

# Пологовий центр – нова ланка акушерської допомоги в Україні

**М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, І.В. Сокол, В.О. Берестовий, Р.М. Ворона**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У статті наведені дані аналізу літератури з перинатальних та материнських аспектів щодо домашніх пологів та пологів у пологових будинках.

Для більшості жінок у розвинених країнах вибір пологового будинку місцем народження дитини є культурною нормою. Проте народжувати у пологовому будинку – відносно недавнє явище. У багатьох країнах місце народження дитини змінилося протягом ХХ століття. Наприклад, у Великій Британії 80% жінок народжували вдома у 1920-х роках, а у 2011 році – лише 2,3%. У Сполучених Штатах Америки також спостерігалось подібне явище: у 1938 р. 50% пологів відбувалися вдома, а у 1955 р. – лише 1%.

У розвинених країнах, таких, як Велика Британія, Німеччина, Нідерланди, Франція, Італія, Ізраїль, Канада, Нова Зеландія, Австралія, та в наших географічних сусідів – Латвії, Угорщині та Польщі вже давно працює триступенева система надання родопомочі. Ця система включає:

1) пологовий будинок – для жінок з групи високого та середнього ризику;

2) пологові центри на території лікарень або неподалік – у них пологи приймають виключно акушерки, і в разі необхідності жінку та дитину швидко доправляють до лікарні, де нададуть невідкладну допомогу протягом лічених хвилин;

3) домашні пологи – для жінок з групи низького ризику – в супроводі досвідчених сертифікованих акушерок. Створення нової акушерської ланки в Україні – пологового центру – є перспективним напрямком розвитку всього акушерства. На базі Київського пологового будинку №5 створено окремий пологовий центр, який є автономним відділенням пологового будинку. У відділенні працює окремий медичний персонал, і пологові кімнати оздоблені максимально наближено до домашніх умов. Надання невідкладної медичної допомоги матері та дитині займає декілька хвилин.

**Ключові слова:** домашні пологи, пологовий центр, перинатальні аспекти, материнські аспекти.

Для більшості жінок у розвинених країнах вибір пологового будинку місцем народження дитини є культурною нормою. Проте народжувати у пологовому будинку – відносно недавнє явище. У багатьох країнах місце народження дитини змінилося протягом ХХ століття. Наприклад, у Великій Британії 80% жінок народжували вдома у 1920-х роках, а у 2011 році – лише 2,3% [24]. У Сполучених Штатах Америки також спостерігалось подібне явище: у 1938 р. 50% пологів відбувалися вдома, а у 1955 р. – лише 1% [20]. Хоча показники домашніх пологів залишаються низькими (табл. 1), є тенденція до підвищення їхнього рівня у деяких країнах. У Великій Британії кількість домашніх пологів збільшилася з 1% у 1991 р. до 2,3% – у 2012 р. [24]. У США показник народження вдома у 2012 р. збільшився до 0,89% (0,56% – у 2004 р.) [20].

## Перинатальні аспекти

Дослідження, проведені щодо перинатальних наслідків, пов'язаних із народженням вдома, продемонстрували суперечливі результати у різних країнах та популяціях жінок. Дослідження, проведені у США, фіксують зниження показників за шкалою Апгар та підвищення частоти неврологічної симптоматики у дітей, народжених вдома, порівняно з пологовим будинком [4, 6, 9, 10, 11]. Інформацію для цього дослідження збирали у Національному центрі статистики здоров'я США за даними свідочтв про народження, також включали інформацію щодо усіх зареєстрованих пологів з 2007 до 2010 року. Передчасні та багатоплідні пологи були виключені із дослідження. Хоча аналіз був комплексним, достовірних даних для визначення безпеки домашніх пологів продемонстровано не було. Крім того, у даному дослідженні не зіставляли кваліфікаційний рівень акушерок, які приймали пологи (легальна чи нелегальна акушерка, сертифікована професійна акушерка, сертифікована акушерка або сертифікована медична сестра-акушерка). Хоча ризик несприятливих перинатальних наслідків не був проаналізований за допомогою специфічних факторів ризику, в окремій публікації автори повідомляють, що

Таблиця 1

Порівняння кількості домашніх пологів по країнах

Рейтинг, номер	Країна	Рік дослідження	Відсоток домашніх пологів, %
1	Нідерланди [15]	2013 р.	20
2	Нова Зеландія [23]	2011 р.	3,3
3	Англія та Уельс [24]	2012 р.	2,3
4	Канада [22]	2008 р.	1,2
5	Японія [16]	2010 р.	1,1
6	США [20]	2012 р.	0,89
7	Норвегія [2]	1990–2007 р	0,8
8	Фінляндія [21]	2012 р.	0,6
9	Австралія [18]	2011 р.	0,4
10	Швеція [19]	1992–2001 рр.	0,1

більшість матерів дітей зі зниженими показниками за шкалою Апгар та неврологічною симптоматикою були віднесені до групи високого перинатального ризику (кесарів розтин в анамнезі, багатоплідна вагітність або гестаційний вік більше 41 тиж).

Також дослідники із США провели аналіз даних зі свідцтва про народження у жінок, які народжували вдома та у пологовому будинку. В аналіз включені лише жінки, що мали одноплідну вагітність без кесарева розтину в анамнезі. Автори повідомляють:

- п'ятихвилинна оцінка за шкалою Апгар <4 балів була у 0,37% дітей, народжених у пологовому будинку, проти 0,24% дітей, народжених в домашніх умовах;

- випадки судом новонароджених – у 0,06% проти 0,02% відповідно;

- допоміжна вентиляція легень – однакові показники;

- менша кількість новонароджених, яким потрібно надати інтенсивну допомогу, була при домашніх пологах [4].

Хоча свідцтво про народження та пов'язані з ним дані дають можливість отримати великий обсяг інформації про пологи та стан новонародженого, виникають питання про достовірність деяких результатів, таких, як ускладнення під час пологів та вроджені аномалії плода, викликаючи сумніви у достовірності дослідження [9].

У описовому аналізі домашніх пологів серед популяції амішів у Пенсильванії (США) смертність новонароджених становила 0,4%, і всі випадки були пов'язані з аномаліями плода. Частота ускладнень під час пологів, які потребували переведення жінки до пологового будинку, становила 0,75% від усіх пологів, незважаючи на те що багато жінок мають високий паритет. У цьому дослідженні приймали пологи вдома сертифіковані медичні сестри-акушерки. Усі жінки мали мінімальний перинатальний ризик [6].

За останні 10 років в Австралії було проведено три дослідження щодо результатів перинатального перебігу під час домашніх пологів. У Південній Австралії були проаналізовані перинатальні результати щодо всіх новонароджених з 1991 до 2006 р., включаючи дані 1414 домашніх пологів та 297 192 пологів у пологових будинках. Перинатальна смертність під час домашніх пологів була однаковою з показниками у пологових будинках [3, 12, 17].

Дослідження, проведене у Нідерландах, де рівень народжуваності вдома є найвищим серед розвинених країн, не продемонструвало підвищення частоти негативних наслідків для новонароджених під час домашніх пологів. У ретроспективному аналізі 679 952 пологів з низьким перинатальним ризиком порівнювали інтранатальну та ранню неонатальну смертність при народженні вдома та у пологовому будинку за допомогою сертифікованих акушерок. Інтранатальна та рання перинатальна смертність становила 0,15% для домашніх пологів та 0,18% – для пологового будинку. Середньостатистична похибка не досягла статистичної значущості у разі виключення передчасних пологів (<36 тиж). Аналогічно нідерландським дослідженням у двох країнах, що проводили когортні дослідження щодо жінок з низьким рівнем перинатального ризику, у яких приймали пологи сертифіковані акушерки, не було доведено підвищення частоти перинатальних ускладнень (смерті чи надання невідкладної інтенсивної допомоги новонародженому) під час пологів вдома порівняно з пологовим будинком [8, 15, 25].

Мета-аналіз, який був проведений та опублікований у 2010 р., включав дані з 12 досліджень. У ньому було проаналізовано загалом 342 056 домашніх пологів та 207 551 пологи у пологовому будинку. Автори повідомляють про збільшення кількості перинатальних ускладнень при терміні вагітності більше ніж 41 тиж гестації. Хоча рівень перинатальної смертності був подібним для обох груп, загальна смертність у новонароджених була вищою у групі домашніх пологів (0,20%) порівняно із пологовим будинком (0,09%). Коли смертність від аномалії плода була виключена, показники становили 0,15% для домашніх пологів та 0,04% – для пологів у пологовому будинку [26]. Але у даний мета-аналіз не було включено нідерландське дослідження

743 070 пологів, яке не виявило підвищеного ризику виникнення несприятливих перинатальних ускладнень під час порівняння пологів вдома та у пологовому будинку при продовженні періоду спостереження за новонародженими до 28 днів.

У 2009 р. було опубліковане ретроспективне дослідження перебігу пологів у 12 982 жінок, проведене у Британській Колумбії (Канада) у 2000–2004 рр., які народжували з групою професійних акушерок вдома та у пологовому будинку та з лікарем – у пологовому будинку. Кількість перинатальних втрат на 1000 пологів була дуже низькою в усіх трьох групах: 0,35 – пологи вдома із сертифікованою акушеркою; 0,57 – пологи у пологовому будинку із акушеркою; 0,64 – пологи з лікарем [13].

### Жіночі аспекти

Усі дослідження демонструють меншу кількість акушерських втручань (епідуральна анестезія, застосування щипців та вакуум-екстрактора, епізіотомія) у жінок під час пологів [1, 12, 13, 17]. У Новій Зеландії (2011 р.) ретроспективне дослідження встановило, що жінки, які народжували вдома, мають менші показники всіх акушерських втручань, включаючи кесарів розтин та інструментальні пологи [7].

Результати досліджень свідчать про те, що частка материнських ускладнень, таких, як післяпологова кровотеча, розриви промежини III та IV ступеня, нижча у жінок, які народжують вдома. У першу чергу серед популяції амішів у Пенсильванії (США) – у жінок, у яких приймають пологи вдома сертифіковані медичні сестри-акушерки, розрив промежини I–II ступеня становить 13%, розрив III чи IV ступенів – 0,25%. У цій популяції жінок частота післяпологових кровотеч була низькою (5,5%), незважаючи на наявність 33,4% жінок з високим паритетом [5–13]. Частота розривів промежини була низькою під час пологів вдома на півдні Австралії (34,2% – I–II ступеня; 1,1% – III–IV ступеня). Частота інших ускладнень у матері, таких, як невідходження плаценти чи післяпологовий ендометрит, була низькою у популяції жінок Південної Австралії під час домашніх пологів. У той самий час кількість післяпологових кровотеч (>500 мл) була однаковою – як під час пологів вдома, так і в пологовому будинку [1, 3, 7, 13, 14].

Будь-яку систему в світі, яка працює, потрібно адаптувати під українські реалії. Взяти, наприклад, американський чи великобританський протокол з надання медичної допомоги під час пологів – просто перекласти та запровадити їх буде мало. Усі неускладнені пологи у розвинених країнах у жінок з низьким ризиком приймають акушерки, і лікар не має права втручатися у перебіг пологів, поки його не покличуть. Бо послуги лікаря під час всіх пологів дуже дорого коштують для держави. А в дійсності нашу систему родопомочі важко представити без лікаря. Лікар повинен вести всі вагітності, відповідати за перебіг пологів та післяпологовий період. Складно уявити зараз, що пологи в Україні можуть вести сертифіковані акушерки та відповідати за результат цих пологів. Одна думка про народження дитини не в пологовому будинку у більшості жінок та акушерів викликає реальний подив та незрозуміння самого механізму, як можна народити не в межах пологового будинку.

У розвинених країнах, таких, як Велика Британія, Німеччина, Нідерланди, Франція, Італія, Ізраїль, Канада, Нова Зеландія, Австралія, та в наших географічних сусідів – Латвії, Угорщині та Польщі вже давно працює триступенева система надання родопомочі. Ця система включає:

- 1) *пологовий будинок* – для жінок з групи високого та середнього ризику;

- 2) пологові центри на території лікарень або неподалік від них – пологи приймають виключно акушерки, і в разі необхідності жінку та дитину швидко доправляють до лікарні, де нададуть невідкладну допомогу протягом лічених хвилин;

- 3) домашні пологи – для жінок з групи низького ризику – у супроводі досвідчених сертифікованих акушерок.

Це не означає, що жінки з низьким ризиком не можуть народжувати у пологовому будинку, навпаки – більшості жінок

## АКТУАЛЬНІ ТЕМЫ

Додаток

№ п/п	Питання	Так	Ні	Не знаю
<b>1-й візит (до 12 тиж)</b>				
1.	Я згодна на оформлення медичної документації (форми 111/о та 113/о)			
2.	Я заповню анкету вагітної			
3.	Я згодна на збір мого анамнезу та моїх родичів			
4.	Я згодна на проведення загального огляду (пальпація ШЦЗ, аускультация легень та серця, огляд та пальпація молочних залоз і лімфатичних вузлів, вимірювання АТ, пульсу, температури, вимірювання зросту та маси тіла)			
5.	Я згодна на проведення гінекологічного огляду (огляд в дзеркалах та бімануальний огляд) та взяття мазків (аналіз виділень на флору із 3-х точок, мазок на цитологічне дослідження)			
6.	Я пройду перше УЗД (від 11 тиж+1 дн. до 13 тиж+6 дн.)+ подвійний б/х тест (вільний ХГЧ, РАРР)			
7.	Я згодна на проведення лабораторних досліджень (ЗАС, б/п сечі, група крові та резус-фактор, АТ (при Rh- у вагітної та Rh+ у батька), ЗАК, RW (1), ВІЛ (1), HbsAg (1), HCV (1), аналіз крові на цукор, TORCH, б/х крові, коагулограма, гормони ШЦЗ)			
8.	Я згодна на огляд вузьких спеціалістів			
<b>2-й візит (не пізніше 2-х тижнів після першого візиту)</b>				
1.	Я згодна на обговорення моїх результатів лабораторних досліджень, які проводилися при 1-у візиті			
2.	При Hb крові менше 110 → корекція в харчуванні чи прийом препаратів заліза			
3.	При Rh-крові у мене та Rh+ у батька дитини та відсутності АТ → введення Ig в 28–32 тиж			
4.	Я згодна на обстеження ЗАС			
5.	Я згодна на вимірювання АТ, пульсу, температури			
6.	Я пройду друге УЗД (від 18 тиж до 20 тиж+6 дн.)+ (АФП+вільний β-ХГ+естриол)			
<b>3-й візит (19-21 тиж, після проходження 2-го УЗД)</b>				
1.	Я згодна на обговорення моїх результатів лабораторних досліджень, які проводилися при 2-у візиті, та результатів 2-го УЗД			
2.	Я згодна на вимірювання АТ, пульсу, температури; висоти стояння дна матки та окружності живота			
3.	Я згодна на обстеження ЗАС			
4.	Я згодна на дослідження крові на ВІЛ (2) в 22–23 тиж			
<b>4-й візит (25–26 тиж)</b>				
1.	Я згодна на обговорення моїх результатів лабораторних досліджень, які проводилися при 3-у візиті			
2.	Я згодна на вимірювання АТ, пульсу, температури; висоти стояння дна матки та окружності живота; огляд нижніх кінцівок (на наявність варикозу)			
3.	Я згодна на проведення лабораторних досліджень (ЗАС, ЗАК, RW (2), HbsAg (2), HCV (2), б/х крові, коагулограма, тест на толерантність до глюкози)			
<b>5-й візит (30 тиж)</b>				
1.	Я згодна на обговорення лабораторних обстежень, які здавала при 4-му візиті			
2.	Я згодна на вимірювання АТ, пульсу, температури; висоти стояння дна матки та окружності живота; огляд нижніх кінцівок (на наявність варикозу); огляд та пальпацію молочних залоз			
3.	Я погоджуюсь на проведення КТГ плода			
4.	Я згодна на проведення лабораторних досліджень (ЗАС, ПЛ)			
<b>6-й візит (34–35 тиж)</b>				
1.	Я згодна на обговорення моїх результатів лабораторних досліджень, які проводилися при 5-у візиті			
2.	Я згодна на вимірювання АТ, пульсу, температури; висоти стояння дна матки та окружності живота; огляд нижніх кінцівок (на наявність варикозу)			
3.	Я погоджуюсь на проведення КТГ плода			
4.	Я згодна на проведення лабораторних досліджень (ЗАС, кров на ВІЛ (3), б/п з піхви на β-гемолітичний стрептокок)			
5.	Я пройду третє УЗД з доплерометрією			
<b>7-й візит (38 тиж)</b>				
1.	Я згодна на обговорення моїх результатів лабораторних досліджень, які проводилися при 6-у візиті			
2.	Я погоджуюсь на проведення КТГ плода			
3.	Я згодна на обстеження ЗАС			
4.	Я хочу, щоб мені провели гінекологічний огляд на зрілість пологових шляхів			
<b>8-й візит (40 тиж)</b>				
1.	Я згодна на обговорення моїх результатів лабораторних досліджень, які проводилися при 7-у візиті			
2.	Я погоджуюсь на проведення КТГ плода			
3.	Я згодна на обстеження ЗАС			
4.	Я хочу, щоб мені провели гінекологічний огляд на зрілість пологових шляхів			
<b>9-й огляд (41 тиж)</b>				
1.	Я згодна на обговорення моїх результатів лабораторних досліджень, які проводилися при 8-у візиті			
2.	Я погоджуюсь на проведення КТГ плода			
3.	Я згодна на обстеження ЗАС			
4.	Я хочу, щоб мені провели гінекологічний огляд на зрілість пологових шляхів			
5.	Обговорення щодо індукції пологової діяльності в разі її ненастання			

обирають пологи у пологовому будинку чи у пологовому центрі. А в Україні такої ланки, як пологовий центр, на території лікарень чи пологових будинків зовсім не існує. Хоча найнижчий рівень материнських та перинатальних ускладнень статистично саме у пологових центрах. В Австралії кількість перинатальних втрат під час домашніх пологів становить 7,1%, у пологових будинках – 5,8%, у пологових центрах – 5,3% [5].

Створення нової акушерської ланки в Україні – пологового центру – є перспективним напрямком розвитку всього акушерства. На базі Київського пологового будинку № 5 створено окремий пологовий центр, який є автономним відділенням пологового будинку. У відділенні працює окремий медичний персонал, а пологові кімнати оздоблені максимально наближено до домашніх умов. Надання невідкладної медичної допомоги матері та дитині займає декілька хвилин. Одним із умов європейських пологових центрів – це доставлення жінки в операційну за 15 хв. У даному закладі операційна знаходиться на одному поверсі з пологовим центром.

### Родильный центр – новое звено акушерской помощи в Украине

**М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, И.В. Сокол, В.А. Берестовой, Р.Н. Ворона**

В статье приведены данные анализа литературы по перинатальным и материнским аспектам домашних родов и родов в роддомах.

Для большинства женщин в развитых странах выбор роддома местом рождения ребенка – культурная норма. Однако рожать в роддоме – относительно недавнее явление. Во многих странах место рождения ребенка изменилось в течение XX века. Например, в Великобритании 80% женщин рожали дома в 1920-х годах, а в 2011 году – только 2,3%. В Соединенных Штатах Америки тоже наблюдалось такое явление: в 1938 г. 50% родов происходили на дому, а в 1955 г. – только 1%.

В развитых странах, таких, как Великобритания, Германия, Нидерланды, Франция, Италия, Израиль, Канада, Новая Зеландия, Австралия, и у наших географических соседей – Латвии, Венгрии и Польше уже давно работает трехступенчатая система предоставления родовспомогательной помощи. Эта система включает:

- 1) родильный дом – для женщин из группы высокого и среднего риска;
- 2) родильные центры на территории больниц или неподалеку – в них роды принимают исключительно акушерки, и в случае необходимости женщину и ребенка быстро доставят в больницу, где окажут неотложную помощь в течение считанных минут;
- 3) домашние роды – для женщин из группы низкого риска – в сопровождении опытных сертифицированных акушерок.

Создание нового акушерского звена в Украине – родильного центра является перспективным направлением развития всего акушерства. На базе Киевского городского родильного дома № 5 создан отдельный родильный центр, который является автономным отделением родильного дома. В отделении работает свой медицинский персонал, и родильные комнаты максимально приближены к домашним условиям. Оказание неотложной медицинской помощи матери и ребенку занимает несколько минут.

**Ключевые слова:** домашние роды, родильный центр, перинатальные аспекты, материнские аспекты.

Персоналом пологового будинку №5 разом з перинатальними психологами та доулами розроблено маршрут спостереження періоду вагітності (додаток) та створення свого (індивідуального) плану пологів.

### ВИСНОВКИ

Дані аналізу літератури з перинатальних та материнських аспектів щодо домашніх пологів та пологів у пологових будинках продемонстрували, що у світі працює триступенева модель надання допомоги під час пологів, а саме: пологові будинки, пологові центри, пологи вдома із сертифікованою акушеркою. В Україні два із трьох рівнів надання акушерської допомоги відсутні. На базі пологового будинку № 5 міста Києва створено пологовий центр, який є першим в Україні закладом подібного типу. На нашу суб'єктивну думку, створення пологових центрів є перспективним та сучасним сегментом акушерської науки, який повинен розвиватися у межах нашої країни.

### The maternity center is a new component of obstetric care in Ukraine

**M.V. Makarenko, D.A. Govseev, I.V. Sokol, V.O. Berestovoy, R.N. Vorona**

In this article, data on the analysis of literature on the perinatal and maternal aspects of the domestic labor and delivery in maternity wards are conducted.

For most women in developed countries, the choice of place of birth is maternity cultural norm. However, to give birth in a maternity room is a relatively recent phenomenon. In many countries, the change in birthplace has changed during the twentieth century. For example, in the UK, 80% of women were born in the 1920s, and in 2011, only 2.3%. The United States had a similar shift from 50% of births at home in 1938, to 1% in 1955.

In developed countries such as Great Britain, Germany, the Netherlands, France, Italy, Israel, Canada, New Zealand, Australia, and in our geographical neighbors Latvia, Hungary and Poland have long been working on a three-step system of providing maternity care. This system includes:

- 1) Maternity Hospital – for women of high and moderate risk;
- 2) maternity centers in or near the hospitals, in which only the midwives receive births, and, if necessary, the woman and the child are quickly delivered to the hospital, where they will be in urgent assistance within a few minutes;
- 3) home births – for women from a low-risk group, accompanied by experienced certified midwives.

The creation of a new obstetric link in Ukraine, the maternity center, is a promising direction for the development of all obstetrics. On the basis of Kyiv City Maternity Hospital № 5 a separate maternity center was created, which is an autonomous maternity ward office. The department has separate medical staff and maternity rooms as close as possible to home conditions. Emergency care for a mother and child takes several minutes.

**Key words:** home birth, maternity center, perinatal aspects, maternal aspects.

### Сведения об авторах

**Макаренко Михаил Васильевич** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

**Говсеев Дмитрий Александрович** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

**Сокол Инна Викторовна** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

**Берестовой Владислав Олегович** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77

**Ворона Роман Николаевич** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03027, г. Киев, проспект Валерия Лобановского, 2; тел.: (044) 275-80-77



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Birthplace in England Collaborative Group Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400.
2. Blix E, Huitfeldt AS, Øian P, Straum B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthcare*. 2012;3:147–153.
3. Catling-Paul C, Coddington RL, Foureur MJ, Homer CS. Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *MJA*. 2013;198(1):616–620.
4. Cheng YW, Snowden JM, King TL, et al. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(4):325e1–325e8.
5. Cheyney M, Everson C, Burcher P. Homebirth transfers in the United States: narratives of risk, fear, and mutual accommodation. *Qual Health Res*. 2014 Apr; 24(4):443–56.
6. Cox KJ, Schlegel R, Payne P, Teaf D, Albers L. Outcomes of planned home births attended by certified nurse-midwives in Southeastern Pennsylvania, 1983–2008. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58:145–149.
7. Davis D, Baddock S, Pairman S, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low risk women? *Birth*. 2011;38(2):111–119.
8. De Jong A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009;116:1177–1184.
9. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Arabin B, Leven MI, Chervenak FA. Perinatal risks of planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Oct 15; Epub.
10. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. Apgar score of zero at five minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209:323.e1–e6.
11. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States 2006–2009. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211:390.e1–e7.
12. Homer CS, Thornton C, Scarf VL, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:206.
13. Hutton E, Reitsma A, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009;36(3):180–189.
14. Janssen PA, Saxel L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009;181(6–7):377–383.
15. Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2014 Sep 10; Epub 2014.
16. Kataoka Y, Eto H, Iida M. Outcomes of independent midwifery attended births in birth centres and home births: a retrospective cohort study in Japan. *Midwifery*. 2013;29:965–972.
17. Kennare RM, Keirse MR, Tucier GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia 1991–2006: differences in outcomes. *MJA*. 2010;192:76–80.
18. Li Z, Zeki R, Hilder L, Sullivan EA. Australia's Mothers and Babies 2011. [Accessed February 13, 2015].
19. Lindgren H, Radestad I, Christensson K, Hildingsson I. Outcome of planned home births in Sweden 1992–2005. *Acta Obstet Gynaecol Scand*. 2008;87:751–759.
20. MacDorman MF, Mathews TJ, Declercq E. Trends in Out-of-Hospital Births in the United States, 1990–2012. *NCHS Data Brief*. 2014;(144).
21. National Institute for Health and Welfare Births and Newborns. 2009. [Accessed February 13, 2015].
22. National Statistics Office Statistics Canada—Births 2008 Archived Content. [Accessed February 13, 2015].
23. New Zealand Ministry of Health – Maternity Tables 2011. [Accessed February 13, 2015].
24. Office for National Statistics Births in England and Wales by Characteristics of Birth 2.201
25. Van der Kooy J, Peoran J, De Graff JP, et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2011;118:1037–1046
26. Wax JR, Lee Lucas F, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:243e1–243e8.

Статья поступила в редакцию 05.09.2018