (на 1000 родов).*

Рабочая группа EBCOG рекомендует всем отделениям работать над созданием системы сбора данных о следующих качественных показателях тяжелой материнской заболеваемости:

- ✓ *Массивное послеродовое кровотечение (>1000 мл);*
- ✓ *Эклампсия*
- ✓ *HELLP-синдром*
- ✓ *ДВС-синдром*
- ✓ *Приращение плаценты*
- ✓ *Послеродовая гистерэктомия*
- ✓ *Разрывы промежности третьей и четвертой степени*
- ✓ *Почечная недостаточность*
- ✓ *Острая печеночная недостаточность*
- ✓ *Остановка сердца*
- ✓ *Массивная легочная эмболия*
- ✓ *Отек легких*
- ✓ *Острая дыхательная недостаточность*
- ✓ *Церебральная сосудистая недостаточность*
- ✓ *Кома*
- ✓ *Шок (анафилактический, септический, геморрагический)*
- ✓ *Анестезиологические проблемы*
- ✓ *Перевод в отделение интенсивной терапии*
- ✓ *Перевод в отделение кардиореанимации*

3.2 Показатель материнской смертности на 100 000 родов.

3.3 Доказательства того, что собрания по управлению рисками проводятся регулярно и на них анализируются все случаи тяжелой материнской заболеваемости.

3.4 Доказательства, что планы действия, согласованные на каждом заседании многопрофильной команды врачей, полностью реализуются.

3.5 Доказательства того, что потребности врачей-стажеров, выявленные в ходе анализа таких случаев, удовлетворены.

СТАНДАРТ 14

Послеродовая помощь матерям

Обоснование

Каждая мать должна получать постоянное наблюдение и поддержку на протяжении послеродового периода, что обеспечит наилучшее начало ее материнства и адаптацию к изменениям в жизни и к новым обязанностям.

Грудное вскармливание должно быть начато в течение первых 48 часов после родов и продолжено в последующем. Оно полезно для здоровья ребенка, а его успешность зависит от поддержки, информирования и помощи со стороны медработников во время беременности и непосредственно после родов.

1. Клинические стандарты

Необходимо разработать совместно с женщиной документированный, индивидуализированный план послеродовой помощи, идеально - в предродовом периоде или как можно раньше после родов. Такой план должен учитывать:

- 1.1 Значимые факторы в дородовом периоде, во время родов и раннем послеродовом периоде.
- 1.2 Информацию о медработниках, оказывающих помощь женщине и ее ребенку, включая их функции и контактные данные, в особенности о специалистах, оказывающих поддержку при грудном вскармливании.
- 1.3 Консультирование женщин, входящих в категорию повышенного риска, по вопросам контрацепции.

2. Стандарты обучения

- 2.1 Стажеры должны уметь распознавать риски, признаки и систематические проявления насилия в семье и жестокого обращения с детьми. Научиться этому можно, пройдя курс теоретической подготовки.
- 2.2 Стажеры должны продемонстрировать понимание эффективных методов контрацепции, которые можно назначать женщинам, входящим в категорию повышенного риска, прежде чем они будут выписаны из больницы.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Процент новорожденных, находившихся исключительно на грудном вскармливании в течение первых 48 часов после рождения.

3.2 Процент младенцев, находившихся на грудном вскармливании на момент выписки из больницы.

3.3 Доказательство наличия круглосуточного доступа к консультированию по вопросам продолжения грудного вскармливания после выписки из больницы.

СТАНДАРТ 15

Помощь новорожденным

Обоснование

Большинство детей рождаются и остаются здоровыми. Медицинский осмотр новорожденных - ключевой элемент программы наблюдения за состоянием здоровья ребенка. Выявление и лечение некоторых заболеваний на ранних стадиях может оказать существенное влияние на здоровье ребенка.

Матерям следует оказывать эффективную поддержку в продолжении использования выбранного метода вскармливания; при этом они должны быть полностью проинформированы о том, что грудное вскармливание оказывает всестороннее положительное влияние на здоровье ребенка в долгосрочной перспективе и обеспечивает оптимальное питание для него.

У некоторых детей могут быть или возникать проблемы со здоровьем, при которых своевременное и надлежащее лечение имеет критическое значение¹³. Эффективное использование сетей обеспечивает наилучшие исходы.

Все учреждения родовспоможения обязаны предоставлять актуальную информацию о профилактике основных заболеваний, в том числе синдрома внезапной детской смерти (СВДС), и защите детей от вредоносных факторов. Сотрудники должны знать о проблемах защиты и охраны здоровья ребенка, уметь определять случаи возможного насилия над детьми и принимать соответствующие меры.

1. Клинические стандарты

1.1 Во всех акушерских отделениях, пользующихся услугами консультантов, должен быть назначен консультант-педиатр, работающий и специализирующийся в области неонатологии.

1.2 Все осмотры ребенка должен проводить обладающий соответствующей квалификацией медработник, обученный современным методам обследования новорожденных.

1.3 Все новорожденные должны пройти полное клиническое обследование в течение 72 часов после рождения. Необходимо обеспечить условия для незамедлительного направления для дальнейшего медицинского обследования или лечения в рамках согласованной системы перенаправления пациентов.

1.4 В неонатальном периоде следует внимательно следить за состоянием детей, подверженных высокому риску гипогликемии (например, маловесных для гестационного возраста или родившихся у женщин, страдающих сахарным диабетом). Должны действовать четкие инструкции.

1.5 Должны действовать инструкции по сведению к минимуму числа детей, которым требуется согревание, или перевод которых в специальное отделение по уходу за новорожденными можно было бы предотвратить.

1.6 После рождения ребенка с каждой женщиной и ее партнером следует обсудить и предложить им провести анализ крови новорожденного (забор крови на анализ из пятки), анализы на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, синдром дефицита ацил-КоА-дегидрогеназы жирных кислот со средней длиной цепи.

1.7 Службы родовспоможения должны иметь согласованные договоренности о переводе родильниц и их новорожденных детей в учреждения второго или третьего уровня.

1.8 Родители детей с распознаваемыми медицинскими или физическими нарушениями должны получать своевременную помощь и поддержку в соответствующей обстановке.

1.9 Должна быть назначена главная акушерка/медсестра, отвечающая за вопросы защиты детей, которая будет осуществлять мониторинг межведомственных механизмов и обеспечивать изучение и соблюдение сотрудниками действующей местной политики защиты детей.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажер должен понимать основные принципы неонатальной реанимации. Доказательством такого понимания может быть прохождение практического учебного курса по реанимации новорожденных.

2.2 Стажеры должны понимать проблемы, связанные с ведением детей, родившихся с низкими показателями по шкале Апгар и переведенных в специализированное отделение новорожденных.

2.3 Стажеры должны продемонстрировать понимание проблем, связанных с недоношенностью новорожденных. Такое понимание может быть приобретено в ходе консультирования родителей, у которых возможно рождение недоношенного ребенка.

2.4 Стажеры должны демонстрировать понимание проблем, связанных с преждевременными родами, в том числе их отдаленных исходов.

2.5 Стажеры должны продемонстрировать понимание проблем, касающихся поддержки и наблюдения при грудном вскармливании.

3. Показатели, подлежащие аудиту

- 3.1 Назначенный консультант-педиатр, отвечающий за помощь новорожденным.
- 3.2 Доказательства наличия местных протоколов ведения новорожденных с высоким риском гипогликемии, наряду с аудитом случаев перевода в специализированные отделения для новорожденных, которых можно было избежать.
- 3.3 Процент сотрудников родильного отделения, прошедших обучение методам обследования новорожденных.
- 3.4 Процент новорожденных, прошедших полный медицинский осмотр в течение 72 часов после рождения.
- 3.5 Процент новорожденных с установленными врожденными пороками развития, которые не были диагностированы во время беременности.
- 3.6 Процент новорожденных, у которых забирали кровь на анализ на 5 - 8 день жизни.
- 3.7 Процент случаев, когда забор крови на анализ был достаточно высокого качества для тестирования (на 1000 родов).
- 3.8 Коэффициент повторной госпитализации новорожденных (на 1000 родов) с диагнозом «обезвоживание» или «гипогликемия».
- 3.9 Процент матерей, намеревавшихся кормить грудью на момент родов, начавших грудное вскармливание и продолжавших грудное вскармливание через 6-8 недель после родов.
- 3.10 Коэффициент повторной госпитализации новорожденных из-за недостаточного питания, по поводу обезвоживания и гипернатриемического обезвоживания.
- 3.11 Показатели антенатальной, интранатальной и неонатальной смертности при родах всех типов, в сроках не менее 24 полных недель на 1000 родов через 4 недели после родов.
- 3.12 Смертность среди недоношенных новорожденных, родившихся в сроки менее 34 недель.
- 3.13 Процент персонала медицинских учреждений и другого персонала, контактирующего с родителями и новорожденными, проходящего тренинг второго уровня по вопросам защиты детей каждые 3 года.

СТАНДАРТ 16

Обоснование принципов помощи недоношенным новорожденным

Обоснование

Преждевременные роды - тревожное событие для родителей и семей, которое может иметь пожизненные последствия. Своевременный доступ к надлежащей неонатальной помощи обеспечивает наилучшие исходы. Использование инновационных технологий в еще большей степени повышает шансы выживания глубоко недоношенных детей, но оказание такой высококвалифицированной помощи сопряжено со значительными затратами. Доступность местного отделения интенсивной помощи недоношенным новорожденным определяет их шансы на выживание и будущее качество жизни¹³. Это особенно верно, когда речь идет о многих европейских странах, где услуги родовспоможения оказывают небольшие родильные отделения, в некоторых из которых происходит менее 500 родов в год. Существуют огромные различия между государствами-членами ЕС в вопросах доступности отделений интенсивной помощи новорожденным^{4, 13}. В этой ситуации весьма целесообразна организация управляемых сетей клиник.

Основой качественных услуг по родовспоможению является сотрудничество, позволяющее предоставить полный диапазон услуг, отвечающих потребностям матери или ребенка. Такой подход требует поддержания связей между учреждениями системы здравоохранения и социальной защиты и наличия сетей родильных и неонатальных отделений.

1. Клинические стандарты

1.1 Сети родильных и неонатальных отделений должны иметь эффективную организацию оперативного обеспечения перевода и лечения женщин и их детей, испытывающих проблемы или осложнения.

1.2 Так как очень ранние преждевременные роды могут проходить быстро и в тот момент, когда старших членов многопрофильной команды нет на месте, необходимо заранее наладить все возможные связи между консультантом-акушером, консультантом-педиатром и старшей акушеркой, чтобы гарантировать понимание процесса ведения такого случая, и кто будет присутствовать на родах.

1.3 Специализированные отделения для за новорожденных должны быть доступны на месте во всех родильных отделениях, которыми руководят врачи-консультанты; во всех таких родильных отделениях должен быть определен порядок незамедлительного перевода в отделения интенсивной терапии новорожденных.

1.4 Во всех службах родовспоможения должны действовать системы для выявления и транспортировки женщин с высоким риском преждевременных родов в ближайшее медицинское учреждение третьего уровня, а также для транспортировки недоношенных младенцев.

1.5 Во всех случаях угрозы преждевременных родов женщина должна быть незамедлительно направлена к акушеру, обладающему соответствующей компетенцией, чтобы оценить потребность в назначении токолитических препаратов и избежать задержки в назначении кортикостероидов.

1.6 Следует соблюдать рекомендации (утвержденные экспертными группами на национальном уровне) по помощи новорожденным, родившимся на грани жизнеспособности.

1.7 При оценке и планировании медицинского обслуживания следует принимать во внимание наличие информационно-технологического обеспечения (оборудования и сетей), состояние местных транспортных служб, а также доступность объектов для инвалидов колясок или детских колясок, для женщин с инвалидностью, сенсорными нарушениями или особыми потребностями, из социально незащищенных слоев населения или меньшинств.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажер должен понимать основные принципы реанимации новорожденных. Доказательством такого понимания может быть прохождение практического учебного курса по реанимации новорожденных.

2.2 Стажеры должны демонстрировать понимание проблем, связанных с недоношенностью новорожденных. Такое понимание можно приобрести в ходе консультирования родителей, у которых может ожидать рождение недоношенного ребенка.

2.3 Стажеры должны демонстрировать понимание проблем, связанных с преждевременными родами, в том числе отдаленных исходов.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Коэффициент нецелесообразных переводов беременных женщин («внутриутробных переводов плода») или переводов новорожденных в специальные отделения, такие как отделение интенсивной терапии.

3.2 Количество переводов в клиники, не входящие в согласованную сеть.

3.3 Процент недоношенных младенцев (родившихся в сроках менее 34 недель), чьи матери получали кортикостероиды.

3.4 Процент младенцев, родившихся в сроках менее 30 недель, температура тела которых при госпитализации была ниже 36°C.

3.5 Процент младенцев, родившихся в сроках менее 30 недель, которым потребовалась искусственная вентиляция легких и не вводился сурфактант.

3.6 Процент недоношенных младенцев, родившихся в сроках менее 32 недель в больницах, не имеющих отделения реанимации новорожденных.

3.7 Существование сети родильных и неонатальных отделений/ клиник.

3.8 Регистрация всех переводов и запросов на перевод пациентов.

3.9 Доказательство наличия действующего согласованного порядка оказания помощи и стандартных протоколов.

3.10 Процент новорожденных с очень низкой массой тела при рождении, находившихся на грудном вскармливании при выписке из отделения интенсивной терапии.

СТАНДАРТ 17

Поддержка семей, переживающих тяжелую утрату в связи с ранней потерей беременности или мертворождением

Обоснование

Потеря ребенка - чрезвычайно травмирующее событие. Учреждения родовспоможения, оказывающие услуги по охране материнства, должны обеспечивать поддержку и информацию для женщин и их семей как в момент этого трагического события, так и после²⁵.

1. Клинические стандарты

1.1 Учреждения родовспоможения должны действовать в соответствии со всеобъемлющими, учитывающими культурные традиции мультидисциплинарными стратегиями, и располагать соответствующими службами и ресурсами для ведения и оказания поддержки семьям (и персоналу), которые столкнулись со смертью матери, потерей беременности в первом или втором триместре, мертворождением или смертью новорожденного.

1.2 Необходимо наличие квалифицированных сотрудников для оказания поддержки родителям после смерти матери или новорожденного, мертворождения или самопроизвольного аборта.

1.3 Информация, включающая подробности исследований (в том числе вскрытия), регистрации рождения и смерти, варианты утилизации / захоронения останков должна быть доступна на разных языках и должна соответствующим образом отражать и учитывать определенные культурные традиции или деликатные моменты.

1.4 Родители мертворожденных детей или детей с установленными медицинскими или физическими нарушениями должны получать своевременную помощь и поддержку в соответствующей обстановке.

1.5 Учреждения родовспоможения должны обеспечивать соответствующие условия, отражающие и учитывающие культурные традиции или деликатные моменты.

1.6 Местные рекомендации должны включать четкие указания по поводу каналов связи между коллективами медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь разных уровней, для решения соответствующих вопросов в случае любого летального исхода в течение одного рабочего дня.

1.7 После смерти ребенка должно быть выполнено вскрытие специалистом в области перинатальной паталогической анатомии; результаты патоморфологического исследования плаценты и трупа должны

быть доступны в течение 6 недель после вскрытия. Женщине и ее партнеру должна быть предоставлена возможность встретиться со старшими врачами для обсуждения результатов патологоанатомического и других исследований.

2. Стандарты обучения

2.1 Стажеры должны демонстрировать понимание особенностей, связанных с ведением случаев потери ребенка, и деликатных моментов, связанных с проведением патологоанатомического исследования, в особенности возникающих при консультировании родителей и получении их согласия на вскрытие.

2.2 Стажеры должны демонстрировать понимание возможного проявления личных, культурных или религиозных особенностей и предпочтений при переживании утраты.

3. Показатели, подлежащие аудиту

3.1 Доказательства наличия четких письменных протоколов, действующих в каждом родильном отделении.

3.2 Процент родительских пар, давших согласие на проведение патологоанатомического исследования.

3.3 Процент родителей, отказавшихся от проведения патологоанатомического исследования.

3.4 Процент младенцев, при вскрытии которых удалось определить причину смерти путем применения признанных на международном уровне критериев.

СТАНДАРТ 18

Регулярный сбор данных о беременности и родах

Обоснование

Во всех странах Европы действуют определенные правовые требования, касающиеся регистрации актов гражданского состояния, в том числе рождения и смерти. Во всех европейских странах также имеются государственные органы, ведущие статистический учет этих данных. С 2000 года Генеральный директорат Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей (DG SANCO) поддерживает реализацию проектов программы Euro-Peristat, что позволяет сводить воедино эти данные.

Соглашение, определяющее значения терминов и категории данных, которые должны быть собраны, позволяет проводить правомерные сравнения.

1. Клинические стандарты

- 1.1 Должны действовать системы, позволяющие регулярно регистрировать и анализировать перинатальные данные с использованием международно признанных определений.
- 1.2 Необходимо предусмотреть возможности для связи с другими источниками данных.
- 1.3 Национальное/ региональное правительство должно поддерживать публикацию ежегодных отчетов на национальном/ региональном уровне.
- 1.4 Эти отчеты должны содержать выводы, которые будут использованы при формировании государственной политики.
- 1.5 Базы показателей и данных должны быть построены таким образом, чтобы обеспечивать безопасную и эффективную передачу совокупных данных (например, для составления отчета в рамках проекта EURO-PERISTAT).



2. Показатели, подлежащие аудиту

- 2.1 Ежегодный национальный/ региональный отчет с использованием итоговых показателей, описанных в недавнем отчете проекта Euro-Peristat⁴.
- 2.2 Национальные публикации, на которые ссылается отчет проекта Euro-Peristat.
- 2.3 Ежегодная публикация регионального/ национального отчета о показателях материнской заболеваемости и смертности, описанных в данном документе.
- 2.4 Общенациональный сбор данных для обеспечения поддержки будущих отчетов Peristat для стран Европы.

ССЫЛКИ

1. Treaty of Maastricht (1992) Vertrag über die Europäische Union. Amtsblatt Nr. C 191 vom 29 (July 1992).
2. The European Commission. Facilitating cross border healthcare [online]. Brussels: The European Commission; 2003 [<http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health-consumer/newsletter/200312/2.htm>]
3. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a glance Europe: 2010. Brussels: OECD Publishing; 2010 [<http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/browseit/8110161E.PDF>].
4. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report 2010. [<http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf> 2013]
5. Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemenkamp KW, Jahn A, da Silva MO. Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project. [Review] [21 refs] European Journal of Obstetrics, Gynaecology, & Reproductive Biology. 2006; 126(1):3-10.
6. Bernloehr A, Smith P, Vydellingum V. National guidelines on antenatal care: a survey and comparison of the 25 member states of the European Union. Eur Clinics Obstet Gynaecol. (2007) 2:213–222.
7. Garne E, Loane M, Dolk H, De Vigan C, Scarano G, Tucker D, Stoll C, Gener B, Pierini A, Nelen V, Rosch C, Gillerot Y, Feijoo M, Tincher R, Queisser-Luft A, Addor M C, Mosquera C, Gatt M, Barisic I. Perinatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe. Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology. 2005; 25(1); 6-11.
8. Boyd P A, Devigan C, Khoshnood B, Loane M, Garne E, Dolk H. EUROCAT Working Group. Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosomal anomalies and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome. BJOG. 2008; 115(6); 689-96.
9. Alran S, Sibony O, Oury J F, Luton D, Blot P. Differences in management and results in term delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. European Journal of Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Biology. 2002; 103(1); 4-13.
10. Zeitlin J, Blondel B, Alexander S, Breart G, Wildman K, Barros H, Buitendijk S, Gissler M, Macfarlane A. Variation in rates of postterm birth in Europe: Reality or artefact? BJOG. 2007; 114 (9); 1097-1103
11. Wildman K, Bouvier-Colle MH, MOMS Group. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. BJOG. 2004; 111(2); 164-9.
12. Zeitlin J, Di Lallo D, Blondel B, Weber T, Schmidt S, Kunzel W, Kollee L, Papiernik E. MOSAIC Research

Group. Variability in caesarean section rates for very preterm births at 28-31 weeks of gestation in 10 European regions: results of the MOSAIC Project. *European Journal of Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Biology*. 2009; 149(2); 147-52.

13. European Foundation for the care of newborn infants. Too little, too late? Why Europe should do more for preterm infants. EU Benchmarking Report 2009/2010. Karlsfeld: EFCNI we care; 2010 [http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Reports/benchmarking_report/benchmarking_report_download.pdf].

14. Anttila A, Ronco G. Working Group on the Registration and Monitoring of Cervical Cancer Screening Programmes in the European Union; within the European Network for Information on Cancer (EUNICE). Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. *European Journal of Cancer*. 2009; 45(15):2685-708.

15. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, Spadea T, Kunst AE, Borrell C. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Comment in: Int J Epidemiol*. 2010; 39(3):766-8.

16. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. *Standards for Maternity Care*. London: RCOG; 2008.

17. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. *Standards for Gynaecology*. London: RCOG; 2008.

18. Gissler M, Deneux-Tharoux C, Alexander S, Berg CJ, Bouvier-Colle MH, Harper M, Nannini A, Bréart G, Buekens P. Pregnancy-related deaths in four regions of Europe and the United States in 1999-2000: characterisation of unreported deaths. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol*. 2007 Aug;133(2):179-85. Epub 2006 Sep 28.

19. World Health Organization. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva: WHO Press; 2010 [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/trends_matmortality90-08.pdf].

20. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*. 2010 May 8;375(9726):1609-23. Epub 2010 Apr 9.

21. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. *The management of early pregnancy loss. Green top Guideline No 25: October 2006*, London: RCOG Press

22. Mahmood T, Templeton A, Dhillon C (Eds). *Models of care in Women's Health*. London: RCOG Press; 2008. ISBN 978-1-906985-18-9

23. Shevell T, Malone FD, Vidaver J, Porter TF, Luthy DA, Comstock CH, Hankins GD, Eddleman K, Dolan S, Dugoff L, Craigo S, Timor IE, Carr SR, Wolfe HM, Bianchi DW, D'Alton ME. Assisted reproductive technology



and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol.* 2005 Nov;106(5 Pt 1):1039- 45 [http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2005/11000/Assisted_Reproductive_Technology_and_Pregnancy.22.aspx].

24. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Management of women with mental health issues. Good Practice Advice. London: RCOG Press; 2011.

25. Mahmood T, Owen P, Arulkumaran A, Dhillon C (Eds). Models of Care in Maternity Services. London: RCOG Press; 2009. ISBN 978-1-906985-38-7

26. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2007. Geneva: WHO Press; 2007 [<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>].

27. Mahmood TA, Arulkumaran S (eds). Obesity – A Ticking Time Bomb for Reproductive Health. Elsevier Insights, London 2013: ISBN: 978-0-12-416045-3

28. Brace V, Penney G, Hall M. Quantifying severe maternal morbidity: a Scottish population study. *BJOG.* 2004; 111(5): 481-4

29. National Health Service Quality Improvement Scotland. Confidential Audit of severe maternal morbidity; 7th Annual report: 2011 (www.healthcareimprovementscotland.org)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Краткое содержание Отчета об исследовании состояния перинатального здоровья в Европе (2010), подготовленного в рамках проекта EURO-PERISTAT

ЗДОРОВОЕ НАЧАЛО: ЗДОРОВЬЕ И ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ В ЕВРОПЕ В 2010 ГОДУ

I. МОНИТОРИНГ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В ЕВРОПЕ

Здоровые матери и дети - «строительный материал» сильного будущего Европы. В то время как уровень младенческой смертности продолжает снижаться, уровень смертности и заболеваемости в перинатальном периоде - во время беременности, родов и в послеродовом периоде - по-прежнему остается серьезной проблемой. Ее причины связаны с большим количеством родов в год (более 5 миллионов в Европе), последствиями неблагоприятных перинатальных событий для младшей возрастной группы (младенцев и женщин детородного возраста) и долгосрочными последствиями инвалидизирующих осложнений беременности, таких как очень ранние преждевременные роды или тяжелая форма гипоксии.

Основные факторы, обуславливающие перинатальную смертность и заболеваемость, включают очень ранние роды, внутриутробную задержку развития плода и врожденные аномалии. Недоношенные новорожденные и новорожденные с низкой массой тела при рождении в большей степени подвержены риску смерти, неврологических нарушений и задержек развития, чем доношенные и родившиеся в срок. Во многих странах частота подобных осложнений возросла, что отражает недостаточный прогресс в вопросах предотвращения ситуаций, связанных с высоким риском, по сравнению с медицинскими достижениями, благодаря которым снижается смертность среди таких младенцев. Число мертворождений снижается медленнее, чем количество случаев смертности среди новорожденных, и нередко их причины остаются неизвестными. Женщины по-прежнему умирают во время родов; при этом значительная доля таких летальных случаев связана с ненадлежащим уровнем оказания медицинской помощи. По мере развития у детей, родившихся с серьезными пороками развития, сильно недоношенными и с дефицитом массы тела при рождении, могут появляться важные медицинские, социальные и образовательные потребности. Эти тяготы в большей степени приходятся на долю женщин и детей из социально незащищенных групп и остаются одной из причин различий в состоянии здоровья населения на протяжении всей жизни.

Исследование причин болезней взрослых, связанных с ранними стадиями развития, подчеркивает жизненно важное значение перинатального периода для здоровья человека в будущем. Осложнения беременности, являющиеся причинами заболеваемости в краткосрочной перспективе - такие как преждевременные роды и внутриутробная задержка развития плода, - также связаны с развитием хронических заболеваний, таких как гипертония и нарушение обмена веществ, на протяжении всей жизни.

Кроме того, факторы, повышающие риск неблагоприятного исхода беременности - курение, ожирение и употребление алкоголя во время беременности, - впоследствии продолжают оказывать влияние на ребенка, повышая вероятность астмы, ожирения и отставания в развитии.

Несмотря на риски, с которыми сталкиваются женщины и дети во время беременности и родов, беременность не является болезнью. Таким образом, обеспечение оптимального состояния здоровья в перинатальном периоде подразумевает сбалансированность медицинских вмешательств, необходимых для контроля и предотвращения осложнений, и одновременную минимизацию вмешательств, вызывающих негативные побочные эффекты для здоровья и беспокойство у беременных женщин и членов их семей. Ненужные медицинские вмешательства также увеличивают затраты на оказание медицинской помощи, не принося при этом пользы для здоровья.

Проект Euro-Peristat призван обеспечить медработников, специалистов по планированию в области здравоохранения, а также потребителей услуг системы здравоохранения сопоставимыми данными о здоровье и помощи беременным женщинам и их детям в Европе. В нем используются данные, собираемые на регулярной основе, что повышает ценность ресурсов, используемых для их сбора и обработки такой статистики, и обеспечивает возможности для обмена и использования этой информации. Хотя многие страны регулярно собирают данные о здоровье женщин и детей в общенациональных масштабах, эта статистика не доступна в существующих в настоящее время международных базах данных. Первый отчет проекта Euro-Peristat, опубликованный в 2008 году и содержащий данные за 2004 год, выявил значительные различия в показателях перинатального здоровья и оказания помощи между странами Европы. Документирование этих различий является важным, поскольку оно показывает, что в большинстве стран можно добиться повышения показателей, предоставляет информацию об альтернативных вариантах оказания помощи и поднимает важные вопросы об эффективности национальной политики в области здравоохранения и использовании доказательной медицины.

Данные этого отчета могут быть использованы отдельными странами в качестве отправной точки для сравнения данных. Используя показатели, для которых имеются достоверные данные, страны могут перенять опыт эффективного оказания помощи и улучшения здоровья матерей и их новорожденных детей. Данные отчета также могут быть использованы для выявления сильных сторон и недостатков в информационных системах по перинатальному здоровью и подтолкнуть страны к инвестированию средств в ресурсы, необходимые для улучшения полноты и качества данных, сбор которых необходим для формирования доказательно обоснованной государственной политики.

II. ПРОЕКТ Euro-Peristat

Цель проекта заключалась в разработке достоверных и надежных показателей, которые могут быть использованы для мониторинга и оценки перинатального здоровья в ЕС. Проект был начат в 1999 году как часть программы мониторинга здоровья ЕС и привлек специалистов в области перинатального здоровья (врачей, эпидемиологов, статистиков) из стран-членов ЕС, Исландии, Норвегии, Швейцарии, а также некоторые сетевые структуры, в частности SCPE (Сеть европейских регистров церебрального



паралича), ROAM («Репродуктивные исходы и сотрудничество по проблемам миграции») и EUROCAT (Сеть европейских регистров врожденных аномалий) к разработке перечня рекомендуемых показателей. Наш перечень показателей был разработан на основе консенсуса в процессе последовательных экспертных оценок (дельфийский метод) с участием членов нашей сети, а также внешних советников.

В настоящее время в проекте Euro-Peristat участвуют 29 стран, включая все страны-члены ЕС (за исключением Болгарии), а также Исландию, Норвегию и Швейцарию. Румыния, Швейцария и Исландия присоединились к проекту за период, прошедший после нашего предыдущего отчета. В состав Научного комитета входит один представитель от каждой страны, однако многие страны сформировали команды, включающие специалистов в области перинатального здоровья (см. полный список участников: www.europeristat.com/our-network/country-teams.html).

На сегодня перечень показателей проекта Euro-Peristat включает 10 основных и 20 рекомендуемых показателей, сгруппированных в четыре категории: (i) здоровье плода, новорожденного и ребенка, (ii) материнское здоровье, (iii) характеристики населения и факторы риска, (iv) службы здравоохранения. Основные показатели необходимы для мониторинга перинатального здоровья, в то время как использование рекомендуемых показателей считается желательным для получения более полной картины перинатального здоровья в европейских странах.

Проект Euro-Peristat направлен на популяционный сбор данных на национальном уровне из обычных статистических источников (т.е. данные регистров административной системы или системы здравоохранения, больничных систем учета выписки пациентов или регулярных проверок). Если статистика национального уровня недоступна, то собираются данные в регионах или областях. При разработке показателей проект Euro-Peristat стремился свести к минимуму различия в показателях, возникающие за счет различий между системами сбора данных и терминами. Мы добились этого путем выбора наиболее целесообразных определений и тщательной разработки инструментов для сбора данных. Страны-участницы проекта активно участвуют в проверке и интерпретации данных.

Сотрудничество

В подготовке отчета приняли участие две европейские сети - SCPE (Сеть европейских регистров церебрального паралича) и EUROCAT (Сеть европейских регистров врожденных пороков развития). Цели, масштабы и методы работы обеих сетей описаны в Главе 8. Сеть SCPE представила информацию о показателе, касающемся церебрального паралича.

Этот существенный показатель, характеризующий долгосрочные последствия событий, имевших место в перинатальный период, определяется на основе данных сетей, регистрирующих все случаи церебрального паралича в пределах определенной географической территории. EUROCAT - совместная сеть регистров эпидемиологического надзора за врожденными пороками развития в Европе - представила данные о распространенности таких случаев. Сеть EUROCAT также выполнила работу по приведению в соответствие определений, используемых в разных странах Европы, и компиляции данных из регистров европейских стран. Ежегодные отчеты об этих данных доступны на сайте Сети.

Диапазон и формат данного Отчета

Чтобы своевременно представить данные, команда проекта Euro-Peristat приняла решение публиковать результаты в два этапа, начиная с 2010 года. Настоящий отчет представляет собой первый этап и содержит основные данные о наших показателях в 2010 году и тенденции, прослеживающиеся с 2004 года. Второй этап, выпуск полного комплекта таблиц Euro-Peristat, начнется осенью 2013 года; таким образом, у нас останется больше времени для проверки полного набора данных по каждому показателю и анализа показателей с разбивкой по подгруппам. На втором этапе будут введены некоторые дополнительные показатели (распространенность отдельных врожденных пороков развития, классификация профессиональной занятости родителей, роды без акушерского вмешательства). Также на втором этапе будут опубликованы результаты текущей работы по исследованию социального неравенства в области перинатального здоровья.

Мы используем тот же формат, что и при составлении нашего первого отчета; каждый показатель представлен отдельно, включая обоснование выбора данного показателя, методы сбора и интерпретации данных, доступность данных, результаты и краткое изложение ключевых моментов. Мы не составляли рейтинг стран для публикации показателей 2010 года. При сравнении статистики разных стран проект Euro-Peristat старается не использовать подход, заключающийся в составлении рейтинговых таблиц, предназначенных исключительно для идентификации лучших и худших показателей. Существует множество причин, в силу которых значения показателей в разных странах будут отличаться, и именно этот факт мы стремимся подчеркнуть, выбрав определенный формат представления данных. Страны, для которых нет соответствующих данных, включены во все рисунки и таблицы при публикации данных 2010 года. Кроме описания и анализа существующих данных, одна из целей данного отчета заключается также в том, чтобы выявить пробелы в системах сбора информации о перинатальном здоровье. Это еще одна причина, в силу которой мы не стали составлять рейтинг стран.

III. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕ В 2010 ГОДУ ИСХОДЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Показатели антенатальной, неонатальной и младенческой смертности сильно отличаются в разных странах Европы.

Показатель антенатальной смертности в 28 недель или позже варьировался, начиная с значений менее 2,0 на 1000 рожденных живыми и мертвыми в Чехии и Исландии до 4,0 или более во Франции, Латвии, регионе Брюсселя в Бельгии, Румынии. В странах Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии этот показатель был выше.

Показатель неонатальной смертности колебался от 1,2 случаев на 1000 рожденных живыми в Исландии до 4,5 на Мальте и 5,5 в Румынии. После исключения рождений и смертей на сроках до 24 недель беременности значение этих показателей снизилось до 0,8 случаев в Исландии до 4,3 в Румынии.

Показатель младенческой смертности варьировался от 2,3 случаев за 1000 рожденных живыми в Исландии и Финляндии до 5,5 на Мальте, 5,7 в Латвии и 9,8 в Румынии. В странах, где прерывание беременности не допускается по законодательству или доступ к нему крайне ограничен, показатели антенатальной, неонатальной и младенческой смертности могут быть выше из-за случаев, связанных с врожденными аномалиями, несовместимыми с жизнью.

В Европе наблюдалось повсеместное снижение показателей антенатальной, неонатальной и младенческой смертности, хотя темпы изменений отличались.

В большинстве стран, представивших данные для проекта Euro-Peristat в 2004 и 2010 гг., было отмечено снижение показателей антенатальной, неонатальной и младенческой смертности. Сокращение антенатальной смертности (в среднем на 19% в диапазоне 0-38%), как правило, было более выраженным в западноевропейских странах, в которых наблюдались более высокие показатели смертности в 2004 году (Дания, Италия, Нидерланды). В некоторых странах с низкими показателями смертности в 2004 году, таких как Чешская Республика, было достигнуто значительное дальнейшее улучшение результатов. В среднем значения показателей неонатальной смертности снизились на 24% (в диапазоне значений от 9% до 50%), а показатель младенческой смертности снизился в среднем на 19% (в диапазоне значений 6%-40%). Наиболее значимое снижение было отмечено в трех странах балтийского региона: в Эстонии, Латвии и Литве. Наиболее заметное снижение показателей также имело место в странах с более высоким коэффициентом смертности в 2004 году, хотя в некоторых странах с менее высоким уровнем смертности в 2004 году также были отмечены значительные дальнейшие улучшения (например, в Словении, Финляндии и Австрии). В некоторых европейских странах показатели неонатальной и младенческой смертности были низкими (до 2 случаев неонатальной смертности среди новорожденных и 3 случаев младенческой смертности на 1000 родившихся живыми).

Случаи недоношенных детей, родившихся на сроке беременности менее 28 недель, составляют более одной трети всех летальных случаев, но данные разных стран не сопоставимы.

Около одной трети всех случаев антенатальных смертей и 40% всех смертей новорожденных приходится на долю младенцев, родившихся на сроках беременности до 28 недель. К сожалению, различия в законодательстве разных стран, регулирующем правила регистрации рождений и смертей, а также ошибочная классификация мертворождений и смертей новорожденных затрудняет сравнение показателей смертности на столь ранних сроках беременности. Проект Euro-Peristat публикует показатели антенатальной смертности на сроках беременности 28 недель и позже и неонатальной смертности на сроках беременности 24 недели и позже, так как проведенный нами анализ показал, что эти точки отсечки обеспечивают более подходящие для сравнений данные и, таким образом, позволяют проводить более информативные сравнения. Однако, учитывая высокую смертность на сроках беременности до 28 недель, существенно важным является вопрос улучшения систем сбора информации в странах Европы путем разработки общих рекомендаций по поводу регистрации таких рождений и смертей.

Еще одной сопутствующей проблемой являются различия в процедуре уведомления о прерывании беременности на сроках беременности 22 недели или позже. В некоторых, хотя и не во всех, странах такие данные включают в показатель антенатальной смертности, и только некоторые страны при этом разделяют случаи прерывания беременности и случаи спонтанной смертности плода. В Шотландии 6% всех смертей плода были связаны с прерыванием беременности, по сравнению с 40-50% таких случаев во Франции. С прерыванием беременности были связаны 13% случаев смерти плода в Венгрии, 15% в Швейцарии, и 19% в Италии.

Процент новорожденных с низкой массой тела при рождении имеет географическую обусловленность, частично отражая различия в массе тела при рождении среди населения различных регионов, и в большинстве стран остается стабильной в течение долгого времени

Процент живорожденных младенцев с массой тела при рождении ниже 2500 граммов в странах Европы варьировалась от 4 до более 9%. В странах Северной Европы была зафиксирована самая низкая процентная доля младенцев, родившихся с низкой массой тела (Дания, Эстония, Ирландия, Латвия, Литва, Финляндия, Швеция, Исландия, Норвегия). Доля детей с низкой массой тела при рождении варьировалась от 0,6 (в Исландии) до 1,9 (регион Брюсселя в Бельгии). Значение этого показателя оставалось примерно одинаковым в течение двух этапов исследования. Тем не менее, в некоторых странах было отмечено снижение процента детей с низкой массой тела при рождении (Франция, Шотландия, Англия и Уэльс, Мальта, Польша), в то время как в других странах он повысился (Люксембург, Испания, Брюссель, Чешская Республика, Словакия, Португалия).

Во многих странах доля преждевременных родов была примерно одинаковой в 2004 и 2010 гг.; различия в показателях и тенденциях поднимают вопрос о возможности применения превентивных стратегий.

В 2010 году в странах Европы процентная доля преждевременных родов от общего числа живорождений варьировалась от 5 до 10%. Мы наблюдали относительно низкие процентные доли преждевременных родов (ниже 6,5%) в Исландии, Литве, Финляндии, Эстонии, Ирландии, Латвии, Швеции, Норвегии и Дании и более высокие показатели (выше 8,5%) на Кипре (10,4%) и в Венгрии (8,9%). В Австрии, Германии, Румынии, Чешской Республике, Люксембурге, Португалии, Нидерландах и во всех регионах Бельгии значение этого показателя было на уровне примерно 8%. Во многих странах доля живорожденных недоношенных детей была примерно одинаковой по сравнению с данными 2004 года. Однако значение этого показателя повысилось за этот период в таких странах и регионах как Люксембург, регион Брюсселя, Чешская Республика, Словакия, Португалия, Северная Ирландия, Италия и понизилось в Норвегии, Шотландии, Германии, Англии и Уэльсе, Дании, Швеции. Тот факт, что во многих странах значения этого показателя остаются стабильными или снижаются, идет вразрез с широко распространенным убеждением о том, что доля преждевременных родов растет, и поднимает вопрос о стратегиях и практиках, ставших причинами противоположных тенденций в разных странах.

Случаи материнских смертей в Европе редки, однако широко распространено занижение отчетных показателей о таких случаях.

В целом показатель материнской смертности в Европе является низким как в связи с очень низким уровнем плодovitости (на одну женщину приходится менее 2 детей, как показано в Главе 2), так и благодаря высокому уровню здравоохранения. Диапазон значений этого показателя в Европе варьируется от минимальных значений, составляющих менее 3 случаев на 100 000 рожденных живыми (в Эстонии, Италии, Австрии, Польше), до максимальных значений, составляющих более 10 случаев на 100 000 рожденных живыми (в Латвии, Венгрии, Словении, Словакии, Румынии). Существуют веские доказательства того, что количество материнских смертей в регулярной статистической отчетности занижается; в частности, очень низкие показатели должны вызывать подозрение. Рекомендуется проводить конфиденциальные расследования и сверку с данными о зарегистрированных случаях, чтобы получить полные данные о смертях женщин, связанных с беременностью, а также чтобы понять причины этих смертей и дать рекомендации по предотвращению повторения случаев, которые можно было предотвратить. В тех случаях, когда проводятся конфиденциальные расследования, как во Франции, Нидерландах и Великобритании, выясняется, что почти половина материнских смертей связана с неприемлемым уровнем оказания медицинской помощи. Такие случаи не должны происходить в странах с высоким уровнем доходов.

Так как материнская смертность невысока, Euro-Peristat также собирает данные о тяжелой материнской заболеваемости, сопутствующий примерно 1% общего числа родов. Однако сопоставимость этих показателей, получаемых из данных больниц о выписке пациентов и других обычных источников, по-прежнему ограничена. Текущая работа сосредоточена на оценке качества и полноты данных о диагнозах и процедурах в обычных больничных системах учета выписки пациентов, чтобы предложить более точные определения значения терминов.

Установлено, что в 2010 году в 27 странах ЕС 140 000 плодов и новорожденных имели серьезные пороки развития.

Для получения информации об общей распространенности серьезных врожденных аномалий, диагностированных в течение беременности, при рождении или в грудном возрасте, были использованы данные сети EUROCAT - 26 случаев на 1000 рождений в 2010 году. За последнее время значение этого показателя немного снизилось; существует необходимость улучшать политику первичной профилактики для снижения экологических факторов риска в период до зачатия и во время зачатия. В четырех из пяти таких случаев дети рождались живыми; подавляющее большинство из них пережили неонатальный период и могут иметь особые медицинские, образовательные или социальные потребности.

Наибольшую группу врожденных аномалий составляют врожденные пороки сердца. Согласно данным 13 регистров сети EUROCAT в 2010 году 0,81 случая перинатальной смерти на 1000 рождений были связаны с врожденными аномалиями. Коэффициент случаев прерывания беременности в связи с аномалиями развития плода (TOPFA) сильно различается в различных странах - от 0 (в Ирландии и на Мальте) до 10,5

на 1000 рождений (Париж, Франция), что отражает различия в стратегии и процедурах пренатального скрининга, законодательства об абортах, устоявшейся практике и культурных традициях. Количество новорожденных, родившихся живыми и имевших определенные врожденные аномалии, такие как spina bifida и синдром Дауна, в конкретной стране обратно пропорционально количеству случаев прерывания беременности в связи с аномалиями развития плода.

Регистры церебрального паралича совместно с данными партнерских сетей клиник позволяют оценить группу случаев редких заболеваний, которые развиваются в перинатальном периоде и приводят к пожизненному ограничению физической и социальной активности.

Повышение выживаемости новорожденных, родившихся с любой массой тела при рождении и на любом сроке беременности, коррелирует со снижением распространенности определенных подтипов церебрального паралича. Например, доля детей, родившихся в 1980 - 1998 гг. с массой тела при рождении более 2500 граммов, у которых развился двусторонний спастический церебральный паралич, снизилась с 58 до 33 случаев на 100 000 рожденных живыми. В эти же два десятилетия процент случаев церебрального паралича у детей, родившихся между 32-36 неделями беременности, сокращался на 3% в год. Эти тенденции к снижению совпали с уменьшением на одну треть числа случаев двустороннего церебрального паралича у младенцев с массой тела при рождении 1000-1499 граммов.

ФАКТОРЫ РИСКА, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ГРУПП

Возраст рожениц в Европе увеличился.

В странах Европы возраст беременных женщин, сильно различается, что оказывает влияние на здоровье матерей и младенцев. Как ранняя, так и поздняя беременность и роды сопровождаются более высокой распространенностью преждевременных родов, задержки развитие плода, перинатальных смертей и врожденных аномалий. В целом случаи подростковой беременности в странах Европы встречаются редко - в среднем 2,7% родов происходит у женщин моложе 20 лет. Однако в некоторых странах восточной Европы значение этого показателя выше. Великобритания также отличается от соседних стран за счет высокой доли очень молодых матерей (более 5%). Ситуация в Европе контрастирует с ситуацией в США, где 9,2% родов происходят у женщин моложе 20 лет (Центр по контролю и профилактике заболеваний СДС: Роды: окончательные данные за 2010 год (на англ. языке) (СДС): www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr61_01.pdf).

На противоположном конце возрастного спектра процентная доля женщин, рожаящих в позднем возрасте (в 35 лет или старше), варьировалась от 10,9% в Румынии до 34,7% в Италии. Процент женщин, рожаящих в более позднем возрасте, существенно колеблется, но в 40% стран или регионов, по крайней мере, 20% родов приходилось на женщин в возрасте 35 лет или старше, причем доля родов в этой возрастной группе существенно повысилась почти в каждой стране. Только в Финляндии значение этого показателя за период между 2004 и 2010 годами уменьшилось. В Великобритании рост этого показателя был

относительно невелик (менее 1 процентного пункта); существенно больший рост (более 5 процентных пунктов) наблюдался в Италии, Эстонии, Венгрии, Чехии и Испании.

Поощрение более раннего деторождения может требовать стратегий по поддержке молодых родителей и работающих матерей, а также информирования общественности о возможных последствиях деторождения в более позднем возрасте.

Во многих странах более чем 1 женщина из 10 курила во время беременности, несмотря на снижение этого показателя за период между 2004 и 2010 годами.

Курение женщин во время беременности можно считать наиболее важным предотвратимым фактором, связанным с неблагоприятными исходами беременности. Это точно установленный фактор риска неблагоприятных перинатальных исходов. Курение может отрицательно повлиять на нормальный рост и развитие плода и тем самым увеличить риск низкой массы тела при рождении, преждевременных родов, внутриутробной задержки развития и какой-либо врожденной аномалии. Отказ от курения - одна из наиболее эффективных мер по улучшению здоровья матерей и детей, поэтому оно служит показателем качества дородового профилактического медицинского обслуживания.

Процентная доля женщин, куривших во время беременности или в последнем триместре беременности, варьировалась от 5% в Литве и Швеции до 14% в Каталонии (Испания), 15% в Северной Ирландии, 16% в Уэльсе, 17% во Франции и 19% в Шотландии. Страны, представившие статистические данные за 2004 и 2010 годы, сообщили о несколько понизившейся доле курильщиц в последнем триместре беременности в 2010 году - примерно на 1-3%. Во Франции, Нидерландах и Великобритании снижение этой доли было более выраженным. Некоторые страны (Бельгия, Ирландия, Греция, Италия, Венгрия, Австрия, Португалия, Румыния, Словакия, Исландия, и Швейцария) не смогли представить данные о курении. Во многих странах качество данных следует улучшать - значение этого показателя, скорее всего, занижено. Учитывая негативные последствия курения на развитие плода и здоровье новорожденного, а также тот факт, что медицинское сопровождение беременности считается идеальной ситуацией для вмешательства, наличие высококачественной и сопоставимой информации о курении до и во время беременности должно быть приоритетом.

Мониторинг социального статуса и исхода беременности - вызов для Европы

Социальное неблагополучие остается основной причиной неблагоприятных перинатальных исходов перинатального периода и требует принятия действенных мер. Многие индикаторы перинатального здоровья, включая материнскую смертность, преждевременные роды, врожденные аномалии и длительность грудного вскармливания обратно пропорциональны переменным, отражающим социальное неблагополучие, таким как уровень образования матери и классификация профессиональной занятости родителей. Уровни образования матерей серьезно колеблются между европейскими странами, которые представили данные для расчета этого показателя; например, сообщается, что от 22 до 61% женщин

хотя бы недолго получали среднее образование. Многие страны не в состоянии представить данные об уровне образования матерей, и это стало одной из причин, по которой в рамках проекта Euro-Peristat перечень показателей был дополнен вторым индикатором социального статуса - классификацией профессиональной занятости. Потребуется дополнительно изучить возможность эффективного сравнения уровня образования и профессиональной группы, поскольку маловероятно, что страны, где сегодня не регистрируется уровень образования матерей, начнут это делать в будущем. Однако, даже учитывая невозможность сравнения образовательного и профессионального уровня, сбор таких данных - по одному показателю или обоим - позволит сравнивать антенатальную и неонатальную смертность в таких группах внутри одной страны и привлекать внимание к различиям, обусловленным социальными факторами.

Во многих странах женщины иностранного происхождения составляют большую долю беременных

Международная миграция в Европу может сопровождаться различиями в состоянии здоровья и перинатальных исходах у мигранток и женщин, родивших в принимающих странах, а также между группами мигрантов. Процент матерей иностранного происхождения варьировался от минимальных значений 3% (Чешская Республика) до более 60% (в Люксембурге и регионе Брюсселя в Бельгии), а доля женщин, являющихся гражданами других государств, - от менее 1% в Исландии и Польше до 30% в Латвии. Доля матерей иностранного происхождения или являющихся гражданами других стран во многих странах Европы превышает 20%. Такие данные имеются для многих стран, что позволяет проанализировать результаты мероприятий по охране здоровья в зависимости от страны или региона рождения матерей. Это одно из направлений, которое будет рассматриваться в будущем в сети Euro-Peristat.

В странах, где ведется такая статистика, более 1 из 10 беременных женщин страдают ожирением, но во многих странах этот показатель не контролируется.

Вес матери до и во время беременности может повлиять на течение беременности, ее исход и состояние здоровья потомства в течение последующей жизни, однако в 18 странах нет национальных данных по индексу массы тела беременных женщин. И у женщин с дефицитом веса, и у женщин с ожирением наблюдается повышенная частота неблагоприятных исходов. Среди стран, которые смогли представить данные, от 2,5 до 8,7% рожениц имели дефицит веса; максимум наблюдался в Польше (8,7%), Франции (8,3%), и Валлонском регионе (7,1%), а минимум - в Швеции (2,5%), Шотландии (2,6%), Финляндии (3,6%) и Германии (3,6%). Женщины с ожирением составили от 7,1 (Польша) до 20,7% (Шотландия) всех беременных женщин. В большинстве стран более 10% женщин детородного возраста страдают ожирением. Этот показатель следует контролировать в большем количестве европейских стран ввиду возможных изменений соотношения между женщинами с дефицитом, избытком веса и с ожирением в будущих поколениях женщин детородного возраста, а также влияния этих изменений на состояние здоровья в перинатальном периоде и на протяжении всей жизни.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5-6% всех беременностей, завершающихся родами, наступает в результате ЭКО; различия в частоте многоплодных беременностей частично отражают влияние этого метода лечения бесплодия

В некоторых странах 5-6% детей рождаются после применения той или иной вспомогательной репродуктивной технологии, хотя применение менее инвазивных процедур реже регистрируется в большинстве систем данных или вообще не регистрируется. Частота родов после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) составляет от 2 до 4%.

Одно из последствий ЭКО - увеличение числа многоплодных беременностей за исключением случаев переноса одного эмбриона. У младенцев, родившихся от многоплодных беременностей, в 10 раз повышен риск недоношенности и в 4 раза выше вероятность смерти в неонатальном периоде. У детей, родившихся в результате многоплодных беременностей, повышен риск врожденных аномалий и задержки развития, а их матери подвергаются повышенному риску заболеваемости и смертности. Существуют серьезные различия в частоте многоплодных беременностей в странах Европы: от минимальных показателей - 9-13 случаев на 1000 женщин (живорождения и мертворождения) в Румынии, Латвии, Литве и Польше - до более 20 случаев на 1000 в Брюсселе, Чешской Республике, Дании, на Кипре, в Испании и на Мальте. Эти различия отражают возрастные различия среди населения Европы: частота многоплодных беременностей выше среди матерей старшего возраста, помимо более высокой частоты субфертильности у таких женщин и более частого использования ВРТ. Частота рождения двоен снизилась в Дании, Нидерландах и Норвегии, где в 2004 году наблюдался максимум рождения двоен. Частота рождения двоен слегка возросла в Финляндии, Швеции и Северной Ирландии и продолжила рост в других странах. Многие страны реализуют политику профилактики многоплодных беременностей при ВРТ, и сокращение частоты рождения двоен в некоторых странах может стать результатом этой политики.

Большинство женщин обращаются за дородовой помощью в первом триместре, но различия в организации систем здравоохранения затрудняют сравнение данных о помощи на поздних сроках в разных странах

Подавляющее число женщин обращается за дородовой помощью во время первого триместра; оказание антенатальной помощи начинается во втором и третьем триместре для 2% (Польша) и 33% (Мальта) всех женщин. Половина стран (10 из 19) сообщили о том, что для 4-7% женщин дородовая помощь начинается после первого триместра. Процент женщин, не получавших дородовую помощь вообще, варьируется от 0 до 2,8%. Некоторые колебания в показателях дородовой помощи на поздних сроках беременности связаны с различиями регистрации сроков дородовой помощи. Вполне возможно, что в системах, где по большей части антенатальная помощь обеспечивается за пределами стационара, в качестве первого контакта будет зарегистрировано именно первое посещение стационара, а не первый контакт с врачом. Тем не менее, учитывая, насколько важно начать дородовую помощь на ранних сроках беременности, такие различия вызывают вопросы относительно того, получают ли женщины из наиболее уязвимых групп населения доступ к необходимой помощи во всех странах. Использование этого индикатора в сочетании с информацией об уровне образования матерей и стране происхождения может обеспечить полезную

основу для сравнения способности систем здравоохранения обеспечить доступность помощи для всех беременных женщин.

Скрининг на врожденные аномалии проводится по-разному в разных странах Европы

В Европе некоторые пороки развития очень часто диагностируются в рамках программ антенатального скрининга. В случае некоторых пороков развития диагностика в дородовом периоде позволяет семьям и медицинским службам лучше подготовиться к рождению ребенка с пороками развития и улучшить качество оказываемой помощи. В случае с другими врожденными аномалиями вслед за установлением диагноза зачастую следует прерывание беременности в связи с патологией плода. Данные EUROCAT иллюстрируют сильные различия в политике дородового скрининга, а также, как ее осуществление может повлиять на различия между странами Европы в показателях антенатальной диагностики.

Различия в частоте кесаревых сечений свидетельствуют о различиях в подходах к акушерской помощи

Различия в частоте кесаревых сечений в странах Европы свидетельствуют о различиях в подходах к родам в странах Европы. Факторы риска в отношении кесарева сечения - такие как возраст матери или количество родов в анамнезе - недостаточно выражены, чтобы объяснить серьезные различия. В странах с большой долей матерей старшего возраста наблюдаются и высокие (Италия и Португалия), и низкие показатели (Нидерланды и Финляндия). На Кипре кесарево сечение проводится чаще всего - 52,2%, после него идет Италия - 38,0%, Румыния - 36,9% и Португалия - 36,3%. В Германии, Люксембурге, на Мальте, в Польше и Швейцарии этот показатель также составляет 30% или более. Во всех остальных странах этот показатель ниже 30%. В Нидерландах, Словении, Финляндии, Швеции, Исландии и Норвегии показатель ниже 20%.

Частота кесаревых сечений возросла почти везде, в особенности в Восточной Европе

Кроме незначительного сокращения частоты кесаревых сечений в Финляндии и Швеции, в период с 2004 по 2010 год повсюду стало выполняться больше кесаревых сечений. Рост произошел в странах с высокой, и с низкой частотой выполнения кесаревых сечений в 2004 году. Рост варьировался от менее 0,2% в Италии до более 7% в Литве, Словакии и Польше. В целом, рост более всего заметен в странах Центральной и Восточной Европы, а также в Германии и Австрии.

Различия в акушерских практиках поднимают вопросы о том, как научные доказательства учитываются при принятии клинических решений

В дополнение к серьезным различиям в числе кесаревых сечений, о которых сообщалось выше, в Европе различаются и другие акушерские практики. Частота родоразрешающих операций, производимых влагалищным доступом, превышает 10% в Ирландии, Фламандском регионе Бельгии, Чешской Республике, Испании, Франции, Люксембурге, Нидерландах, Португалии, 4 странах Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и Швейцарии, не превышает 2% родов в Чешской Республике, Латвии, Литве, Польше и Румынии и составляет не менее 2 и до 5% в Эстонии, Италии, на Кипре и в Словении. Частота эпизиотомий варьируется от 5% до 70% при всех родах через естественные родовые пути. Доля этих операций составила около 70% на Кипре, в Польше, Португалии и Румынии, 43-58% в Валлонском и Фламандском регионах Бельгии и в Испании, 16-36% в Уэльсе, Шотландии, Финляндии, Норвегии, Эстонии, Франции, Швейцарии, Германии, Мальте, Словении, Люксембурге, регионе Брюсселя, Латвии и Англии, а в Дании, Швеции и Исландии этот процент составила 5-7%. Частота эпизиотомий снизилась или осталась на том же уровне во многих странах, из которых поступили данные за 2004 год, за исключением Англии, Шотландии и Нидерландов, где их частота возросла.

В Европе существуют многочисленные модели оказания акушерской и неонатальной помощи; понимание их сильных и слабых сторон могло бы помочь в совершенствовании систем здравоохранения во всех странах

Организация родовспоможения и помощи в послеродовом периоде является важным направлением государственной политики. У большинства беременных женщин беременность протекает нормально, при этом нет необходимости в серьезных акушерских вмешательствах или вообще не требуется таких вмешательств. Однако при возникновении рисков доступ к высокоспециализированной помощи может быть крайне важен как для матери, так и для ребенка. Таким образом, организация доступа матерей и детей к медицинской помощи с учетом имеющихся рисков является краеугольным камнем успешной системы охраны здоровья в перинатальном периоде и одним из направлений, где важную роль играют государственная политика и регулирование. Согласно данным настоящего отчета европейские страны очень по-разному решали этот вопрос.

В некоторых странах помощь оказывают в крупных центрах, а в других помощь предоставляют в небольших учреждениях. В целом, в акушерских отделениях, где в 2010 году принято менее 500 родов, принимается небольшое количество родов, но этот показатель серьезно варьируется от страны к стране, как и помощь, оказываемая в небольших родильных домах или отделениях. Например, в Великобритании и некоторых скандинавских странах в таких учреждениях при неосложненных родах помощь женщине оказывают акушерки. В противоположность Великобритании, на Кипре с очень высоким числом кесаревых сечений 61,9% родоразрешений происходит в небольших отделениях, а в 8 странах этот показатель составил от 10 до 20%.

С другой стороны, если говорить о крупных центрах, более четверти родов в Дании, Швеции и Англии приняты в отделениях, где за год было принято более 5000 родов, при этом в Словении, Латвии, Шотландии и Ирландии еще больше родов принято в отделениях, где было более 5000 родов; в 14 странах или регионах более трети родов принято в отделениях, где за год было 3000 или более родов.

В большинстве европейских стран менее 1% родов происходило на дому. В Англии этот показатель составил 2,5%, в Уэльсе - 3,7%, в Исландии - 1,8% и в Шотландии - 1,4%. В Нидерландах, где неосложненные роды обычно происходят в домашних условиях, 16,3% всех родов произошли на дому. Однако здесь имеет место существенное снижение по сравнению с 2004 годом, когда этот показатель превышал 30%. Сегодня женщины в Нидерландах имеют возможность также родить ребенка в родильном центре (в условиях, похожих на домашние) под наблюдением акушерки; в стране 26 родильных центров, и 11,4% родов произошло именно там. Практически все родильные центры располагаются по соседству с больницами или на территории больниц. Аналогичные отделения существуют в некоторых больницах Великобритании, но обычно невозможно отдельно посчитать количество родов, происходивших только в этих отделениях.

Регионализация помощи для родов высокого риска связана с лучшими показателями выживаемости для младенцев, родившихся очень рано. Во многих, но не всех, странах Европы четко определены уровни оказания помощи, что позволяет оценить, появились ли на свет младенцы, подверженные высокому риску, в специализированных акушерских отделениях, предусматривающих проведение интенсивной терапии новорожденных на месте. В большинстве таких стран также имеется информация о месте родов. Доля детей, родившихся намного раньше срока в специализированных отделениях, сильно различается. Было бы полезно разработать общеевропейскую классификацию акушерских отделений и отделений для новорожденных, чтобы упростить мониторинг помощи, оказываемой детям, подвергающимся высокому риску. Независимо от существования или отсутствия такой классификации, важно, чтобы страны могли контролировать место рождения таких младенцев.

Процент детей на грудном вскармливании варьируется от 54 до 99%

Грудное вскармливание полезно для детей, в том числе, оно обеспечивает важные преимущества в питании и лучшую сопротивляемость инфекциям. Успешное начало грудного вскармливания в течение первых 48 часов после родов зависит от политики в сфере здравоохранения и практики оказания помощи во время беременности, а также немедленно после родов. Имеются данные о грудном вскармливании при рождении для 19 стран или регионов. Более 95% детей получили какое-то количество грудного молока при рождении в Чешской Республике, Латвии, Португалии и Словении. Самые низкие показатели отмечаются в Ирландии, Шотландии, на Кипре, во Франции на Мальте (54-69%). Чтобы оценить эффективность национальной политики и узнать, в какой степени выполняются рекомендации по повышению ее эффективности, необходимо обеспечить сбор данных в каждой стране, а также большую точность и последовательность в определении способов грудного вскармливания.

IV. СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОТЧЕТНОСТИ О ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ В ЕВРОПЕ

Настоящий отчет демонстрирует целесообразность и ценность использования статистических показателей для мониторинга перинатального здоровья на европейском уровне. Однако наши результаты также показывают, что необходимо продолжение международного сотрудничества, что позволит сблизить терминологию и вывести на передний план разработку методов сбора данных по многим показателям перинатального здоровья.

Многие вопросы о здоровье матерей и детей, поднятых в данном отчете, так и не получают ответа без усовершенствования и расширения информационных систем для регистрации ключевых данных.

Необходимы инвестиции в национальные системы надзора; ни одна из стран не смогла предоставить все требуемые данные для получения полного набора показателей по проекту Euro-Peristat, а некоторых основных индикаторов было недостаточно

Несмотря на то, что наличие показателей улучшилось в период с 2004 по 2010 год, ни одна из стран не смогла представить полный набор показателей для проекта Euro-Peristat. Слабо представленные индикаторы включают показатели, необходимые для мониторинга стратегий профилактики: курение во время беременности, недостаточный или избыточный вес матери, время начала дородовой помощи, грудное вскармливание и меры в отношении социального статуса. Также не хватает данных о материнском здоровье. Качество данных для получения этих показателей и использование разных определений в некоторых странах также затрудняет сравнение между странами. Общеввропейское перинатальное исследование могло бы стать одним из способов получения хорошей базы для основных показателей по факторам риска и охране материнства, а также для разработки усовершенствованных универсальных определений, которые можно будет интегрировать в регулярно применяемые системы.

Регулярно используемые системы для подтверждения очень ранних родов и материнской смертности нуждаются в усовершенствовании

Принимая во внимание несоответствие требованиям используемых в настоящее время руководств, для проведения сравнений между странами необходимо стандартизировать определение мертворождения, чтобы отличать его от прерывания беременности. Обычно используемые системы склонны занижать данные по материнской смертности. Важно продолжать работу по улучшению данных, касающихся материнской смертности, например, путем объединения данных и создания специальных систем для установления и анализа причин большего числа смертей, связанных с беременностью.

Более широкое использование объединенных данных на основе уже используемых в Европе методов позволит незамедлительно улучшить мониторинг перинатального здоровья во многих странах

Объединение данных из двух или более регулярно используемых систем может расширить масштаб, охват и качество данных о перинатальном периоде, что можно понять на опыте многих стран, где уже проводится объединение данных либо регулярно, либо для конкретных проектов. Для устранения препятствий, не позволяющих комбинировать данные статистических и медицинских организаций, например, сложностей с координацией работы различных администраций, необходимы усилия и на национальном, и на международном уровне. Проблемы могут возникнуть в связи с европейским законодательством в области защиты данных и различиями между государствами-членами в том, как они его применяют. Объединение данных и связанная с этим необходимость защиты данных - это та область, где странам есть чему поучиться друг у друга, и где они могут извлечь выгоду из обмена опытом.

Для обеспечения устойчивости европейской системы наблюдения необходима активная сеть врачей, исследователей и статистиков из всех стран.

В Европе высок уровень навыков и мотивации, необходимых для получения высококачественной информации о состоянии перинатального здоровья. То, что мы можем в данном отчете представить комплексные данные из 29 стран Европы по широкому спектру показателей, описывающих перинатальное здоровье, свидетельствует о приверженности членов нашей сети получению сопоставимых данных о матерях и детях во время беременности, родах и послеродовом периоде в Европе. Впечатляют усилия членов нашего Научного комитета и лиц и организаций, предоставивших данные; для многих наших показателей требуется дополнительный анализ, который не проводится обычно на национальном уровне; члены нашей организации принимали участие в нескольких раундах проверки данных, высказали свое мнение и представили свои аналитические наработки в ходе нескольких заседаний. Кроме того, члены нашего Научного комитета помогли нам справиться со сложными ситуациями, возникавшими в связи с реорганизацией национальных систем информации о состоянии здоровья и сменой организаций и учреждений. Таким образом, поддержка деятельности и усиление сети EURO-PERISTAT являются основными элементами нашей стратегии обеспечения устойчивой отчетности о состоянии здоровья в Европе.

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сеть Euro-Peristat разработала план действий для обеспечения устойчивой отчетности о состоянии перинатального здоровья в 2010 году, в котором была закреплена идея подготовки всеобъемлющего отчета о состоянии перинатального здоровья в Европе каждые 4-5 лет. Если такой подход будет принят, следующий отчет будет охватывать данные с 2014 или 2015 года и будет издан в 2017 или 2018 году.

Достижима ли эта цель, зависит в основном от наличия политической и финансовой поддержки как на европейском, так и на национальном уровне. В настоящее время будущее наблюдения за состоянием здоровья в Европе неопределенно. Новая программа ЕС в сфере здравоохранения «Здоровье для роста» на 2014 - 2020 годы не уделяет первоочередного внимания программам усиления информационных систем; а многие проекты по информации в системе здравоохранения, включая Проект по мониторингу показателей здравоохранения в Европейском Сообществе (ECHIM), были прекращены из-за отсутствия финансирования. В более общем плане существует озабоченность, что текущая повестка по вопросам



здравоохранения, обозначенная в новой исследовательской программе «Горизонт 2020», не поощряет и не поддерживает исследования в области здоровья населения, систем здравоохранения или политики в области здравоохранения.

Тем не менее, наш опыт подготовки первого Европейского отчета по перинатальному здоровью показал, что эти проблемы являются приоритетными во многих странах и на уровне Европы. Данные этого отчета широко использовались медицинскими учреждениями и специалистами-медиками, специалистами по планированию в здравоохранении, политиками, исследователями и пользователями на территории Европы и за ее пределами. Отчет скачивался с нашего сайта более 8000 раз. В более чем 100 статьях в СМИ упоминалась публикация этого отчета. Отдельные страны Европы все больше опираются на приведенный здесь перечень показателей для оценки политических инициатив в стране и их эффективности (см. примеры в Главе 2).

Чтобы лучше понять факторы, влияющие на здоровье женщин и детей в Европе, наши показатели проанализированы нашей командой и другими специалистами. На основании этих данных сетью Euro-Peristat опубликованы 20 статей в рецензируемых журналах (см. наш вебсайт www.euro-peristat.com, где приведен полный список статей). Также для изучения состояния перинатального здоровья в отдельных странах использовались данные Euro-Peristat - доступные на нашем вебсайте без ограничений. Мы ожидаем, что исследования, опирающиеся на эти новые данные за 2010 год - которые позволят исследовать причины временных тенденций в факторах риска в системах охраны материнства и здоровья населения, а также результаты мероприятий по охране здоровья - еще раз подчеркнут ценность наличия сопоставимых данных по странам Европы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Использование единых диагностических критериев в отношении сахарного диабета беременных (СДБ) в Европе – мнение экспертов

Члены Руководящего комитета EBCOG:

- Шанталь Матье (Chantal Mathieu), MD, PhD, отделение эндокринологии, UZ Gasthuisberg, KU Leuven, Бельгия
- Роланд Девлигер (Roland Devlieger), MD, PhD, отделение акушерства и гинекологии, UZ Gasthuisberg, KU Leuven, Бельгия
- Андре Ван Асше (André Van Assche), MD, PhD, FRCOG, почетный профессор отделения акушерства и гинекологии, UZ Gasthuisberg, KU Leuven, Бельгия
- Катрин Бенхалима (Katrien Benhalima), врач-эндокринолог, UZ Gasthuisberg, KU Leuven, Бельгия
- Петер Дамм (Peter Damm), MD, DMSc, Центр для женщин с диабетом, отделение акушерства, Центр Juliane Marie, клиника Rigshospitalet, Университет Копенгагена, Дания
- Жерно Десойе (Gernot Desoye), PhD, отделение акушерства и гинекологии, Грацский медицинский университет, Австрия
- Роза Коркой (Rosa Corcoy), отделение эндокринологии и питания, больница de la Santa Creu Sant Pau, Испания
- Тахир Махмуд (Tahir Mahmood), CBE, MD, FRCPI, FRCOG, FACOG, FRCPE, FFSRH, MBA
- Президент EBCOG, Председатель рабочей группы EBCOG по разработке стандартов оказания медицинской помощи, отделение акушерства и гинекологии, больница Виктории, г. Кирколди и старший преподаватель Эндрюсского университета, Великобритания
- Жаки Низард (Jacky Nizard), MD, PhD, отделение акушерства и гинекологии, AP-HP Groupe Hospitalier Pitié – Salpêtrière, Париж, Франция
- Шарль Савона Вентура (Charles Savona Ventura), MD, DScMed, FRCOG, MRCPI, AccCOG, SpecOG, отделение акушерства и гинекологии, медицинский факультет Мальтийского университета, Мальта
- Фиделма Дунне (Fidelma Dunne), MD, PhD, FRCP, FRCPI, медицинская школа по эндокринологии Ирландского национального университета, Голуэй (NUIG), Ирландия

Ведущий автор: Д-р Катрин Бенхалима (Katrien Benhalima)

Введение

Международная ассоциация групп по изучению диабета и беременности (IADPSG) рекомендует обследовать беременных женщин для выявления существующего, но недиагностированного диабета во время первого посещения женской консультации, в особенности в группах повышенного риска (1). Если манифестный сахарный диабет или гестационный сахарный диабет (ГСД) не был диагностирован на ранних сроках беременности, или если женщина обратилась к врачу на сроке 24 недели или позднее, IADPSG рекомендует проведение каждой женщине двухчасового перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы и с использованием более строгих диагностических критериев ГСД; при этом одно отклонение от нормы достаточно для диагностирования ГСД (содержание глюкозы в

плазме крови натощак ≥ 92 мг/дл (5,1 ммоль/л); содержание глюкозы в плазме спустя 1 ч ≥ 180 мг/дл (10 ммоль/л); спустя 2 ч глюкоза в плазме ≥ 153 мг/дл (8,5 ммоль/л) (71). Это первые диагностические критерии ГСД, предложенные на основании перинатальных исходов, и поэтому они уникальны. Тем не менее, в международном масштабе рекомендация IADPSG по скринингу и диагностике ГСД остается спорной, поскольку это приведет к существенному увеличению числа женщин, поставленных на учет и получающих лечение в связи с ГСД. Кроме того, высказывались замечания о малочисленности данных, которые бы подтверждали экономическую эффективность такой скрининговой стратегии, произвольности пороговых значений ПГТТ (с учетом линейности связи между уровнями глюкозы в крови беременной и неблагоприятными исходами), неопределенности клинической значимости лечения ГСД легкой степени на основании критериев IADPSG и неопределенности риска развития после родов диабета 2-го типа (СД2) у женщин с ГСД легкой степени (2,3).

Хотя Американская диабетическая ассоциация (ADA) в декабре 2010 года приняла рекомендации IADPSG, Американская коллегия акушеров и гинекологов (ACOG) и независимая экспертная комиссия, назначенная Национальным институтом здравоохранения (NIH), продолжают продвигать всеобщую двухэтапную скрининговую стратегию с проведением глюкозотолерантного теста (ГТТ) с приемом 50 г глюкозы натощак и, при обнаружении отклонений от нормы - проведением трехчасового (ПГТТ) с приемом 100 г глюкозы (4-6). Недавно Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Общество эндокринологов пересмотрели свои руководства, и теперь несколько национальных обществ по всему миру также рекомендуют использовать критерии IADPSG для диагностики ГСД (7, 8). Новейшие рекомендации ADA 2014 года указывают, что необходимы дальнейшие исследования для принятия единого подхода к диагностике СДБ и оставляют открытым вопрос выбора между рекомендациями IADPSG по одноэтапной диагностике и рекомендациями Консенсусной конференции NIH по двухэтапной скрининговой стратегии (9).

Практика и политика скрининга в странах Европы весьма несогласована, ситуацию осложняют отсутствие консенсуса и слабые знания медработников о ГСД и его диагностике (10). Трудно провести сравнение стран по причине различий диагностических стратегий и подгрупп населения. Таким образом, рекомендуется разработать единую скрининговую стратегию в отношении ГСД в Европе. Это даст возможность выявить на раннем этапе больше женщин с ГСД и предоставить им соответствующее лечение. Принятие единой скрининговой стратегии также будет содействовать и стимулировать исследования по ГСД в Европе.

Инициатива EBCOG для достижения консенсуса в отношении применения единых критериев диагностики гестационного сахарного диабета в Европе

Достижение консенсуса в отношении скрининга на ГСД в Европе вызывает сложности, поскольку в странах Европы много этнических групп, и системы здравоохранения также значительно различаются. Многие национальные общества недавно пересмотрели или вскоре пересмотрят свои руководства с учетом новых рекомендаций ВОЗ. Большинство национальных обществ в Европе не рекомендуют всеобщую одноэтапную скрининговую стратегию с применением ПГТТ частично из-за связанной с этим рабочей нагрузки и затрат. EBCOG создал Руководящий комитет для подготовки предложения об использовании

единых критериев диагностики ГСД в Европе. Руководящий комитет включает членов EBCOG и членов Исследовательской группы по гестационному диабету (DPSG), связанной с Европейской Ассоциацией по изучению диабета. Это предложение в настоящее время рассматривается национальными обществами.

Скрининг на манифестный диабет на ранних сроках беременности

Поскольку в Европе также повышается распространенность ожирения и СД2 среди молодежи, и поскольку использование простого скринингового теста приведет к более раннему выявлению большего числа женщин с манифестным диабетом, Руководящая группа предлагает рекомендовать скрининг на манифестный диабет в особенности в группах высокого риска (Таблица 1) с использованием значений отсечки для выявления диабета вне беременности при преконцепционном консультировании или, самое позднее, во время первого визита в женскую консультацию (Рис. 1).

Таблица 1

Женщины с высоким риском сахарного диабета или гестационного сахарного диабета

- Гестационный сахарный диабет в анамнезе
- Диабет в семье (близкий родственник первой степени, страдающий диабетом)
- Рождение крупного плода в анамнезе (масса тела новорожденного >4000 г или >90 перцентиля)
- Синдром поликистозных яичников
- Этническая принадлежность: Средиземноморье, Южная Азия, Черная Африка, Северная Африка, Карибский бассейн, Ближний Восток, Латинская Америка
- Мужской пол плода

В целом считается, что на сегодня недостаточно фактических данных, чтобы рекомендовать всеобщий скрининг и лечение гестационного сахарного диабета беременных до 24 недель беременности. Консенсусная комиссия IADPSG и ВОЗ рекомендуют классифицировать уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥ 92 мг/дл (5,1 ммоль/л) на ранних сроках беременности как ГСД (1, 7). Однако эта рекомендация оспаривается, поскольку она основана лишь на данных, экстраполированных на основе точек разделения, используемых для ПГТТ с приемом 75 г глюкозы на более поздних сроках беременности.

Из-за отсутствия четких доказательств того, что женщины получают максимальную пользу от скрининга и лечения ГСД на ранних сроках беременности, и из-за отсутствия доказательств, на основании которых следует использовать скрининговую стратегию, Руководящая группа не дала никаких рекомендаций по использованию критериев диагностики ГСД на ранних сроках беременности.

Ожирение беременных также является важным независимым фактором риска возникновения пороков развития плода, гипертензии у беременных, макросомии плода и родовой травмы (11, 12). Поэтому в соответствии с рекомендацией ACOG предложение EBCOG заключается в следующем: настоятельно

рекомендуется проводить оценку и консультирование женщин с повышенной массой тела и с ожирением, которые должны включать предоставление специальной информации в отношении рисков ожирения для матери и плода, а также рекомендации по снижению веса (13). Чтобы избежать излишнего набора веса во время беременности, согласно руководствам Института медицины (ИОМ) следует также давать рекомендации по изменению образа жизни каждой женщине на ранних сроках беременности (14).

Рисунок 1: Предложение по использованию единых критериев диагностики гестационного сахарного диабета в Европе

Первое посещение женской консультации: скрининг на недиагностированный манифестный диабет, в особенности среди женщин повышенного риска: уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥ 126 мг/дл (7,0 ммоль/л), или гликированный гемоглобин $\geq 6,5\%$ (47 ммоль/моль), или случайная гликемия ≥ 200 мг/дл (11,1 ммоль/л)

На данном этапе невозможно рекомендовать конкретную скрининговую стратегию (всеобщую одноэтапную, двухэтапную или основанную на рисках), однако при проведении скрининга на ГСД на 24-28-ой неделях беременности следует провести двухчасовой ПГТТ с приемом 75 г глюкозы и с учетом новых критериев ВОЗ

уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥ 92 мг/дл (5,1 ммоль/л)

одночасовой ≥ 180 мг/дл (10 ммоль/л)

двухчасовой ≥ 153 мг/дл (8,5 ммоль/л)

→ Да → Лечить как манифестный диабет

≥ 1 показателя, отличного от нормы

Лечить как ГСД

6-12 недель после родов:
двухчасовой ПГТТ с приемом 75 г
(диагностические критерии вне беременности)

Скрининг в течение всей жизни, по меньшей мере, каждые 3 года: гликированный гемоглобин, уровень глюкозы в плазме крови натощак или двухчасовой ПГТТ с приемом 75 г глюкозы

ГСД: гестационный сахарный диабет; ГПН: уровень глюкозы в плазме крови натощак; ПГТТ: пероральный глюкозотолерантный тест; HbA1c: гликированный гемоглобин

Предложение по использованию новых критериев ВОЗ для диагностики гестационного сахарного диабета в Европе на 24-28-ой неделях беременности

В соответствии с недавней рекомендацией ВОЗ предложение EBCOG на данный момент заключается в использовании ПГТТ с приемом 75 г глюкозы и с учетом новых критериев ВОЗ для диагностики ГСД на 24-28-ой неделях беременности (Рисунок 1). Использование единого двухчасового ПГТТ с приемом 75 г глюкозы с теми же диагностическими критериями во время беременности позволит значительно упростить и содействовать проведению научных исследований по ГСД в Европе. Однако следует изучить вопрос о том, можно ли использовать более высокие пороговые значения ПГТТ для снижения числа женщин, у которых диагностирован СДБ, в особенности, если в окончательный диагноз включены другие факторы риска, такие как возраст роженицы, акушерский анамнез и индекс массы тела (G.H.A. Visser & H.W.de Valk, AJOG 2013). Кроме того, необходимо провести дополнительные научные исследования, чтобы определить лучшую скрининговую стратегию для разных групп населения в странах Европы. Таким образом, на данный момент нет четких рекомендаций о том, какой подход к скринингу следует использовать: всеобщий одноэтапный, двухэтапный, или с учетом рисков. Необходимы дополнительные данные, в особенности об экономической эффективности всеобщей одноэтапной скрининговой стратегии, подразумевающей проведение ПГТТ с приемом 75 г глюкозы и использованием новых диагностических критериев ВОЗ в сравнении с другими подходами к скринингу на ГСД среди населения стран Европы. Также необходимо произвести проспективную оценку среди населения Европы других скрининговых стратегий с использованием новых диагностических критериев ВОЗ, таких как двухэтапная скрининговая стратегия с проведением ГТТ с 50 г глюкозы и последующим проведением ПГТТ с 75 г глюкозы при отклонении результатов ГТТ от нормы, или выборочного скрининга в зависимости от факторов риска.

Также необходимы дополнительные данные о наиболее предсказуемых факторах риска ГСД среди населения европейских стран. Поскольку возраст первородящих продолжает постоянно расти, в настоящем предложении возраст не считается фактором риска, так как возраст женщин во время первой беременности сейчас зачастую превышает 30 лет. Кроме того, неясно, какая точка отсечки индекса массы тела наиболее чувствительна и специфична для выявления ГСД среди населения всех стран Европы. Таким образом, в настоящее время конкретная точка отсечки индекса массы тела не предлагается в качестве фактора риска.

Стратегия скрининга на непереносимость глюкозы после родов у женщин с ГСД в анамнезе

Все еще нет единого мнения о лучшей стратегии скрининга на непереносимость глюкозы у женщин с ГСД в анамнезе. Вскоре после родов гомеостаз глюкозы обычно возвращается к норме, однако женщины с СДБ подвергаются высокому риску развития СД2 (15). В настоящее время предлагается проводить скрининг женщин с ГСД в анамнезе на 6-12-ой неделях после родов посредством двухчасового ПГТТ с приемом 75 г глюкозы с использованием диагностических критериев, не связанных с беременностью. Женщины с ГСД в анамнезе должны проходить в течение всей жизни обследование для выявления

диабета или преддиабета не реже одного раза в три года. В настоящее время недостаточно данных, чтобы порекомендовать какой-либо тест как лучший, а поэтому определение уровня гликированного гемоглобина, уровня глюкозы в плазме крови натощак или двухчасовой ПГТТ с приемом 75 г глюкозы подходят для тестирования на диабет и преддиабет. Для женщин с ГСД в анамнезе, у которых диагностирован преддиабет, должны проводиться специальные вмешательства по изменению образа жизни или они должны получать метформин для профилактики диабета.

Заключение

Поскольку скрининг/диагностика ГСД в Европе проводятся крайне непоследовательно, необходимо разработать единую стратегию скрининга/диагностики ГСД. Это даст возможность выявлять на раннем этапе больше женщин с ГСД и предоставлять им соответствующее лечение. Принятие единой скрининговой стратегии также будет содействовать и стимулировать исследования по ГСД в Европе.

Таким образом, в настоящее время EBCOG предлагает проводить скрининг манифестного диабета, особенно в группах высокого риска с отсечкой по диабету при преконцепционном консультировании или - самое позднее - при первом посещении женской консультации. Если скрининг на ГСД проводится на 24-ой неделе беременности или позже, в настоящее время предлагается использовать двухчасовой ПГТТ с приемом 75 г глюкозы и новые диагностические критерии ВОЗ для диагностики ГСД. Однако необходимо провести дополнительные научные исследования, чтобы определить лучшую скрининговую стратегию для разных групп населения в странах Европы и пороговые значения ПГТТ для использования. Таким образом, на данный момент нет четких рекомендаций о том, какой подход к скринингу следует использовать: всеобщий одноэтапный, двухэтапный, или с учетом рисков.



Благодарность

Мы хотим выразить благодарность всем членам Совета EBCOG за их неоценимый вклад в эту инициативу

Выражаем благодарность всем европейским профессиональным обществам за их отзывы, комментарии и поддержку в ходе создания стандартов

Мы также с благодарностью отмечаем комментарии, полученные от PICUM

Особая благодарность г-же Шинед Хьюсон (Sinead Hewson), MD, из EIWH,
г-же Морэг Телфер (Morag Telfer), MD,
д-ру Роберте Де Фацио (Roberta De Fazio), MD,
д-ру Ренни Уркарту (Rennie Urquhart), MD, FRCOG
за их полезный профессиональный вклад



Команда EBCOG 2014

Руководители и члены Исполнительного комитета EBCOG

Президент EBCOG

Проф. Кьяра Бенедетто (Chiara Benedetto)

Казначей

Проф. Петер Хорннес (Peter Hornnes)

Генеральный секретарь

Д-р Рольф Киршнер (Rolf Kirschner)

Члены Исполкома EBCOG

Д-р Руди Кампо (Rudi Campo)

Д-р Анжелик Говерде (Angelique Goverde)

Избранный президент

Д-р Тахир Махмуд (Tahir Mahmood)

Проф. Хелле Карро (Helle Karro)

Проф. Жаки Низард (Jacky Nizard)

Проф. Влад Тика (Vlad Tica)

Председатель Постоянного комитета по обучению и оценке

Проф. Клаус Феттер (Klaus Vetter)

Председатель Постоянного комитета по признанию качества обучения

Проф. Юрий Владимирович (Juriy Wladimiroff)

Председатель Рабочей группы по дистанционному обучению и телемедицине

Проф. Юха Мякинен (Juha Mäkinen)

Председатель Рабочей группы по созданию стандартов

Д-р Тахир Махмуд (Tahir Mahmood)

Председатель Исследовательской группы по клиническим исследованиям

Проф. Аллан Темплтон (Allan Templeton)

Председатель Рабочей группы по CME/CPD

Д-р Рольф Киршнер (Rolf Kirschner)

Председатель Рабочей группы по консорциуму симуляционного тренинга

Д-р Руди Кампо (Rudi Campo)

Председатель Рабочей группы по тренингу для тренеров

Проф. Жива Новак Антолич (Ziva Novak Antolic)

Председатель рабочей группы по финансированию ЕС

Проф. Андре Ван Асше (André Van Assche)



Ответственный за связи со странами ЕС

Д-р Йохан Ван Вимеерш (Johan Van Wiemeersch)

Европейская ассоциация по урогинекологии (EUGA)

Проф. Линда Кардозо (Linda Cardozo)

Европейская ассоциация по перинатальной медицине (EAPM)

Проф. Жерар Х.Ф. Виссер (Gerard H. A. Visser)

Европейское общество по гинекологической онкологии (ESGO)

Проф. Райнер Киммиг (Rainer Kimmig)

Европейское общество по репродукции человека и эмбриологии (ESHRE)

Проф. Рой Фаркарсон (Roy Farquharson)

Ответственный за связи с FIGO

Проф. Луис Каберо-Пура (Luis Cabero-Roura)

Председатель научного комитета Конгресса EBCOG в Глазго

Проф. Арис Антсаклис (Aris Antsaklis)

Президент Конгресса EBCOG в Стамбуле

Проф. Али Балоглу (Ali Baloğlu)

Европейская сеть молодых специалистов по акушерству и гинекологии (ENTOG)

Д-р Мод Ван де Венне (Maud Van de Venne)

Веб-мастер

Д-р Нуно Мартинс (Nuno Martins)



Национальные делегаты EBCOG и секции UEMS по акушерству и гинекологии 2014

Австрия

Проф. Вольфганг Умек (Wolfgang Umek)
Проф. Вальтер Нойнтойфел (Walter Neunteufel)

Албания

Д-р Рубена Моисиу (Rubena Moisiu)

Бельгия

Проф. Софи Александер (Sophie Alexander)
Д-р Виллем Омбелет (Willem Ombelet)

Болгария

Проф. Милко Сираков (Milko Sirakov)
Проф. Тодор Чернев (Todor Chernev)

Бывшая югославская Республика Македония

Д-р Славейко Сапунов (Slavejko Sapunov)

Великобритания

Д-р Дэвид Ричмонд (David Richmond)
Д-р Пол Фогарти (Paul Fogarty)

Венгрия

Проф. Йозеф Бодис (József Bódis)

Германия

Проф. Клаус Кёниг (Klaus König)
Проф. Клаус Дидрих (Klaus Diedrich)

Греция

Проф. Арис Антсаклис (Aris Antsaklis)
Д-р Николас Линардос (Nicolas Linardos)

Дания

Проф. Шарлотт Хасселхолт Сёгаард
(Charlotte Hasselholt Sogaard)
Д-р Александр Лашке (Alexander Laschke)

Ирландия

Д-р Майкл Робсон (Michael Robson)

Исландия

Проф. Рагнейдур И. Бьярнадоттир
(Ragnheidur I. Bjarnadottir)

Испания

Проф. Эдуардо Кабрилло (Eduardo Cabrillo)
Проф. Луис Каберо-Роура (Luis Cabero-Roura)

Италия

Проф. Франческо Распальези
(Francesco Raspagliesi)
Проф. Панталео Греко (Pantaleo Greco)

Кипр

Д-р Мариос Лиасидес (Marios Liasides)
Д-р Патроклос А. Патроклу (Patroklos A Patroclou)

Косово (РСБООН 1244)*

Д-р Альбер Лиля (Albert Lila)
Проф. Шефкет Лулай (Shefqet Lulaj)

Латвия

Проф. Даце Резеберга (Dace Rezeberga)

Литва

Проф. Рута Надисаускиене (Ruta Nadisauskiene)
Проф. Дайва Вайткиене (Daiva Vaitkiene)

Мальта

Проф. Марк Бринкат (Mark Brincat)
г-н Марк Формоса (Mark Formosa)

* Упоминания о Косово должны пониматься в контексте
Резолюции 1244 Совета Безопасности ООН (1999)



Нидерланды

Проф. Федде Схееле (Fedde Scheele)

Норвегия

Проф. Мартин Андерсен (Martin Andresen)

Проф. Кнут Хорднес (Knut Hordnes)

Польша

Проф. Пётр Сиерожевски (Piotr Sieroszewski)

Проф. Пржемыслав Оцюковский

(Przemyslaw Oszukowski)

Португалия

Проф. Диого Айрес-де-Кампос

(Diogo Ayres-de-Campos)

Д-р Мариа Фернанда Агуас (Maria Fernanda Águas)

Россия

Проф. Геннадий Сухих

Д-р Екатерина Яроцкая

Румыния

Проф. Влад Тика (Vlad Tica)

Словакия

Проф. Ян Данко (Jan Danko)

Проф. Павел Зубор (Pavel Zubor)

Словения

Проф. Ксения Гершак (Ksenija Geršak)

Проф. Адольф Луканович (Adolf Lukanovic)

Турция

Проф. Али Балоглу (Dr Ali Baloğlu)

Проф. Булент Тюрап (Bulent Týrap)

Украина

Д-р Андрей В. Ткаченко (Andrew V. Tkachenko)

Проф. Валерий Запорожан (Valerii Zaporozhan)

Финляндия

Проф. Сейя Гренман (Seija Grenman)

Проф. Юха Рясянен (Juha Räsänen)

Франция

Проф. Жаки Низард (Jacky Nizard)

Хорватия

Проф. Иван Кувачич (Ivan Kuvacic)

Чехия

Проф. Владимир Дворак (Vladimir Dvorak)

Проф. Ярослав Фейерейсл (Jaroslav Feyereisl)

Швейцария

Проф. Йоханнес Битцер (Dr Johannes Bitzer)

Проф. Бруно Имтурн (Bruno Imthurn)

Швеция

Проф. Пиа Телеман (Pia Teleman)

Проф. Харалд Алмстрём (Harald Almström)

Эстония

Проф. Кадри Лиина Вахула (Kadri Liina Vahula)

Проф. Маде Лаанпере (Made Laanpere)



Национальные общества - члены EBCOG

Австрия

Австрийское общество по акушерству и гинекологии

Албания

Албанское общество по акушерству и гинекологии

Бельгия

Общество франкоговорящих акушеров и гинекологов Бельгии

Фламандская ассоциация по акушерству и гинекологии

Болгария

Болгарское общество по акушерству и гинекологии

Бывшая югославская Республика Македония

Ассоциация акушеров и гинекологов Македонии

Великобритания

Королевская коллегия акушеров и гинекологов

Венгрия

Венгерское общество по акушерству и гинекологии

Германия

Профессиональная ассоциация акушеров и гинекологов

Немецкое общество по гинекологии и акушерству

Греция

Греческое общество по акушерству и гинекологии

Дания

Датское общество по акушерству и гинекологии

Ирландия

Институт акушеров-гинекологов Королевской коллегии врачей Ирландии

Исландия

Исландское общество по акушерству и гинекологии

Испания

Испанское общество по акушерству и гинекологии

Италия

Итальянское общество по гинекологии и акушерству

Кипр

Кипрское общество по гинекологии и акушерству

Косово (РСБООН 1244)*

Ассоциация по акушерству и гинекологии Косово

Латвия

Латвийская ассоциация гинекологов и акушеров

Литва

Литовская ассоциация акушеров и гинекологов

* Упоминания о Косово должны пониматься в контексте Резолюции 1244 Совета Безопасности ООН (1999)

**Мальта**

Коллегия акушерства и гинекологии Мальты

Нидерланды

Нидерландское общество по акушерству и гинекологии

Норвегия

Скандинавская федерация обществ по акушерству и гинекологии

Польша

Польское гинекологическое общество

Португалия

Португальская федерация обществ по акушерству и гинекологии

Россия

Российское общество акушеров-гинекологов

Румыния

Румынское общество по акушерству и гинекологии

Словакия

Словацкое общество по акушерству и гинекологии

Словения

Словенская ассоциация гинекологов и акушеров

Турция

Турецкое общество по акушерству и гинекологии

Украина

Украинская ассоциация акушеров и гинекологов

Финляндия

Финское общество по акушерству и гинекологии

Франция

Французская национальная коллегия гинекологов и акушеров

Хорватия

Хорватское общество гинекологов и акушеров

Чехия

Чешское общество по гинекологии и акушерству

Швейцария

Швейцарское общество по акушерству и гинекологии

Швеция

Шведское общество по акушерству и гинекологии

Эстония

Эстонское общество гинекологов



ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

UEMS	Европейский союз медицинских специалистов
FIGO	Международная федерация по акушерству и гинекологии
ACOG	Американский конгресс акушеров и гинекологов
EAPM	Европейская ассоциация по перинатальной медицине
ESGO	Европейское общество по гинекологической онкологии
ESHRE	Европейское общество по репродукции человека и эмбриологии
EUGA	Европейская ассоциация по урогинекологии
ENTOG	Европейская сеть молодых специалистов по акушерству и гинекологии
EFC	Европейская федерация по кольпоскопии
EMAS	Европейское общество по менопаузе и андропаузе
ESC	Европейское общество по контрацепции и репродуктивному здоровью
ESG	Европейское общество по гинекологии
ESGE	Европейское общество по гинекологической эндоскопии
ESIDOG	Европейское общество по инфекционным заболеваниям в акушерстве и гинекологии
EURAPAG	Европейская ассоциация по детской и подростковой гинекологии
ISPOG	Международное общество по психосоматическому акушерству и гинекологии
ISUOG	Международное общество по УЗИ в акушерстве и гинекологии
DPSG	Группа по исследованиям диабета во время беременности
MJCSM	Мультидисциплинарный объединенный комитет по сексуальной медицине
DOTW	Врачи мира
EFCNI	Европейский фонд помощи новорожденным и младенцам
EMA	Европейская ассоциация акушеров
EIWH	Европейский институт женского здоровья
EPHA	Европейский альянс по общественному здоровью
PICUM	Платформа по международному сотрудничеству незарегистрированных мигрантов







www.ebcog.eu