

Руководство по
**ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ**

6^{ое} издание

*Американская Академия
Педиатрии*

*Американская Коллегия
акушеров и
гинекологов*

*при поддержке
Фонда помощи детям
с врожденными дефектами*



Эта публикация стала возможной благодаря поддержке американского народа, оказываемой
через Агентство США по международному развитию (AMP США).
Содержание публикации является ответственностью авторов и не обязательно
отражает мнения AMP США или Правительства США.

«Руководство по перинатальной помощи» было создано при участии Американской Академии Педиатрии и Американской Коллегии акушеров и гинекологов (Комитета по акушерской практике). Данное *Руководство* не должно рассматриваться как свод твердых правил. Информация, изложенная ниже, является общей и может быть адаптирована к различным ситуациям, в зависимости от потребностей и возможностей конкретной местности, учреждения или вида практики. Изменения и инновации, которые улучшают качество оказываемой помощи, должны поощряться, а не ограничиваться. Цель данного *Руководства* будет достигнута, если оно послужит прочной основой для построения местных стандартов.

Введение

«Руководство по перинатальной помощи», как и в предыдущих пяти изданиях, рассматривает вопросы по улучшению результатов беременности, снижению материнской и перинатальной смертности и заболеваемости и предлагает качественные парадигмы для обеспечения перинатальной помощи. Активная поддержка перинатальных систем в регионах, включая эффективное выявление рисков, помощь в условиях в зависимости от степени риска и, при необходимости, транспортировку матери или новорожденного в третичные медицинские учреждения, оказала очевидный эффект на перинатальные результаты. В этом издании приводятся данные доказательной медицины, которые необходимы для дальнейшей оптимизации региональной помощи, а также доказательные рекомендации по использованию безопасных и эффективных диагностических и терапевтических вмешательств как в перинатологии, так и в неонатологии.

В данном издании «Руководства по перинатальной помощи» рассмотрен полный спектр высококачественной перинатальной помощи, начиная от принципов предварительного консультирования и обеспечения дородовой и интранатальной помощи в обычных и сложных условиях до руководства по оказанию обычной и комплексной неонатальной и постнатальной помощи. В издании приводится оценка эффективности методов пренатальной диагностики, использования дородовое назначение кортикоステроидов для стимуляции развития плода, интранатальной химиопрофилактики антибиотиками для профилактики сепсиса новорожденных, вызванного стрептококками группы В, использования антибиотиков при преждевременном разрыве околоплодных оболочек и лечения сурфактантом дыхательной недостаточности у недоношенных новорожденных.

Данное издание также содержит современные рекомендации по оказанию перинатальной помощи в стационарах, всесторонне охватывая систему оказания помощи от руководства для медсестры до методов административно-хозяйственной работы. Также подчеркивается важность определения эффективных методов улучшения качества внутри каждого отделения и стационара. Улучшение качества фокусируется на совершенствовании систем медицинской помощи, что в свою очередь приводит к улучшению результатов для пациента. При оптимальном оказании помощи и уходе возникает подход, сосредоточенный на нуждах пациента, где пациенты и семья признаются настоящими партнерами при оказании помощи. Эффективная коммуникация, осуществляемая в выразительной манере, является основой такой помощи.

Коммуникация между медицинскими работниками также является важным элементом. В своем отчете за 2001 год Институт Медицины выделил 6 характеристик, которые могут положительно повлиять на здоровье пациентов, включая безопасность пациента и помощь, сфокусированную на пациенте, при эффективной и постоянной коммуникации среди медицинских работников (1). Данное издание «Руководства по перинатальной помощи» приводит всестороннее объяснение необходимости процедур и стандартов для обеспечения такой коммуникации, с целью улучшения качества оказания помощи и безопасности пациентов.

В силу кризиса страхования профессиональной ответственности, растущего бремени регулирующего бюджета, и увеличивающегося потребительского спроса, акушеры и неонатологи могут значительно выиграть, предупреждая врачебные ошибки, что вероятно, является наиболее важным для обеспечения безопасности пациентов. Несмотря на то, что многие, если не большинство законных претензий к акушерам являются необоснованными, не может быть сомнений в том, что при оказании перинатальной

помощи допускаются врачебные ошибки. Перестраховочная врачебная практика, появившаяся в ответ на кризис страхования профессиональной ответственности, как, например, назначение большего количества диагностических тестов и большего числа медицинских препаратов, направление пациентов к специалистам без существенной необходимости, могут привести к неблагоприятным последствиям, т.к. увеличивают возможность пропустить патологические результаты анализов, допустить ошибки при назначении препаратов или неточно сообщить рекомендации (2).

Примеры неудачной коммуникации среди акушеров отмечены в одной трети всех неблагоприятных исходов (3). Эти данные могут быть недооценены, т.к. Объединенная Комиссия (Joint Commission) сообщила, что ошибки при осуществлении коммуникации присутствуют в 65% «контрольных случаев». Две трети таких ошибок приводят к нарушению потока критической информации среди медицинских работников. К тому же чрезмерное назначение анализов, препаратов или консультаций может скрывать за собой патологические показатели, ошибки при назначении препаратов или консультации специалистов.

Существует множество барьеров для осуществления эффективной коммуникации среди перинатологов. Данное издание «Руководства по перинатальной помощи» направлено на преодоление многих из них. Однако, все учреждения, оказывающие перинатальную помощь, должны быть внимательны к коммуникативным барьерам на местах, включая недостаточное развитие или отсутствие системы электронного ввода данных, результатов лабораторных исследований и системы ведения амбулаторной карты пациента, разнообразные стили и формы осуществления врачебной деятельности и даже расположение учреждений акушерской и неонатальной помощи. Другим препятствием для совершенствования коммуникации и увеличения безопасности пациента является растущая в стране нехватка среднего медицинского персонала, наряду с сокращающимся бюджетом медицинских учреждений.

Был предложен ряд решений для дальнейшего обеспечения безопасности и эффективности перинатальной помощи. Многие учреждения реализовали методы управления ресурсами (Crew Resource Management). Эта инновационная система используется Военной администрацией и Федеральным управлением гражданской авиации США «для выявления, предупреждения и сокращения последствий человеческой ошибки и, следовательно, предупреждения несчастных случаев со смертельным исходом» (4). При применении в перинатальном учреждении, методы управления ресурсами разделяют центры сестринского ухода, врачебной деятельности, лабораторного обследования и фармацевтического дела, используя тренинги и взаимодействие команд по перинатальной помощи, которые совершают частые обходы, предупреждают возможные проблемы, способствуют доступу к необходимым лабораторным данным и подтверждают своевременное назначение препаратов в правильной дозировке. Команды также улучшают процедуру «передачи» обязанностей и реализуют совместно разработанные методики и процедуры. Члены команд учатся доступно объяснять особенности частоты сердцебиений плода, акушерских и неонатальных осложнений.

Некоторые учреждения применили практику круглосуточного охвата родов и родоразрешений акушерами. Эти врачи работают посменно и исключительно с роженицами. Некоторые акушеры сосредотачиваются только на ведении своих пациентов, тогда как другие обеспечивают помощь пациентам, принадлежащим группе взаимодействующих практик. В крупных учреждениях работа акушеров может быть направлена на обеспечение поддержки или экстренной помощи другим штатным

Материал размещен на www.healthquality.ru

сотрудникам, координируя многочисленные бригады помощи и устанавливая очерёдность применения анестезии или операционных.

Наряду с тренингами, многие больницы модернизируют родовые отделения и отделения интенсивной неонатальной терапии для оптимизации потока пациентов и общения между сотрудниками. Обновляются информационные системы больниц и все чаще медицинскими учреждениями применяются электронные карточки, внедренные в соответствии с требованиями безопасности пациентов. Предполагается, что шаги по обеспечению безопасности пациента будут в дальнейшем тщательно исследованы, исходя из этого, мы прогнозируем, что седьмое и последующие издания этой книги будут содержать новые важные рекомендации по командному методу обучения, коммуникации, электронным карточкам и работе акушеров.

Ссылки

1. Institute of Medicine (US). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293:2609-17.
3. White AA, Pichert JW, Bledsoe SH, Irwin C, Entman SS. Cause and effect analysis closed claims in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1031-8.
4. Sachs BP. A 38-year-old woman with fetal loss and hysterectomy. *JAMA* 2005;294:833-40.

Глава 1

Организация перинатальной помощи

Система оказания медицинской помощи

Одним из самых успешных примеров в сфере системы оказания медицинской помощи является организация перинатальной помощи на региональном уровне, начиная с 1970-х и 1980-х годов. Местная организация перинатальной помощи получила одобрение в отчете Фонда помощи детям с врожденными дефектами (March of Dimes Foundation) за 1976г., подготовленным Комитетом по перинатальному здоровью - специальным комитетом представителей, назначенных профессиональными организациями при поддержке Фонда. Важность местной организации была впоследствии обозначена во втором отчете Фонда помощи детям с врожденными дефектами Комитета по перинатальному здоровью «Улучшая результаты беременности: 90-е и после» в 1993. Региональная система перинатальной помощи должна охватывать не только ведение родов, родоразрешение и неонатальную помощь, но и помощь, оказываемую матери до и во время первых месяцев беременности. Система оказания медицинской помощи, направленной на потребности семьи в целом и женщины в частности, требует реализации программы для:

- улучшения доступа к службам
- раннего выявления рисков
- обеспечения взаимосвязи с определенным уровнем помощи
- обеспечения выполнения, непрерывности и полноты помощи.

Будут определены и устранены структурные, финансовые и культурные барьеры к оказанию помощи. Региональная организация должна развиваться в рамках общей системы оказания медицинской помощи, избегая дублирования служб. Можно выделить 4 аспекта, необходимых для успешного функционирования региональной системы

перинатальной помощи: 1) доступ к всесторонней перинатальной помощи, 2) просвещение населения по вопросам репродуктивного здоровья, 3) медицинская помощь, направленная на семью, 4) ответственность всех составляющих системы оказания медицинской помощи.

Всесторонняя перинатальная помощь

Интеграция клинической деятельности, от I уровня (основного) до III уровня (узкой специализации) в рамках одного региона потенциально обеспечивает своевременный доступ к помощи на соответствующем уровне для всего населения. Ранняя и постоянная оценка риска для предупреждения, выявления и анализа условий, связанных с материнской и детской смертностью и заболеваемостью способствует достижению первичной цели обеспечения соответствующего уровня помощи. Второй целью является улучшение системы направлений и консультаций в учреждениях, которые обеспечивают различные уровни оказания помощи. В условиях, когда население, нуждающееся в помощи по репродуктивному здоровью, рассеяно географически и экономически, тщательно построенная, хорошо организованная система второстепенных служб становится необходимым условием для обеспечения доступа к соответствующей помощи всех беременных женщин и новорожденных. Сети и другие формы вертикально совмещенных систем должны использоваться для обеспечения всеми необходимыми службами, включая медицинскую помощь, транспортировку, государственное и профессиональное образование, исследования и определение результатов в соответствии с систематизированными данными в стандартной форме. Эти условия необходимы для минимизации перинатальной смертности и заболеваемости, путем эффективного использования ресурсов.

Просвещение населения по вопросам репродуктивного здоровья

Понимание основных социальных и медицинских последствий беременности и информированность о репродуктивных рисках, поведении, оказывающем влияние на здоровье, и курсы по планированию семьи являются необходимыми факторами для улучшения результатов беременности. Должна осуществляться эффективная интеграция просвещения по вопросам репродуктивного здоровья в систему оказания помощи и общество. Отчет Института Медицины «Высокие цели, незапланированная беременность и благополучие детей и семей» подчеркивает, что в США:

- Около 60% беременностей являются незапланированными либо нежеланными
- Незапланированная беременность не зависит от принадлежности женщины к какому-либо слою общества
- Женщина, которая не планировала свою беременность, менее склонна к раннему дородовому наблюдению и более склонна подвергать плод воздействию токсичных веществ
- Новорожденный с низкой массой тела при рождении зачастую является результатом нежеланной беременности, что в дальнейшем влечет за собой другие осложнения
- Около половины незапланированных беременностей заканчиваются абортами.

Менее половины всех беременностей в США являются запланированными, что предполагает необходимость в создании нового подхода к репродуктивному здоровью. В целевую группу для репродуктивного образования должны входить все женщины детородного возраста, что обусловлено большим количеством незапланированных беременностей и возникновением рисков репродуктивного здоровья – включая употребление алкоголя, курение и использование наркотиков, которые характерны для

всех социально-экономических слоев общества. Обследование репродуктивного здоровья должно осуществляться всеми медицинскими учреждениями, обслуживающими женщины детородного возраста. Образец формы, который может быть полезен в продвижении соответствующего выборочного обследования репродуктивного здоровья, представлен в Таблице 1-1.

Каждый визит пациента, включая подростков и мужчин, в медицинское учреждение должен рассматриваться как возможность для информирования по вопросам репродуктивного здоровья. Для изменения отношений и поведения между мужчиной и женщиной могут быть востребованы новые идеи, касающиеся репродуктивного здоровья и инноваций по маркетинговым инструментам.

При общении с пациентом или общественностью важно осознавать, что большая часть населения имеет низкий уровень функциональной грамотности, что в свою очередь может отразиться на качестве получаемой помощи, способствует низким результатам, и увеличивает риск судебных процессов по медицинской ответственности. Эта проблема должна быть решена на уровне системы здравоохранения, однако ее последствия также могут быть минимизированы при использовании упрощенного языка в документах, таких как бланк согласия, консультировании, а также в беседе с пациентом. Слабослышащие пациенты, а также пациенты, плохо владеющие английским, должны по возможности участвовать в важных обсуждениях с участием службы перевода. Необходимо принять разумные меры для обеспечения доступа к службам перевода. Могут использоваться различные варианты, включая найм переводчиков в качестве офисного персонала, использование соответствующих ресурсов среди населения или использование службы перевода по телефону.

Таблица 1-1: Обследование женщин репродуктивного возраста

Выборочное обследование репродуктивного здоровья (от менархе до менопаузы)	Проводится	Находится на рассмотрении
Информированность в вопросах репродуктивного здоровья		
Консультирование по предохранению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Консультирование по вопросам будущей беременности и питанию	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Внутренние заболевания (консультация по влиянию на будущие беременности)		
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гипертензия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эпилепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие хронические заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Инфекционные заболевания (консультация, анализ или направление)		
Заболевания, передаваемые половым путем (включая ВИЧ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гепатит А	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гепатит В (иммунизация пациентов с высоким риском)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Краснуха (анализ, иммунизировать при отсутствии иммунизации)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ветряная оспа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тератогенные факторы и генетика (консультация по влиянию на будущие беременности)		

Гемоглобинопатия	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Прием препаратов и витаминов (например, изотретиноин и витамин А [ретиноевая кислота])	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Пациентка или ее предыдущий ребенок имеют врожденные дефекты	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Семейный анамнез генетических заболеваний	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Воздействие факторов окружающей среды дома или на работе	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Поведение (консультация, анализ или направление)		
Употребление алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Курение	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Употребление запрещенных веществ (например, кокаин или крэк)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Социальная поддержка	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Безопасность (например, домашнее насилие)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Личные ресурсы (например, транспортное средство или жилищные условия)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Подготовлено при использовании информации Фонда помощи детям с врожденными дефектами, Комитета по перинатальному здоровью. «Улучшай результаты беременности: 90-е и после». Уайт-Плейнс (Нью-Йорк), 1993

Медицинская помощь, направленная на семью

Система здравоохранения должна быть сфокусирована на оказание медицинской помощи, направленной на семью, так как именно семья зачастую является первичным источником поддержки для людей, получающих медицинскую помощь. Медицинские работники должны привлекать родителей в качестве коллег и партнеров, принимающих решения, и обеспечивать встречи, основанные на уверенности пациента, защищающие их достоинство и увеличивающие компетентность. Такой подход содержит в себе семейные перспективы, предлагает реальный выбор, уважает решения, принятые родителями за себя и за своих детей. Любое консультирование должно быть восприимчиво к культурному многообразию и проводиться с привлечением опытного переводчика, когда основной язык пациента отличается от языка медицинского работника.

Руководители медицинских учреждений и программ должны доводить до сотрудников, студентов, семей и сообществ концепции медицинской помощи, направленной на семью, последовательно и понятно, используя основополагающие принципы и институциональные стандарты. Обеспечение условий, которые будут поддерживать ключевую роль семьи в продвижении здоровья ее членов, является важной задачей в улучшении здоровья. Это включает в себя уважение выбора, достоинства и культурных корней беременных женщин и молодых матерей и других членов семьи; честное и открытое общение; продвижение возможностей для взаимной поддержки и обмена информацией; сотрудничество в развитии и оценке услуг.

Медицинская помощь, направленная на семью, может помочь будущим и молодым родителям осуществлять грамотный уход. Во время неонатального курса должны быть предприняты попытки минимизировать разлучение новорожденного с его семьей. Экономические решения и выгода никогда не должны быть приоритетными над интересами новорожденного, матери, семьи и общества в сохранении семьи вместе. Когда разделение семьи необходимо для обеспечения высокого уровня помощи матери или новорожденному, ответственность за поддержку и вовлечение семьи в принятие решений должна быть разделена со всей бригадой, осуществляющей оказание помощи. Мать, чей новорожденный был переведен в другое лечебное учреждение, должна быть выписана или

переведена в то же учреждение, если это допустимо с медицинской точки зрения. Взаимодействие сотрудников и внутренние положения медицинского учреждения на всех уровнях должны подчеркивать важную роль родителей и других членов семьи в обеспечении здоровья и благополучия новорожденных. Способности родителей должны являться основой для построения компетентности и уверенности в возможности оказания помощи. Сохранение индивидуального чувства личной ответственности является важным условием для достижения максимальных результатов беременности и семейной жизни.

Ответственность

Ответственность за осуществляемую деятельность является фундаментальным принципом оказания медицинской помощи, применимым ко всем компонентам системы оказания помощи, и ценным атрибутом профессиональной деятельности. Данная ответственность предполагает помочь отдельным пациентам отдельными медицинскими работниками. В рамках системы оказания перинатальной помощи, ответственность и обязательства должны быть одинаковы для всех участников, включая пациентов, их семьи, программы и системы перинатальной помощи, правительственные организации, страховые компании и организации медицинского обеспечения, вся деятельность и политика которых оказывает влияние на оказание помощи пациенту и, таким образом, на результаты лечения. Ответственность включает в себя развитие значимых программ по улучшению качества, контроль медицинских ошибок и работу, обеспечивающую безопасность пациента. Доступ к высококачественной помощи для всех пациентов является обязанностью, которая требует координированной системы с вовлечением, заинтересованностью и ответственностью всех сторон.

Клинические компоненты местных перинатальных служб

Полученные результаты показали эффективность региональной координированной системы, сосредоточенной на различных уровнях помощи в перинатальных учреждениях. Такая система может быть расширена для охвата предварительной оценки состояния здоровья и оценки рисков на ранних сроках беременности в амбулаторных учреждениях и больницах.

Предварительная помощь

Системы и программы местной перинатальной помощи должны усиливать положительное влияние дородовой помощи на результаты, уделяя особое внимание осуществлению предварительной помощи через образовательные программы. Клинические детали предварительной помощи для перинатологов представлены в Главе 4 «Предварительная помощь». Все женщины детородного возраста должны быть обеспечены доступом к предварительной помощи и консультированию по планированию семьи.

Все медицинские работники обязаны информировать и консультировать о сексуальности, медицинских и психологических рисках беременности, вариантах репродуктивной помощи в соответствии с федеральными законами и законами и постановлениями штата всех подростков, находящихся в сфере их обслуживания. Также каждый профилактический визит должен использоваться для информирования родителей, особенно матерей, о неблагоприятных медицинских и социальных последствиях беременности в подростковом возрасте.

Амбулаторное наблюдение за беременными

Целями региональной координации амбулаторного наблюдения за беременными являются обеспечение соответствующей помощью всех женщин и должного использования доступных ресурсов, улучшение результатов беременности. Пренатальная помощь может оказываться более качественно и эффективно, определяя возможности и квалификацию (основная, специализация, узкая специализация) медицинских работников и гарантируя, что беременная женщина получает соответствующую необходимую помощь (Таблица 1-2). Развитие диагностики и пренатальной оценки рисков, равно как и вмешательства для изменения поведения, делают раннюю и постоянную пренатальную помощь эффективной стратегией для улучшения результатов беременности.

Ранняя и постоянная оценка рисков должна быть неотъемлемой частью перинатальной помощи. Раннее выявление беременности с высоким риском делает возможным профилактику и лечение состояний, связанных с заболеваемостью и смертностью. Оценка рисков способствует развитию плана оказания помощи, включая направление и необходимую консультацию специалистов различных уровней перинатальной помощи на основе обстоятельств пациента и возможности отдельных медицинских работников.

Содержание и последовательность оказания перинатальной помощи должны варьироваться в соответствии с потребностями и степенью риска для женщины и плода. Использование местных средств для оценки риска, таких как стандартизированная карта беременной (см. «Дородовая карта», *Приложение А*), всеми медицинскими учреждениями по перинатальной помощи способствует соответствующему осуществлению деятельности по оценке рисков и вмешательству. Все пренатальные учреждения должны определять полный спектр медицинских и психологических рисков и либо оказывать соответствующую помощь, либо направлять в другие учреждения (см. *Приложения В* и *С*).

Пренатальная помощь может осуществляться с привлечением различных служб, включая ранее вовлечение педиатров и неонатологов, а также других специалистов. Консультация матери и ее партнера с неонатологом для обсуждения возможного вовлечения педиатра особенно важна после выявления рисков или проблем у плода.

Таблица 1-2. Возможности и квалификация медицинских работников, осуществляющих наблюдение за беременными в амбулаторных учреждениях

Уровень пренатальной помощи	Возможности	Специалисты
Основная помощь (I уровень)	Карта беременной, ориентированная на выявление рисков, объективное обследование и интерпретация результатов, стандартное лабораторное обследование, оценка гестационного возраста и нормального течения беременности, постоянное выявление рисков, механизмы для консультации и направлений, психологическая поддержка, дородовые курсы и координация помощи (включая направление на дополнительные услуги, такие как транспортировка, питание и помощь в размещении)	Акушеры, семейные врачи, сертифицированные медсестры акушеров и другие компетентные медсестры с опытом работы и прошедшее обучение
Специальная помощь (уровень II)	Основная помощь плюс диагностическое обследование плода (например, биофизическое обследование, анализ околоплодных вод, основная ультразвуковая эхография), квалификация для ведения	Акушеры

Узкоспециальная помощь (уровень III)	медицинских и акушерских осложнений Основная и специальная помощь плюс высокотехнологичная диагностика плода (например, целевая ультразвуковая эхография, эхокардиография плода), высокотехнологичная терапия (например, внутриутробная трансфузия или лечение аритмии); медицинская, хирургическая, неонатальная или генетическая консультация; ведение тяжелых осложнений у матери	Специалисты в области медицины плода и матери и репродуктивные генетики медсестры с опытом, прошедшие обучение и демонстрирующие компетентность
---	---	---

Подготовлено при использовании информации Фонда помощи детям с врожденными дефектами, Комитета по перинатальному здоровью. «Улучшая результаты беременности: 90-е и после». Уайт-Плейнс (Нью-Йорк), 1993

Стационарная перинатальная помощь

В своем отчете «Улучшая результаты беременности» Комитет по перинатальному здоровью Фонда помощи детям с врожденными дефектами выделил три уровня перинатальной помощи: I, II и III. Хотя данная классификация используется во многих учреждениях и общественных организациях, таких как, государственные программы по охране материнства и детства, во втором отчете Комитета по перинатальному здоровью Фонда помощи детям с врожденными дефектами (1993г.) была рекомендована замена числовых обозначений на функциональные, описательные: основная, специальная и узкоспециальная помощь. Маркетинговые и финансовые затруднения, равно как и общественный спрос повлияли на повышение уровня оказываемой перинатальной помощи в некоторых медицинских учреждениях безотносительно местных проблем координирования. Такая тенденция противоречит традиционной концепции региональной организации, при которой III уровень или центры узкоспециальной помощи имеют единственную возможность для обеспечения комплексной помощи пациенту и обычно, но не всегда, берут на себя ответственность за транспортировку, образовательные программы, исследования и улучшение качества для определенных слоев населения или местности. Однако, многие центры III уровня все еще обеспечивают такие услуги в регионах. Среди других образовательных услуг, предлагаемых центрами I и II уровней в регионе, центр III уровня должен оказывать поддержку в учреждении и поддержке программ по обзору внутриутробной и детской смертности. Попытки разделить ответственность между больницами не везде были одинаково успешны. Иногда различные уровни услуг в сфере перинатальной помощи развивались в рамках одной больницы – обычно основные и специальные услуги в акушерстве вместе с узкоспециальными услугами по неонатологии. Данная несогласованность или отсутствие координации в обеспечении услуг может быть результатом растущей конкуренции в сфере здравоохранения и попыток страховых компаний и планов медицинского страхования контролировать стоимость услуг в здравоохранении. Такая конкуренция часто приводит к излишнему увеличению услуг в рамках какого-либо региона с потенциально более низкими результатами и, по иронии судьбы, увеличении стоимости оказываемых услуг.

Тщательное документирование специальных коэффициентов ранней детской смертности с низкой массой тела при рождении показало, что уровень выживания недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении, выше, если роды принимаются в больницах с несколькими отделениями интенсивной терапии для новорожденных. Данное заключение было представлено в США и других странах. Также, многочисленные отчеты касательно результатов хирургии новорожденных говорят в пользу сосредоточения средств и пациентов в нескольких узкоспециальных центрах хирургии новорожденных. По представленной совокупности доказательств, следует говорить о том, что услуги по

Материал размещен на www.healthquality.ru

оказанию стационарной перинатальной помощи должны быть организованы в рамках отдельных регионов или районов обслуживания таким образом, чтобы помочь беременным женщинам высокой группы риска и новорожденным была сосредоточена в центрах оказания высококвалифицированной перинатальной помощи.

Различие может быть сделано между уровнем перинатальных услуг, который характеризует учреждение или больницу и уровнем помощи оказываемой в рамках отделений больницы. Первый использует общую организацию услуг по перинатальной помощи и дополнительную ответственность, связанную с участием в координированной, местной системе помощи. Второй основан на индивидуальных потребностях перинатального пациента, женщины после родов и новорожденного (для детального описания см. «Материальные возможности», Глава 2). Определение соответствующего уровня оказываемой помощи данной больницей должно исходить из существующего местного законодательства по здравоохранению, государственных рекомендаций для профессиональных объединений и установленных нужд оказания перинатальной помощи. В случае оказания неонатальных услуг, уровень помощи должен быть определен в соответствии с расширенной классификацией, разработанной Американской Академией педиатрии и опубликованной в 2004 году.

Предполагаемые возможности основного, специального и узкоспециального уровней по оказанию перинатальных амбулаторных услуг представлены в Таблице 1-3, приведенные как в функциональных, так и в числовых обозначениях для различных уровней медицинских услуг (см. Главу 2 «Амбулаторные перинатальные услуги»).

Отделения I уровня (боксы для здоровых новорожденных) обеспечивают основной уровень помощи новорожденным с низкой группой риска, в которых есть возможность для осуществления реанимации новорожденных при каждом родах, оценки и обеспечения обычного постнатального ухода за здоровыми новорожденными. Также они могут стабилизировать состояние и оказывать помощь новорожденным, родившимся преждевременно на поздних сроках беременности (35-37 неделя) с физиологически устойчивым состоянием и новорожденным, появившимся на свет ранее 35 недель беременности или с патологиями до момента их транспортировки в учреждение, где им будет оказана специализированная неонатальная помощь.

Помощь в учреждениях специального уровня должна оказываться новорожденным со стабильным состоянием или патологиями, не требующими неотложной узкоспециальной помощи. Такие ситуации обычно возникают в результате преждевременных родов без серьезных осложнений или преждевременного разрыва плодных оболочек на 32 неделе беременности или позднее.

В настоящее время некоторые больницы, осуществляющие специальную акушерскую помощь, также готовы предоставить некоторые виды неонатальной интенсивной терапии; возможность оказания такой помощи не поощряется. В частности, наличие педиатрических узкоспециальных услуг, таких как педиатрическая кардиология, хирургия, анестезиология и рентгенология может быть ограничено. Однако, в некоторых штатах в силу географических расстояний или демографических характеристик возникает необходимость в программах по перинатальной помощи, которые дают возможность больницам получить разрешение для оказания эффективной помощи в неонатальном отделении, но при наличии дополнительных организационных условий. При осуществлении такого контроля, возможность высококвалифицированной неонатальной помощи становится допустимой. В целом, каждая больница должна иметь четкое представление о категориях пациентов, которым может быть оказана должная помощь в

местном учреждении здравоохранения и которые должны быть переведены в учреждение более высокого уровня.

Преждевременные и предстоящие роды на сроке менее 32 недель обычно служат основанием для транспортировки беременной в узкоспециальный центр (III уровень). Обычно, если мать не может быть переведена в такой центр до родов, то это происходит после стабилизации состояния новорожденного.

Помощь, оказываемая узкоспециальным учреждением, заметно отличается от той, которую оказывают в специальных учреждениях. Узкоспециальная помощь включает экспертную оценку в области медицины плода и матери и неонатологии. Это обычно требуется при ведении беременных пациенток с угрозой возникновения осложнений у матери на сроке менее 32 недель.

Таблица 1-3. Возможности специалистов в больницах, оказывающих основную, специальную и узкоспециальную помощь

Уровень помощи	Возможности	Специалисты
I уровень (основная помощь)	<p>Наблюдение и помощь всем пациентам, поступившим в акушерскую службу, с учреждённой системой сортировки для выявления пациентов с высоким риском, которые должны быть переведены в учреждение, оказывающее специальную или узкоспециальную помощь</p> <p>Правильное выявление и первоначальное лечение непредвиденных проблем у матери и новорожденного, которые возникают во время родов.</p> <p>Возможность начать экстренное Кесарево сечение в течение 30 минут после принятия такого решения</p> <p>Круглосуточная доступность соответствующей анестезии, рентгенологического исследования, ультразвуковой эхографии, лабораторного обследования, банка крови и плазмы</p> <p>Послеродовой уход</p> <p>Реанимация и стабилизация всех новорожденных, появившихся в больнице</p> <p>Оценка и постоянный уход за здоровыми детьми в отделении для новорожденных или при совместном пребывании с матерью до момента выписки</p> <p>Соответствующие возможности и помощь для стабилизации маленьких или больных новорожденных до момента транспортировки в учреждение, оказывающее специальную или узкоспециальную помощь</p> <p>Консультация и меры для транспортировки</p> <p>Комнаты и нормы, позволяющие семьям, включая старших детей, совместно пребывать в больнице после рождения ребенка</p> <p>Сбор, хранение и поиск данных</p> <p>Программы по улучшению качества, включая попытки увеличить безопасность пациента</p>	Семейные врачи, акушеры, педиатры
II уровень (специальная помощь)	<p>Обеспечение основной помощи, описанной выше, и следующих расширенных возможностей:</p> <ul style="list-style-type: none">• Соответствующая помощь беременным женщинам с высоким риском, доставленным из других учреждений	Акушеры, педиатры, иногда неонатологи

	<ul style="list-style-type: none"> • Стабилизация тяжелобольных новорожденных до транспортировки • Лечение больных детей средней степени тяжести, недоношенных и доношенных новорожденных 	
III уровень (узкоспециальная помощь)	Обеспечение всесторонней перинатальной помощи для непосредственно направленных и переведенных женщин и новорожденных всех категорий риска, включая основную и специальную помощь, описанную выше Оценка новых технологий и методов лечения	Специалисты в области медицины плода и матери, неонатологи
Местный узкоспециальный перинатальный центр	Обеспечение всесторонней перинатальной помощи, выходящей за рамки учреждений, оказывающих узкоспециальную помощь Ответственность за организацию и координацию местной перинатальной помощи, включая следующие пункты: <ul style="list-style-type: none"> • Транспортировка матери и новорожденного • Местные программы поддержки и образования • Развитие и первоначальная оценка новых технологий и методов лечения • Обучение медицинских работников со специальным и узкоспециальным образованием и возможностями • Анализ и оценка местных данных, включая данные по перинатальным осложнениям и результатам 	Специалисты в области медицины плода и матери, неонатологии, другие узкие специалисты в акушерстве, педиатрии и хирургии

Новорожденные, которым может понадобиться экстренная комплексная помощь должны быть доставлены в узкоспециальный центр. Могут сложиться обстоятельства, при которых матери будет необходима узкоспециальная помощь, тогда как новорожденному - основная или специальная. Сложно говорить о точном прогнозировании всех неонатальных рисков и результатов до рождения. Должна быть проведена соответствующая оценка и консультация, учитывая потенциальные риски для женщины и ее ребенка.

Не все узкоспециальные перинатальные центры должны действовать как региональные центры, однако, региональная организация перинатальных служб требует координации для развития специальных служб, постоянного профессионального обучения для поддержки компетентности, сбор данных по долгосрочным результатам для оценки эффективности оказания перинатальной помощи, безопасности и эффективности новых методов лечения. Опыт показал, что такие функции обычно лучше осуществляются, когда ответственность сосредоточена в одном региональном центре с перинатальными и неонатальными узкоспециальными службами. В некоторых случаях региональная координация может оказаться удовлетворительной при сотрудничестве детских больниц с узкоспециальными перинатальными учреждениями, которые находятся в непосредственной географической близости.

Расширенная классификация для уровней перинатальной помощи

В 2004 году Американская Академия педиатрии опубликовала расширенную систему для классификации уровней неонатальной помощи. Данная система основана на предыдущих категориях основной, специальной, узкоспециальной и региональной узкоспециальной помощи. Хотя предыдущая система относится как к акушерской, так и неонатальной помощи, расширенная классификация применяется только по отношению к неонатальной помощи. Подобной расширенной классификации для оказания акушерской помощи не существует. Категории этой новой системы представлены ниже:

- I уровень неонатальной помощи (основная помощь)

- II уровень неонатальной помощи (специальная помощь)
 - II А уровень: подобный предыдущему II уровню
 - II В уровень: дополнительная возможность для обеспечения искусственной вентиляции легких до 24 часов или положительного постоянного давления в дыхательных путях
- III уровень неонатального отделения интенсивной терапии (узкоспециальная помощь)
 - III А уровень имеет следующие дополнительные возможности:

Обеспечение всесторонней помощи новорожденным, появившимся после 28 недель беременности и с весом более 1 000гр

Обеспечение постоянной искусственной вентиляции легких, кроме другого неотложного жизнеобеспечения

Проведение "малых" операций, таких как постановка центрального венозного катетера или устранение паховой грыжи

- III В уровень имеет следующие дополнительные возможности

Всесторонняя помощь новорожденным, появившимся в 28 недель и ранее и с весом 1 000гр и менее

Искусственная вентиляция легких при оказании специализированной реаниматологической помощи, такой как высокочастотная вентиляция и вдыхаемая окись азота

Современные методы визуализации с интерпретацией на срочной основе, включая компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию и ультразвуковую кардиографию

Немедленный доступ на месте к полному списку узких специалистов по педиатрии

Доступность узких специалистов по детской хирургии и детские анестезиологи на местах или в ближайшем учреждении для осуществления "большой" операции

- III С уровень располагает всеми возможностями неонатального отделения интенсивной терапии III В уровня, но также может обеспечить:

Экстракорпоральное жизнеобеспечение

Операции, проводимые на открытом сердце для устранения сложных врожденных пороков сердца

Помощь матери и новорожденному после выписки из медицинского учреждения

Перинатальная помощь на всех уровнях должна включать амбулаторную помощь женщине и новорожденному после выписки из больницы. Экономические условия способствуют ранней выписке и уменьшению срока пребывания в больнице после родов, что увеличивает важность не только организации и координации постоянного ухода, но и необходимость для оценки и мониторинга результатов. После выписки помощь новорожденному с перенесенным тяжелым перинатальным заболеванием должна включать помощь педиатра с квалификацией и опытом ведения таких детей. Новорожденные после лечения в неонатальном отделении интенсивной терапии также должны быть вовлечены в организованную программу дальнейших мероприятий, которая прослеживает и записывает медицинские результаты и показатели развития для последующего анализа. Такая программа является неотъемлемым компонентом узкоспециальной неонатальной помощи. Компоненты услуг для подобной помощи женщинам обсуждены в Главе 5, для новорожденных в Главах 7 и 8.

Персонал: распределение и обеспеченность перинатологами

Распределение и обеспеченность врачами, работающими в сфере оказания перинатальных услуг, изменяется. Хотя количество врачей существенно возросло за последние 20 лет,

процент всех врачей, работающих в акушерстве, уменьшился. Опубликованные данные говорят о том, что в настоящее время существует достаточное количество врачей, специализирующихся в неонатальной помощи. Однако, существует неравномерное распределение акушеров, оказывающих помощь пациентам с высоким риском, специалистов в области медицины плода и матери и неонатологов по географическим территориям и видам учреждений. Убедительные данные о необходимом количестве акушеров, которые оказывают помощь пациентам с высоким риском, и неонатологов для обслуживания определенной части населения, отсутствуют. Комплексный подход к оказанию перинатальной помощи является необходимым условием для улучшения результатов беременности. Дипломированные медсестры акушеров, фельдшеры, квалифицированные медсестры, специалисты по дыхательной терапии, перинатальные соцработники, врачи-консультанты по грудному вскармливанию и другие специалисты также являются важной частью перинатальной службы.

Необходимо предпринимать действия, направленные на увеличение набора специалистов по перинатологии, особенно, в сельской и городской местности, недостаточно охваченной медицинским обслуживанием. Было обозначено более 2 000 федеральных регионов, испытывающих нехватку медицинских работников; большинство людей, нуждающихся в обслуживании в этих регионах, составляют женщины репродуктивного возраста и маленькие дети. Недостаточное финансирование перинатальных учреждений способствует увеличению числа женщин, которые не получают полный спектр медицинских услуг.

Примерами деятельности региональных программ, которые успешно реализовывались с целью увеличения доступа к помощи, являются страхование врачей на случай судебного преследования, привлечение специалистов на временной основе, присоединение отдаленных больниц как филиалов крупных медицинских учреждений, материальное стимулирование с целью организации или поддержки какой-либо деятельности, новаторские подходы для дальнейшего образования и программы по обеспечению технической поддержки. Государственная служба здравоохранения, государственная стипендия и программы погашения кредитов направлены на обучение медицинских работников, что обусловлено потребностью обслуживания территорий, испытывающих недостаток в медицинском персонале. Такие программы должны получать поддержку и обеспечиваться достаточным финансированием для того, чтобы улучшить положение специалистов по перинатологии.

Сбор данных и документирование

Десятилетиями оценка результатов составляли проблему для медицинских работников в сфере перинатологии. Контроль и улучшение качества помощи осуществлялось на основании отдельных результатов, таких как смертность среди матерей и новорожденных. Общественность, включая средства массовой информации, родителей, правительственные учреждения и заинтересованные стороны, такие как фонды также играли важную и соответствующую роль в освещении проблемы. Тот факт, что число новорожденных с низкой массой тела увеличивается, несмотря на государственное финансирование программ по исследованию и оказанию помощи в течение нескольких десятилетий, указывает на необходимость в постоянной переоценке компонентов систем оказания помощи.

Региональная программа по перинатальному здоровью должна отслеживать результаты оказания помощи пациенту, используя стандартные показатели и индикаторы, что обеспечит процесс для оценки успехов в оказании медицинской помощи. Были сделаны значительные успехи в методах сбора данных и накопления демографической статистики

Материал размещен на www.healthquality.ru

(например, карты беременной со свидетельством о рождении или смерти). Стандартные свидетельства и отчеты о рождаемости, смертности и внутриутробной смертности Национального Центра статистики здравоохранения представлены в *Приложении D*. Концепция ключевых показателей использовалась с целью обеспечения постоянного доступа к ранней и длительной перинатальной помощи, а также предупреждения или измерения низких результатов беременности. Например, показатели незапланированной беременности; использование пренатальных служб; внутриутробная, неонатальная и материнская смертность являются возможными мерами доступа и результата на различных этапах при непрерывном оказании перинатальной помощи. Должны использоваться новые и улучшенные средства в оценочных клинических науках для мониторинга исполнения и обеспечения основы для улучшения результатов и при оказании клинической помощи. Перинатологи и учреждения, оказывающие перинатальную помощь должны принимать активную роль в сборе данных на региональном уровне, развитии стандартизованных средств сбора данных, анализе и последующем использовании информации о полученных результатах для индивидуального, институционального и профессионального улучшения качества. Тщательный и систематический сбор данных по долговременным результатам необходим для оценки изменений в существующих системах оказания перинатальной помощи, равно как и новых технологий и методов лечения.

Наряду с попытками отдельных учреждений или регионов отследить результаты лечения и причины смертности, существуют программы, обеспечивающие возможность длительного улучшения качества для анализа внутриутробной, неонатальной и материнской смертности.

Процесс национального обзора детской смертности является основным видом анализа и совместно проводится специалистами по педиатрии и дородовому наблюдению, специалистами по общественному здравоохранению, представителями системы социального обслуживания населения, психологами, общественными деятелями, потребителями и другими. Они проводят обзор обезличенной информации по индивидуальным случаям детской смертности, направленный на выявление связанных с ней факторов, которые, возможно, свидетельствуют о наличии проблем в системе оказания помощи и требуют внесения изменений, разработки рекомендаций и помощи в применении изменений.

Последняя национальная оценка обзора детской смертности подтвердила эффективность данного процесса в перинатальной системе. В настоящее время обзор детской смертности применяется в 200 населенных пунктах в 40 штатах. Полный отчет об оценке обзора детской смертности можно получить на сайте Университета Джонса Хопкинса (www.med.jhu.edu/wchpc [*Приложение E*]). Подробная информация о процессе обзора детской смертности представлена на www.NFIMR.org, где вы также можете узнать, существует ли данная программа в вашем регионе. Национальная программа обзора детской смертности (NFIMR) – это совместная работа Американской Коллегии Акушеров и Гинекологов и Федерального Комитета по материнскому и детскому здоровью, Управления здравоохранения и медицинского обслуживания.

Несмотря на относительно редкие случаи материнской смертности, связанной с беременностью, причины каждого летального исхода должны быть установлены и тщательно рассмотрены на государственном уровне. Результаты такого анализа должны быть известны руководителям здравоохранения, которые могут изменить систему и практику оказания помощи, беременным и родившим женщинам.

Источники.

18 GUIDELINES FOR PERINATAL CARE

- Halamek LP. The advantages of prenatal consultation by a neonatologist. *J Perinatol* 2001;21:116–20.
- Horbar JD. The Vermont Oxford Network: evidence-based quality improvement for neonatology. *Pediatrics* 1999;103(suppl):350–9.
- Howell EM, Richardson D, Ginsburg P, Foot B. Deregionalization of neonatal intensive care in urban areas. *Am J Public Health* 2002;92:119–24.
- The importance of preconception care in the continuum of women's health care. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 313. *Obstet Gynecol* 2005;106:665–6.
- Institute of Medicine. Including children and pregnant women in health care reform. Summary of two workshops. Washington, DC: National Academy Press; 1992.
- Institute of Medicine (US). The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. Washington, DC: National Academy Press; 1995.
- Institute of Medicine (US). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
- Makuc DM, Haglund B, Ingram DD, Kleinman JC, Feldman JJ. Health service areas for the United States. *Vital Health Stat* 2 1991;(112):1–102.
- March of Dimes Birth Defects Foundation. Toward improving the outcome of pregnancy: the 90s and beyond. White Plains (NY): MDBDF; 1993.
- Paul DA, Epps S, Leef KH, Stefano JL. Prenatal consultation with a neonatologist prior to preterm delivery. *J Perinatol* 2001;21:431–7.
- Phibbs CS, Bronstein JM, Boxton E, Phibbs RH. The effects of patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality. *JAMA* 1996;276:1054–9.
- Pollack LD. An effective model for reorganization of perinatal services in a metropolitan area: a descriptive analysis and historical perspective. *J Perinatol* 1996;16:3–8.
- Public Health Service (US). Caring for our future: the content of prenatal care. A report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 1989.
- Richardson DK, Gray JE, Gortmaker SL, Goldmann DA, Pursley DM, McCormick MC. Declining severity adjusted mortality: evidence of improving neonatal intensive care. *Pediatrics* 1998;102:893–9.
- Stark AR. Levels of neonatal care. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics* 2004;114:1341–7.
- Stevenson DK, Quaintance CC. The California Perinatal Quality Care Collaborative: a model for national perinatal care. *J Perinatol* 1999;19:249–50.
- Wall SN, Handler AS, Park CG. Hospital factors and nontransfer of small babies: a marker of deregionalized perinatal care? *J Perinatol* 2004;24:351–9.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient Communication. In: Special issues in women's health. Washington, DC: ACOG; 2005. p. 3–9.
- Blackmon L. The role of the hospital of birth on survival of extremely low-birthweight, extremely preterm infants. *Neoreviews* 2003;4:e147–52.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Cultural competency, sensitivity, and awareness in the delivery of health care. In: Special issues in women's health. Washington, DC: ACOG; 2005. p. 11–20.
- Chien LY, Whyte R, Aziz K, Thiessen P, Matthew D, Lee SK. Improved outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers. *Obstet Gynecol* 2001;98: 247–52.
- Cifuentes J, Bronstein JM, Phibbs CS, Phibbs RH, Schmitt SK, Carlo WA. Mortality in low birth weight infants according to level of neonatal care at hospital of birth. *Pediatrics* 2002;109:745–51.
- Committee on Perinatal Health. Toward improving the outcome of pregnancy: recommendations for the regional development of maternal and perinatal health services. White Plains (NY): National Foundation—March of Dimes; 1976.
- Congressional Budget Office. Factors contributing to the infant mortality ranking of the United States. CBO Staff Memorandum. Washington, DC: CBO; 1992. Available at: <http://www.cbo.gov/ftpdocs/62xx/doc6219/doc05b.pdf>. Retrieved December 15, 2006.
- Evidenced-based quality improvement in neonatal and perinatal medicine. *Pediatrics* 1999;103(suppl).

Приложение В

Раннее выявление рисков беременности для консультирования

Факторы риска	Рекомендуемая консультация*	
История болезни		
Аsthma	Симптоматическая (на фоне медикаментозного лечения) Тяжелая (многочисленные госпитализации)	Акушер-гинеколог узкий специалист в области медицины плода и матери
Заболевание сердца	Цианотичное, предшествующий инфаркт миокарда, аортальный стеноз, легочная гипертензия, синдром Марфана, искусственный клапан, класс II или выше по классификации Американской Ассоциации Сердца (American Heart Association)	узкий специалист в области медицины плода и матери
Сахарный диабет	Тип А-С Тип D или выше	Другие Акушер-гинеколог Акушер-гинеколог узкий специалист в области медицины плода и матери

<i>Употребление наркотиков и алкоголя</i>	Акушер-гинеколог
<i>Эпилепсия (на фоне медикаментозного лечения)</i>	Акушер-гинеколог
<i>Семейный анамнез генетических заболеваний (Синдром Дауна, болезнь Тея – Сакса, оксифенилкетонурия)</i>	узкий специалист в области медицины плода и матери
<i>Гемоглобинопатия (серповидноклеточная анемия, талассемия)</i>	узкий специалист в области медицины плода и матери
Гипертензия	
Хроническая, с почечной недостаточностью или пороком сердца	узкий специалист в области медицины плода и матери
Хроническая, без почечной недостаточности или порока сердца	Акушер-гинеколог
<i>Предшествующий легочный эмбол или тромбоз глубоких вен</i>	Акушер-гинеколог
<i>Психическая болезнь</i>	Акушер-гинеколог
<i>Заболевание легких</i>	
Тяжелое обструктивное или рестриктивное	узкий специалист в области медицины плода и матери
Умеренное	Акушер-гинеколог
<i>Почечная недостаточность</i>	
Хроническая, креатинин ≥ 3 с или без гипертензии	узкий специалист в области медицины плода и матери
Хроническая, другая	Акушер-гинеколог
Необходимость в длительной антикоагуляции	узкий специалист в области медицины плода и матери
Тяжелое системное заболевание	узкий специалист в области медицины плода и матери
Акушерский анамнез	
Возраст ≥ 35 на момент родов	Акушер-гинеколог
Родоразрешение путем кесарева сечения, предыдущий классический или вертикальный разрез	Акушер-гинеколог
Цервикальная недостаточность	
Предыдущая структурная или хромосомная патология плода	Акушер-гинеколог
Предыдущая смерть новорожденного	узкий специалист в области медицины плода и матери
Предыдущая смерть плода	Акушер-гинеколог
Предыдущие преждевременные роды или преждевременный разрыв плодных оболочек	Акушер-гинеколог
Предыдущий новорожденный с низкой массой тела при рождении ($< 2\ 500$ гр)	Акушер-гинеколог
Выкидыши во втором триместре беременности	Акушер-гинеколог
Лейомиомы матки или порок развития	Акушер-гинеколог
Первичные лабораторные анализы	
ВИЧ	
Симптоматический или низким количеством клеток CD4	узкий специалист в области медицины плода и матери
Другое	Акушер-гинеколог
CDE (резус-фактор) или другая группа крови	узкий специалист в области медицины плода и матери
Изоиммунизация (исключая АВО, Льюис)	
Первичное обследование – кондиломы (обширные, включая вульву или влагалище)	Акушер-гинеколог

*на момент консультирования должен быть определен круг специалистов, которые будут оказывать постоянную помощь пациенту

Подготовлено при использовании информации Фонда помощи детям с врожденными дефектами, Комитета по перинатальному здоровью. «Улучшая результаты беременности: 90-е и после». Уайт-Плейнс (Нью-Йорк), 1993

Приложение С
**Постоянное выявление
рисков беременности
для консультирования**

Факторы риска	Рекомендуемая консультация*
История болезни	
Употребление алкоголя/наркотиков	Акушер-гинеколог
Протеинурия ($\geq 2+$ по материалу, полученному при катетеризации, необъясненная инфекцией мочевых путей)	Акушер-гинеколог
Пиелонефрит	Акушер-гинеколог
Тяжелое системное заболевание, которое неблагоприятно влияет на беременность	узкий специалист в области медицины плода и матери
Акушерский анамнез	
Повышение кровяного давления (диастолическое ≥ 90 mm Hg), без протеинурии	Акушер-гинеколог
Подозрение на задержку внутриутробного развития	Акушер-гинеколог
Патологии плода, выявленные при ультразвуковой эхографии	
Анэнцефалия	Акушер-гинеколог
Другое	узкий специалист в области медицины плода и матери
Смерть плода	
Гестационный возраст 41 неделя (достигается к сроку 42 недели)	Акушер-гинеколог
Гестационный сахарный диабет	Акушер-гинеколог
Герпес, активные поражения 36 недель	Акушер-гинеколог
Многоводие, выявленное при ультразвуковой эхографии	Акушер-гинеколог
Гиперемезис, сохраняющийся после первого триместра	Акушер-гинеколог
Многоплодная беременность	Акушер-гинеколог
Олигогидрамнион, выявленный при ультразвуковой эхографии	Акушер-гинеколог
Преждевременные роды, угрожающие, < 37 недель	Акушер-гинеколог
Преждевременный разрыв плодных оболочек	Акушер-гинеколог
Влагалищное кровотечение ≥ 14 недель	Акушер-гинеколог
Обследование и результаты анализов	
Аномальный уровень альфа-фетопротеина в крови матери (низкий или высокий)	Акушер-гинеколог
Аномальный результат мазка ПАП	Акушер-гинеколог
Анемия (Hct (гематокрит) $< 28\%$, невосприимчивая форма к лечению препаратами железа)	Акушер-гинеколог
Кондиломы (обширные, покрывающие половые губы и вход во влагалище)	Акушер-гинеколог
ВИЧ	
Симптоматический или с низким количеством CD4	узкий специалист в области медицины плода и матери
Другое	Акушер-гинеколог
CDE (Rh) или изоиммунизация другой группы крови (исключая АBO, Льюис)	узкий специалист в области медицины плода и матери

*на момент консультирования должен быть определен круг специалистов, которые будут оказывать постоянную помощь пациенту

Подготовлено при использовании информации Фонда помощи детям с врожденными дефектами, Комитета по перинатальному здоровью. «Улучшая результаты беременности: 90-е и после». Уайт-Плейнс (Нью-Йорк), 1993