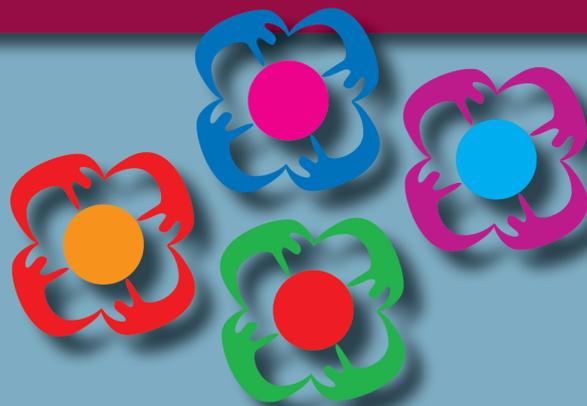


НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ



Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Europe



Entre Nous издаётся:

Отделом неинфекционных заболеваний и пропаганды здоровья
Сексуальное и репродуктивное здоровье
(вкл. Здоровье матери и новорожденных)
Европейское региональное бюро ВОЗ
Scherfigsvej 8
DK 2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tel: (+45) 3917 17 17
Fax: (+45) 3917 18 18
www.euro.who.int/entrenous

Главный редактор

Dr Gunta Lazdane

Редактор

Dr Lisa Avery

Помощник редактора

Jane Persson

Макет

Kailow Creative, Denmark.

www.kailow.dk

Печать

RGH Baltic, Rounborg Grafiske Hus

Entre Nous финансируется Фондом ООН по вопросам народонаселения (UNFPA), Региональным бюро по Восточной Европе и Центральной Азии, при содействии Европейского регионального бюро Всемирной Организации Здравоохранения, Копенгаген, Дания. В настоящее время тираж журнала составляет: 3000 экз. на английском, 2000 экз. на испанском, 2000 экз. на португальском и 1500 экз. на русском языках.

Entre Nous выпускается:

На русском языке

Европейским региональным бюро ВОЗ,
Rigas RGH Baltic,
Rounborg Grafiske Hus;

На испанском языке

Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Condesa de Venadito, 34, 28027, Мадрид, Испания.

Экземпляры журнала, выходящие на испанском, распространяются непосредственно представителями UNFPA и региональными бюро ВОЗ в испаноязычных странах Южной Америки.

Материалы журнала Entre Nous могут быть свободно переведены на любой национальный язык, переизданы в журналах и газетах или размещены на веб-сайтах с обязательной ссылкой на журнал Entre Nous, UNFPA и Европейское региональное бюро ВОЗ.

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

За информацией о деятельности, поддерживаемой ВОЗ, или за документами ВОЗ просим обращаться по вышеуказанному адресу к Dr Gunta Lazdane, Отдел неинфекционных заболеваний и пропаганды здоровья, Сексуальное и репродуктивное здоровье. Заказать публикации ВОЗ можно через торгового представителя ВОЗ в каждой стране или в Отделе маркетинга и распространения по адресу: CH-1211, Geneva 27, Switzerland

ISSN: 1014-8485

Редакционная статья

Gauden Galea

3

Нерепродуктивное здоровье женщин: новые трудности

Flavia Bustreo, Felicia Marie Knaul, Afsan Bhadelia, John Beard u Islene Araujo de Carvalho

4

Что такое неинфекционные заболевания? Как они связаны с сексуальным и репродуктивным здоровьем и как с ними бороться?

Lisa Avery

6

Взаимосвязь неинфекционных заболеваний и сексуального и репродуктивного здоровья

Gunta Lazdane

10

Ожирение и беременность

Gitana Ramonieni, Laima Maleckiene and Ruta Jolanta Nadisauskiene

12

Железо и здоровье

João Breda

14

Репродуктивное здоровье и табак: борьба с распространением курения среди женщин

Kristina Mauer-Stender

16

Алкоголь и сексуально-репродуктивное здоровье

Lars Møller u Julie Brummer

18

Нарращивание потенциала в развитии программ организованного онкологического скрининга и ранней диагностики рака в странах средиземноморья

Nereo Segnan, Giuseppe Salamina, Livia Giordano, Marta Dotti, Pasqualino Rossi u Andreas Ullrich

20

Формирование условий и образа жизни подростков как залог их будущего

Pierre Andre Michaud

22

Диабет и беременность: улучшение лечения диабета во время беременности

Dalia Kotryna Baliutavičienė, Tomas Biržietis, Vladimiras Petrenko u Rūta Jolanta Nadišauskienė

24

Меры, принятые Министерством здравоохранения Румынии, по введению организованного скрининга на цервикальный рак

Victor Olsavszky u Cassandra Butu

26

Сердечно-сосудистые заболевания и материнская смертность: данные конфиденциального исследования материнской смерти в Великобритании

Lisa Avery

28

Ресурсы

Lisa Avery

30

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ENTRE NOUS

Dr Assia Brandrup-Lukanow

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

Dr Evert Ketting

Старший научный сотрудник Radboud University Nijmegen Кафедра общественного здоровья

Prof Ruta Nadisauskiene

Заведующий Кафедрой акушерства и гинекологии, Литовский университет наук здоровья, Каунас, Литва

Ms Vicky Claeys

Генеральный директор, Международная федерация планирования семьи, Европейская сеть, Брюссель

Dr Manjula Lusti-Narasimhan

Исследователь, Главный офис Департамента ВИЧ и сексуального и репродуктивного здоровья Штаб-квартира ВОЗ по репродуктивному здоровью и исследованиям, Женева

Dr Rita Columbia

Консультант по репродуктивному здоровью, UNFPA Региональный офис Восточной Европы и Центральной Азии

Dr Mihai Horga

Старший советник Восточноевропейский институт репродуктивного здоровья, Румыния



19-20 сентября 2011 г. Организация Объединённых Наций (ООН) провела первое Совещание высокого уровня по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними. Тот факт, что это был лишь второй случай, когда ООН проводит подобное совещание (первое имело место в 2001 г. и касалось проблемы ВИЧ/СПИДа), говорит о важности проблемы НИЗ и её влияния на общество. На данный момент 63% всех смертей в мире (чуть более 36 миллионов в год) вызваны НИЗ, в первую очередь – диабетом, раком, хроническими респираторными заболеваниями и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эти НИЗ не щадят никого. Они затрагивают мужчин и женщин всех возрастов (четверть всех смертей, вызванных НИЗ, случаются в возрасте до 60 лет), равно как и детей. НИЗ присутствуют на всех уровнях общества и во всех странах, а также наносят огромный вред, как человечеству, так и экономике. В Европейском регионе ВОЗ мы все хорошо осведомлены о цене этого ущерба. Перемены в европейской среде по причине стареющего населения, переходных периодов в экономике, урбанизации и глобализации привели к нарастающему росту НИЗ. Из 6 регионов ВОЗ Европейский регион подвержен наибольшему влиянию НИЗ. В настоящий момент НИЗ служат причиной 87% всех смертей и составляют 77% бремени заболеваний в регионе. Этот рост НИЗ оказывает всё большее давление на системы здравоохранения, экономическое развитие, общее состояние здоровья у большой доле и населения, а также увеличивает неравенства в секторе здравоохранения по всей Европе. В результате НИЗ являются существенным препятствием устойчивому развитию, включая достижение Целей развития тысячелетия, как в Европе, так и во всём мире. Учитывая прогнозируемый рост НИЗ в последующие десятилетия, очевидно, требуется срочно сосредоточить внимание на этой актуальной проблеме общественного здоровья.

Поэтому важно распознать и принять к сведению взаимосвязи между сексуальным и репродуктивным здоровьем (СРЗ) и НИЗ. До сих пор эти вопросы рассматривались как две отдельные друг от друга категории, а исследование и анализ их взаимосвязи на протяжении жизни мужчин и женщин, особенно в репродуктивный период, не проводились. Тем не менее, существует множество связей между НИЗ и СРЗ в плане уязвимости последнего и рисков ухудшения здоровья, вызванных, например, бедностью, неравенством, социальными детерминантами здоровья и социальными и культурными факторами. Взаимосвязь СРЗ и НИЗ прослеживается:

- в финансовом ослаблении семей и отдельных лиц из-за совокупности расходов на лечение, дорожных расходов при посещении служб здравоохранения, временных затрат на уход за больными, осуществляемый родственниками, и пониженной работоспособности;
- в упущенной выгоде для детей в результате понижения расходов на образование и питание; и
- в особом бремени, возлагаемом на женщин и детей, вызванном упущенными возможностями и повышенной нагрузкой на работе и по уходу за больными, как на дому, так и вне дома.

Решение комплексной проблемы взаимодействия СРЗ, НИЗ и развития будет непростым. От людей принимающих решение, гражданского общества и частного сектора требуется наивысшая степень заинтересованности и активного действия. Принимаемые меры должны опираться на следующие ключевые аспекты:

- Снизить подверженность факторам риска,
- Дать системе здравоохранения возможность реагировать,
- Поставить цели и оценить результаты,
- Развить мультисекторные действия,
- Укрепить потенциал страны, и
- Пропагандировать международное сотрудничество.

Европейское региональное бюро ВОЗ выступает в роли лидера, обеспечивающего устойчивые обязательства и принятие мер по решению этих двух приоритетных проблем общественного здоровья в Европейском регионе. Путём развития и осуществления важных стратегий и планов, таких как Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016 гг., мы сотрудничаем с государствами-членами по внедрению эффективных программ и определению основных факторов риска, влияющих на СРЗ и НИЗ. В дополнение, с принятием Таллиннской хартии на Европейской министерской конференции в 2009 г., ещё раз подтверждается важность укрепления систем здравоохранения, где главную роль играет универсальный охват и улучшение качества первичной медицинской помощи. Это позволит улучшить доступность и качество медицинских услуг по лечению и профилактике заболеваний. Эти медицинские услуги могут оказать огромное влияние на бремя недугов, вызванных плохим СРЗ и НИЗ. Более того, новая европейская политика здравоохранения «Здоровье-2020» основывается на достигнутых на данный момент результатах в области НИЗ и СРЗ и имеет преимущество доступа к новой информации в контексте НИЗ и общественного здравоохранения для обеспечения лучшего здоровья для всех в Европе.

Я надеюсь, что этот выпуск *Entre Nous* обеспечит читателям критическую оценку взаимосвязи СРЗ и НИЗ, а также понимание того, что в условиях правильных политических обязательств и действий можно улучшить здоровье мужчин, женщин и детей во всём мире, как сейчас, так и в будущем.

Gauden Galea,
Директор, Отделение неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья,
Европейское региональное бюро ВОЗ,
gga@euro.who.int

Здоровье женщин за рамками репродукции: предстоящие трудности

Данная статья публикуется повторно. Изначально опубликовано в Бюллетени Всемирной организации здравоохранения, 2012; 90:478-478A.

Проблемы здоровья женщин и неинфекционных заболеваний одинаково вызывают всё больший интерес в международном сообществе. За последние два года в этих областях стартовали масштабные платформы действий, включая Глобальную стратегию ООН по охране здоровья женщин и детей и Политическую декларацию совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Тем не менее, пересечение и взаимосвязь этих двух областей досконально не исследованы, и в результате потребности женщин в отношении здоровья за рамками репродукции во многом остаются неучтёнными.

Сложившаяся исторически тесная взаимосвязь понятий женского здоровья и репродуктивного здоровья привела к концентрации всеобщего внимания и ресурсов на материнском здоровье и заражении вирусом иммунодефицита человека, особенно – в странах с низким и средним доходом. Это привело к существенным успехам, но здоровье женщин не ограничивается их репродуктивной способностью; оно охватывает всю жизнь и включает проявляющиеся приоритеты в борьбе с хроническими и неинфекционными заболеваниями. Понимание проблемы материнского здоровья исключительно с точки зрения выживания во время беременности и родов является устаревшим.

Пришло время для обозначения приоритетов женского здоровья в соответствии с текущим демографическим и эпидемиологическим переходом, а также в соответствии с крупными достижениями в общественном здравоохранении и медицине. Хронические и неинфекционные заболевания служат примерами новых и часто игнорируемых трудностей, актуализировавшихся в сфере женского здоровья. Число смертей от рака груди и шейки матки превзошло общее число материнских смертей (273500 в 2011 г.), которое существенно снизилось за последние три десятилетия (1, 2). За этот же период заболеваемость раком

груди и смертность по его причине возросли при ежегодном приросте в 3,1% и 1,8% соответственно (2). Более того, тенденции заболевания раком груди и шейки матки указывают на географическую поляризацию и затяжной характер эпидемиологического перехода, а также на пересекающиеся и комплексные проблемы в сфере женского здоровья, с которыми столкнулись системы здравоохранения (3, 4). В 2010 г. рак груди послужил причиной смерти 269000 женщин в странах с низким и средним доходом, а рак шейки матки унёс жизни 247000 женщин (5). В то же время распространённость цервикального рака и соответствующая смертность всё чаще возрастают в странах с низким и средним доходом, т.е., среди бедных женщин (6). Это же верно и в случае диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, психических расстройств и других заболеваний.

Проблема здоровья женщин в странах с низким и средним доходом ещё больше усложняется гендерным характером некоторых демографических изменений. Несмотря на то, что женщины живут дольше мужчин, широко распространено мнение, что состояние здоровья женщин хуже. Следовательно, политика и программы должны всесторонне подходить к проблеме женского здоровья, с точки зрения всего жизненного цикла, обеспечивая женщин непрерывной медицинской помощью. Такой подход поддерживает и растущая (в основном в странах с высоким уровнем дохода) база данных о женских болезнях и нарушениях здоровья за рамками репродуктивного здоровья. Для заполнения пробелов в решении проблем женского здоровья и разработки передовых методик вмешательств в течение всей жизни необходимо финансирование (7).

В более широком контексте системы здравоохранения должны ориентироваться на приоритеты каждого конкретного заболевания и синергично преодолевать системные трудности как подразумевается в диагональном подходе по укреплению систем здравоохранения (8). Такой подход позволяет избежать ошибочно прерывистой классификации заболеваний по отдельности и позволяет разработку общих платформ предоставления услуг с учётом общих для многих болезней факторов риска,

что оптимизирует использование доступных ресурсов.

Для дальнейшего исследования этого вопроса необходимо иметь больше данных из стран с низким и средним доходом. Это подразумевает анализ результатов существующих исследований, проведение новых исследований, фиксирование различных практических решений и начало более масштабного диалога о здоровье женщин на уровне всей общественности, уделяя особое внимание таким проблемам как системы здравоохранения и хронические и неинфекционные заболевания.

В специальном тематическом выпуске о здоровье женщин вне материнского здоровья, который будет опубликован в 2013 г., Бюллетень призывает к критической оценке глобальных изменений, касающихся женского здоровья за пределами репродуктивного здоровья. Мы ждём статьи, обсуждающие проблему женского здоровья на протяжении всей жизни в странах с низким и средним уровнем дохода с учётом аспекта гендерного неравенства и социальных детерминантов. Особенно приветствуются статьи посвящённые: критической оценке возможностей диагностики и лечения полного спектра заболеваний у женщин (например, рака, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, бесплодия, недержания, пери- и постменопаузальных нарушений и др.); оценке реагирования системы здравоохранения на неинфекционные и хронические заболевания, включая психические недомогания и возрастные нарушения; исследованиям подходов различных заинтересованных сторон, экономически эффективных способов удовлетворения нужд в сфере женского здоровья за рамками материнского здоровья, а также будущих тенденций и прогнозов на будущее. Крайний срок подачи статей – 1-ое декабря 2012 г. Авторы статей просим следовать требованиям к оформлению материалов Бюллетеня, а также сослаться на это информационное сообщение о предоставлении докладов в сопроводительном письме. Все поданные для Бюллетеня статьи пройдут оценку коллег. Для подачи статей просим использовать следующую страницу интернета: <http://submit.bwho.org>



Flavia Bustreo



Felicia Marie Knaul



Afsan Bhadelia



John Beard



Islene Araujo de Carvalho

Flavia Bustreo, MD, MSc

Помощник генерального директора, Здоровье семьи, женщин и детей Штаб-квартира ВОЗ, Женева

Felicia Marie Knaul, PhD

Ассоциированный профессор, Кафедра мирового здоровья и социальной медицины, Гарвардская медицинская школа, Бостон

Afsan Bhadelia, BSc, MSc,

Аналитик и директор программы «Женщины и здоровье», Гарвардская глобальная инициатива равенства Гарвардская медицинская школа, Бостон

John Beard, MD

Директор, Отделение старения и жизненного цикла Штаб-квартира ВОЗ, Женева

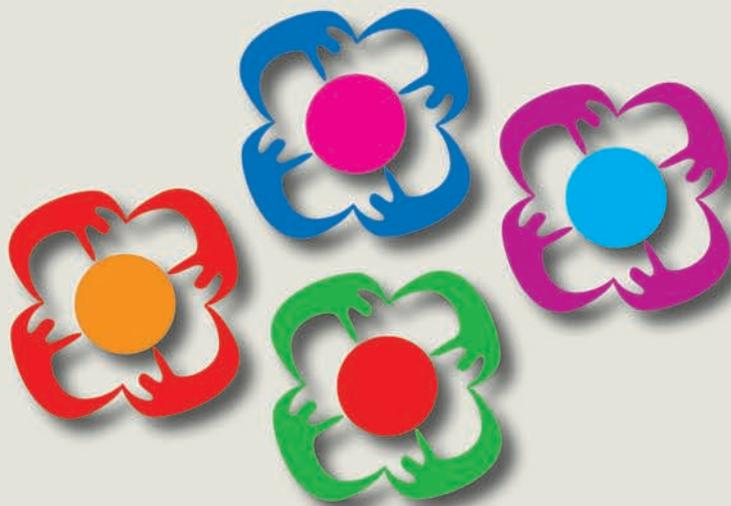
Islene Araujo de Carvalho, MD, MSc

Гендер, женщины и здоровье Штаб-квартира ВОЗ, Женева Адрес для корреспонденции: araujodecarvalho@who.int

Список литературы

1. Lozano R, Wang H, Foreman KJ et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet* 2011; 378: 1139-65
2. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delos-santos AM et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 378: 1461-84.
3. Frenk J, Bobadilla JL, Sepulveda J et al. Health transition in middle income countries: new challenges for health care. *Health Policy Plan* 1989; 4: 29-39.
4. Knaul FM, Frenk J, Shulman L; for the Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries. Closing the cancer divide: a blueprint to expand access in low and middle income countries. Boston: Harvard Global Equity Initiative; 2011.

5. Globocan 2008 Cancer Fact Sheet [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012. Available from: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp> [accessed 18 June 2012].
6. Knaul F, Bhadelia A, Gralow J et al. Meeting the emerging challenge of breast and cervical cancer in low and middle income countries. *Int J Gynaecol Obstet* 2012.
7. Presern C, Bustreo F, Droop J et al. Keeping promises for women and children. *Lancet* 2012; 379: 2125-6.
8. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. *Lancet* 2006; 368: 2017-27.



Что такое неинфекционные заболевания? Как они связаны с сексуальным и репродуктивным здоровьем и как с ними бороться?

Определение неинфекционных заболеваний

Неинфекционные заболевания (НИЗ) – это, как правило, длительные и медленно прогрессирующие заболевания (1). Главными четырьмя заболеваниями в этой категории согласно ВОЗ являются: диабет, рак, сердечно-сосудистые и хронические респираторные заболевания (см. Текстовое окно 1) (2). В то время как эти четыре заболевания оказывают наибольшее влияние на заболеваемость и смертность в связи с НИЗ, другие заболевания, такие как психические расстройства и мышечно-скелетные нарушения, также ощутимо сказываются на глобальном бремени болезней по причине НИЗ. Также некоторые из этих хронических патологических состояний связаны с инфекциями. Например, заражение вирусом папилломы человека (ВПЧ) может привести к раку шейки матки, анального канала, прямой кишки, влагалища, вульвы и полости рта. Факторы риска НИЗ состоят из совокупности изменяемых факторов (т.е., параметров, которые мы можем изменить, например, поведение и действия) и неизменных факторов (т.е., параметров, которые мы изменить не

Текстовое окно 1

Главные четыре НИЗ (1-3)

Сердечно-сосудистые заболевания: К этой группе относятся заболевания кровяных сосудов, сердца и/или последствия больных сосудов, приводящие к нарушениям притока крови к тканям. Примерами являются ишемическая болезнь сердца, инсульт, сердечная недостаточность и гипертоническая болезнь. 50% смертей случаются по причине этих НИЗ.

Диабет: Это нарушение обмена веществ, при котором организм не может должным образом контролировать содержание глюкозы (сахара) в крови либо из-за недостаточной выработки инсулина, либо из-за чувствительности к нему. Бремя инвалидности по причине диабета велико (болезни почек, слепота, ампутации, сердечно-сосудистые заболевания). Диабет является фактором риска в случаях смерти по другим причинам.

Рак: Рак вызывается быстрым ростом и делением аномальных клеток в организме, которые впоследствии могут распространиться, т.е., инвазировать другие части тела. Рак является второй самой распространённой причиной смерти в мире.

Хронические респираторные заболевания: К этой группе относятся заболевания дыхательных путей и лёгких. Они приводят к 7% смертей в мире. Наиболее распространёнными являются астма, лёгочная гипертензия, хроническое обструктивное заболевание лёгких, респираторная аллергия и профессиональные заболевания лёгких.

можем, например, пол, возраст, гены). Плохое питание, низкая физическая активность, курение и злоупотребление алкоголем являются четырьмя основными изменяемыми факторами риска НИЗ, с которыми ВОЗ борется наиболее широко (3). Эти четыре фактора риска тесно связаны с глобализацией, быстрой урбанизацией и экономическими изменениями, а также сопутствующими изменениями в образе жизни.

Бремя болезней по причине НИЗ и их связь с сексуальным и репродуктивным здоровьем

В мире более 63% смертей вызвано НИЗ. НИЗ служит причиной смерти чаще, чем все остальные причины вместе взятые (см. Рис. 1) (3). Смерть по причине НИЗ наблюдается во всех странах, у людей обоих полов и всех возрастов. Из 36 миллионов смертей по причине НИЗ в 2008 г. 18 миллионов было женщин (4). На данный момент 25% смертей по причине НИЗ случаются у людей младше 60 лет, и 4 из 5 смертей по причине НИЗ имеют место в развивающихся, нежели развитых странах (3). В Европейском регионе ВОЗ НИЗ являются главной причиной смерти и инвалидности: НИЗ служит причиной 86% смертей, и бремя болезни по причине НИЗ составляет 77% (5). Уязвимые и маргинальные группы населения особенно подвержены риску. Эти люди заболевают и умирают в более раннем возрасте, и становятся ещё беднее из-за катастрофических цен на медицинскую помощь. Прогнозируется, что из-за старения населения и глобализации нездорового образа жизни, характерного для быстрой урбанизации и экономических изменений, бремя болезни по причине НИЗ в будущем увеличится, хотя уже сейчас достигает масштаба эпидемии.

С точки зрения сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) это означает, что растёт число женщин репродуктивного возраста, которые будут подвержены этим факторам риска и у которых будет НИЗ. Например, в данный момент заболевания сердца являются главной причиной смерти у женщин (см. Рис. 2), даже у женщин репродуктивного возраста, и обрывают 9,1 миллионов жизней женщин ежегодно (4). Возрастающая подверженность риску НИЗ среди женщин репродуктивного возраста

означает, что потребности в отношении СРЗ также изменятся, а это также скажется на последствиях для здоровья, главным образом негативно. Например:

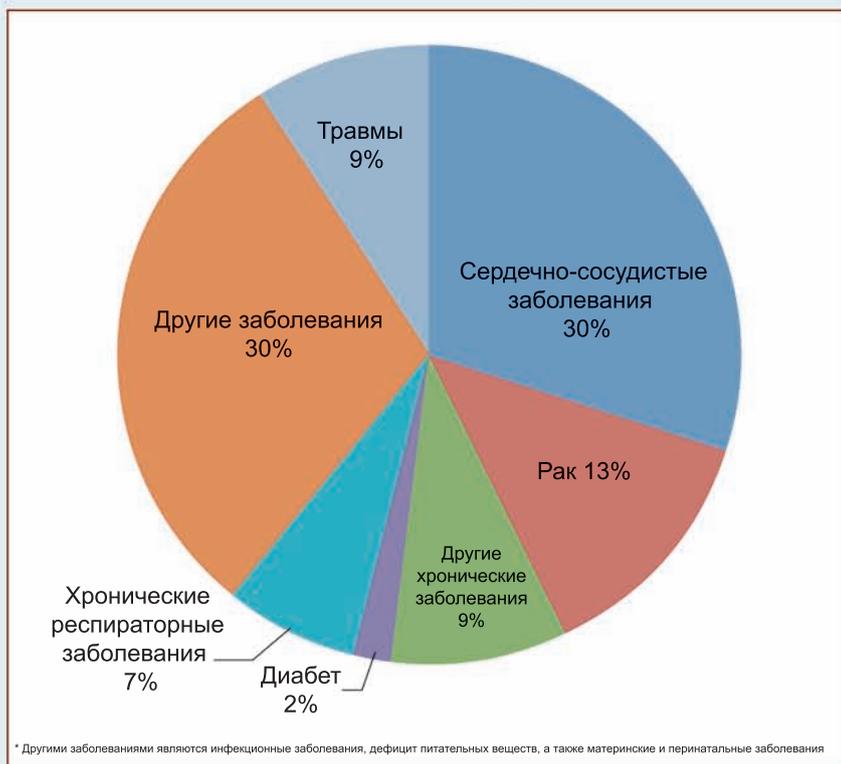
- У женщин, которые курят (а это главный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний) и используют противозачаточные таблетки, больше вероятность инсульта, инфаркта и тромбов, чем у некурящих женщин, использующих этот вид контрацепции (6). Более того, в развитых странах курение рассматривается как самая главная предотвратимая причина неблагоприятного исхода беременности, проявляющегося как преждевременные роды, малый вес ребенка при рождении и преждевременная отслойка плаценты (7). Курение также может привести к преждевременной менопаузе. У курящих женщин менопауза наступает двумя годами раньше, чем у некурящих (см. Рис. 3) (8). Курение также рассматривается как фактор риска рака шейки матки, вульвы и влагалища (9). Так как распространённость курения среди женщин во всём мире продолжает расти, в будущем можно ожидать больше случаев неблагоприятных исходов беременности, преждевременной менопаузы, рака гениталий и ограниченный выбор контрацепции.

- Как последствия низкой физической активности и нездорового питания, более распространёнными явлениями становятся избыточный вес и ожирение. Ожирение является известным фактором риска ановуляции, распространённой причиной бесплодия, фактором риска рака груди и матки, равно как и риском гестационного диабета и диабета второго типа (4). На данный момент более 300 миллионов людей во всём мире больны диабетом. Половина из них – женщины (4). Диабет, обнаруженный до зачатия, во время беременности составляет риск для здоровья женщины и плода, и требует специальный медицинский уход. Существенно повышается риск неблагоприятного исхода беременности, например, врождённых пороков и мертворождения. Помимо этого, в 1 из 25 случаев беременности развивается гестационный диабет, что в свою очередь связано с перинатальными осложнениями и впоследствии риском развития диабета второго типа у матери и ребёнка (4). Таким образом, диабет является явной проблемой материнского здоровья.



Lisa Avery

Рис. 1: Глобальное бремя смерти по причине НИЗ(1)



С положительной точки зрения, повышение уровня НИЗ среди лиц репродуктивного возраста также означает, что службы СРЗ (такие как антенатальный уход, регулярные гинекологические осмотры, клиники по лечению ИППП/ВИЧ, центры по лечению бесплодия, дружественные к молодёжи центры здоровья или службы планирования семьи) могут послужить способом пропаганды первичной и вторичной профилактики НИЗ.

В то время как выше указаны лишь некоторые примеры связи НИЗ с СРЗ, важно осознать, что в этих двух сферах основополагающие факторы риска для здоровья людей, и в особенности – женщин, являются схожими и сквозными. В случае наиболее уязвимых групп населения, т.е., тех, у кого меньше власти в принятии решений, кто живёт в бедности, кому недоступны образование, информация и медицинская помощь, которую они могут себе позволить, бремя НИЗ наибольшее, а СРЗ наихудшее. Что касается выживания и профилактики, женщины находятся в наиболее неблагоприятных условиях. Например, 60% всех бедных людей в мире – женщины, а бедность в известной степени ограничивает выбор здорового образа жизни, равно как и доступ к

медицинской помощи, что повышает смертность по причине НИЗ, а также плохого СРЗ (10). Более того, учитывая, что две трети неграмотного взрослого населения – женщины, профилактические меры, направленные на улучшение доступа к службам здоровья и пропаганду правильного питания, физической активности, а также отказа от курения и употребления

алкоголя, могут не всегда быть доступными для женщин из-за неподходящего формата этих мер (10). В борьбе с НИЗ и плохим СРЗ крайне важно учитывать эти ключевые проблемы бедности, образования, гендера и доступности.

Изменение тенденции

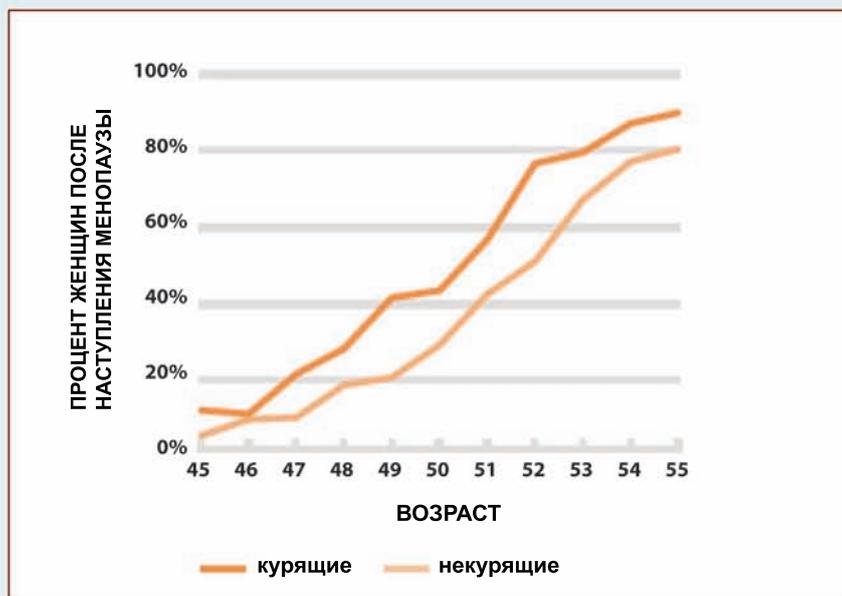
Поскольку разрабатываемые меры должны принести успех, то очевидна срочность действий по решению проблемы НИЗ с учётом требуемых человеческих и экономических ресурсов. Исследования показали, что существуют эффективные вмешательства, а НИЗ в основном предотвратимы. Основываясь на Глобальной Стратегии ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ, Мировой отчёт по неинфекционным заболеваниям, 2010 г. предоставляет концепцию осуществления наиболее рациональных вмешательств как на индивидуальном уровне, так и на уровне всего населения, т.е., затратоэффективных, обоснованных на доказательствах и реалистичных вмешательств, осуществляемых в рамках любого бюджета. Таким образом, концепция направлена на снижение четырёх основных факторов риска путём первичного предотвращения и пропаганды здоровья, а также на улучшение медицинской помощи людям, уже страдающим от НИЗ. Этот подход более детально описан ниже.

Рис. 2: Главные причины смерти женщин в мире (4)

Десять основных причин смерти женщин в мире, 2008 ⁵			
Место	Причина	Число смертей	%
1	Сердечно-сосудистые заболевания	9127416	33,2
2	Инфекционные и инвазионные заболевания	3811044	13,9
3	Рак	3566128	33,2
4	Респираторные заболевания	2018967	13,0
5	Респираторные инфекции	1812342	7,3
6	Случайные травмы	1408698	6,6
7	Перинатальные состояния	1379337	5,1
8	Болезни пищеварительного тракта	865847	5,0
9	Сахарный диабет	723273	2,6
10	Психоневрологические заболевания	640406	2,3
		27501236	

Что такое неинфекционные заболевания? Как они связаны с сексуальным и репродуктивным здоровьем и как с ними бороться? (продолжение)

Рис. 3: Влияние курения на наступление менопаузы (8)



Вмешательства на уровне всего населения

Недорогие вмешательства на уровне всего населения, нацеленные на основные факторы риска НИЗ, являются затратноэффективными и осуществимыми в странах с любым уровнем дохода. Далее перечислены те вмешательства, что считаются наиболее эффективными, т.к. они могут быстро предотвратить болезни, нарушения здоровья и смерть. Они включают: запрет на курение в общественных местах; предупреждения о вреде курения; запреты на рекламу и спонсорство табачных изделий и алкоголя; обложения табачных изделий и алкоголя высоким налогом; снижение калорийности потребляемой пищи и содержания в ней соли; замена транс-жиров полиненасыщенными жирами в пище; пропаганда правильного питания и физической активности; вакцинация от гепатита В; и вакцинация от вируса папилломы человека (ВПЧ) для предотвращения рака шейки матки. Другими затратноэффективными вмешательствами являются: лечение никотиновой зависимости; пропаганда правильного грудного кормления и дополнительного кормления; обеспечение соблюдения закона, запрещающего вождение в нетрезвом состоянии; ограничение маркетинга нездоровой пищи (с высоким содержанием сахара, жира и соли), особенно в отношении детей; субсидии

действий, пропагандирующие здоровое питание; защита от обусловленных окружающей средой или профессиональной деятельностью факторов риска раковых заболеваний; скрининг рака груди, предстательной железы, толстой кишки и шейки матки.

Индивидуальные вмешательства

Эти вмешательства направлены на лиц, подверженных высокому риску развития НИЗ или уже больных. Для того, чтобы действия были организованными и затратноэффективными, их лучше всего интегрировать в сферу первичной медицинской помощи. Это укрепляет системы здравоохранения и обеспечивает раннее выявление и лечение НИЗ. Наилучшими, устойчивыми и затратноэффективными вмешательствами на индивидуальном уровне являются:

- назначение аспирина лицам, перенесшим инфаркт;
- схема приёма лекарств, включающая препараты для снижения кровяного давления, аспирин и статины (антихолестириновые препараты), лицам, подверженным риску сердечно-сосудистых осложнений;
- скрининг цервикального рака в возрасте 40 лет и удаление любых обнаруженных злокачественных изменений;
- раннее обнаружение рака груди (в возрасте 50-70 лет) путём маммографического скрининга и

лечения на всех стадиях болезни;

- раннее обнаружение рака толстой и прямой кишки, а также рака ротовой полости;
- консультации, контроль за кровяным давлением и содержанием глюкозы в крови, а также гигиена ног для диабетиков;
- и лечение ингалируемыми кортикостероидами и β 2 агонистами для лиц, страдающих от персистирующей астмы.

Приоритетность действий

Помимо наиболее рациональных вмешательств на индивидуальном уровне и на уровне всего населения в вышеупомянутой концепции определены ключевые приоритетные действия для успешного снижения бремени болезни по причине НИЗ. Они включают необходимость:

- всестороннего подхода;
- мультисекторных мер;
- наблюдения и контроля;
- функционирующих и укрепленных систем здравоохранения; и
- устойчивого развития, а также участия гражданского общества и частного сектора.

В осознании важных связей между НИЗ и СРЗ необходимо дополнительно уделить внимание:

- снижению двойного бремени болезни путём укрепления синергии и интеграции существующих программ СРЗ и программ борьбы с НИЗ;
- развитию систем здравоохранения, учитывающих гендерные вопросы и отвечающих нуждам и приоритетам обоих полов при решении вопросов НИЗ и СРЗ; и
- введению подхода к вопросу пропаганды здоровья, а также предотвращению и лечению заболеваний, подразумевающего всеобщее повышение осведомленности о связи СРЗ с НИЗ на базе жизненного пути каждого человека. И, наконец, для конструктивного решения проблемы уязвимости, подвергающей людей риску НИЗ и рискам для СРЗ, необходимо сконцентрировать усилия на: создании условий, позволяющих бороться с бедностью; обеспечении равноправного доступа мужчин и женщин к образованию и информации; и на обеспечении доступных по цене медицинских услуг.

План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012-2016)

В 2010 г. Европейский региональный комитет ВОЗ подтвердил необходимость в разработке новой европейской политики здравоохранения «Здоровье-2020», которая соответствовала бы меняющемуся контексту европейского здравоохранения, особенно – быстрому и нарастающему росту НИЗ в Европейском регионе (резолюция EUR/RC56/52). Признав необходимость увеличения усилий по профилактике и борьбе с НИЗ в Европейском регионе, Европейское региональное бюро ВОЗ разработало план действий по наращиванию потенциала общественного здоровья, определению отдельных сфер деятельности и поддержке стран-членов в разработке национальных планов и политики здоровья. Следующие общие принципы описывают план действий с момента его реализации до оценочной стадии:

- Акцент на равенстве;
- Укрепление систем здравоохранения;
- Учёт аспекта здоровья во всей политике;
- Применение подхода жизненного пути человека;
- Расширение прав и возможностей женщин;
- Сбалансированное применение индивидуального подхода и подхода на уровне всего населения;
- Интегрирование программ; и
- Подход на основе участия всего общества.

По мере адаптации всеобъемлющего видения профилактики и борьбы с НИЗ план действий обеспечивает страны-члены приоритетными на доказательствах обоснованными инструментами и вмешательствами, которые являются вполне реализуемыми и могут дать максимальный эффект в Европейском регионе с учётом временных и бюджетных рамок. Принципиальное видение плана состоит в следующем: “Европа, нацеленная на укрепление здоровья и свободная от предупреждаемых неинфекционных заболеваний, преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности” (5).

Вывод

Рост бремени НИЗ находится в тесной связи с СПЗ и оказывает на последнее прямое влияние, что приводит к изменениям не только в нуждах мужчин и женщин в отношении СПЗ, но также служит препятствием тем успехам в области СПЗ, которых на сегодняшний день уже добились. Тем не менее, несмотря на рост бремени НИЗ, остаётся надежда, что эту тенденцию можно изменить. Большинство этих болезней предотвратимы, и есть знания и ясность для влияния на приоритеты и соответствующие действия общества по решению проблемы этой эпидемии. Дело не терпит отлагательства, так как от этого зависит здоровье всех и продолжительность устойчивого развития.

Lisa Avery, MD, MPH
Редактор *Entre Nous*,
Европейское региональное бюро ВОЗ
averylisa@hotmail.com

Список литературы

1. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report. Geneva: WHO 2005.
2. Bloom D.E., Cafiero E.T., Jane – Llopis E et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
3. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: WHO, 2011.
4. Noncommunicable diseases: A priority for Women's Health and Development. NCD 3 Alliance, 2011.
5. Action Plan for the implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
6. Veriola H. Tobacco and Women's Health. Helsinki: Art House Oy, 1998.
7. Orleans CT et al. Helping pregnant smokers quit: meeting the challenge in the next decade. *Tobacco Control* 2000;9(Suppl III):iii6-iii11.
8. McKinlay S, Brambila DJ, Posner J. The normal menopause transition. *AM J Human Biol* 1992; 4:37-46.
9. Women and the rapid rise of noncommunicable diseases. *NMH Reader* No 1. Geneva: WHO, 2002.
10. Saligram N and Gumbonzvanda N. Non-communicable diseases: A women's health. Rights and empowerment issue. www.huffingtonpost.com. Accessed Sept 2, 2012.

Взаимосвязь неинфекционных заболеваний и сексуального и репродуктивного здоровья

С 1994 г., когда в Каире прошла Международная конференция о народонаселении и развитии, улучшение сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) оставалось приоритетом общественного здравоохранения во многих странах. С тех пор целенаправленные усилия по достижению Целей развития тысячелетия (ЦРТ), включая улучшение материнского здоровья и предоставления всеобщего доступа к службам репродуктивного здоровья, ещё дальше развивали улучшения СРЗ. Тем не менее, при анализе успехов в достижении ЦРТ, как важный фактор, влияющий на дальнейшее развитие, на передний план активно выступают неинфекционные заболевания (НИЗ).

НИЗ ежегодно убивают более 36 миллионов людей, и более 9 миллионов всех смертей по причине НИЗ случаются в возрасте до 60 лет (1). План действий ВОЗ на 2008-2013 гг. в рамках «Глобальной стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями» предоставляет странам-членам и международным партнёрам по развитию ряд мер по предотвращению и борьбе с четырьмя основными НИЗ – сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом, раком и хроническими респираторными заболеваниями, равно как и по контролю над четырьмя общими факторами риска – потреблением табака, низкой физической активностью, неправильным питанием и злоупотреблением алкоголем (2).

Какова взаимосвязь этих двух важных приоритетов общественного здоровья, т.е., СРЗ и НИЗ? По многим причинам дать ответ на этот вопрос нелегко. Для начала, какую точку отсчёта мы выберем для анализа взаимосвязи? Нужно ли начинать с внутриутробного развития, момента рождения или более позднего периода в жизни? Более того, надёжные, сопоставимые данные с разбивкой по возрастному и половому признакам о частоте НИЗ и факторах их риска зачастую отсутствуют. Исследования, изучающие взаимосвязь НИЗ и СРЗ, также редки, и на данный момент меры по решению обеих проблем на страновом уровне не всегда учитывают и не обозначают их взаимосвязь, хотя НИЗ и СРЗ, в свою очередь, были признаны приоритетами общественного здравоохранения в Европейском регионе

ВОЗ. К примеру, здоровое питание и физическая активность важны для предотвращения ожирения, но также – диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Тем не менее, такое представление проблемы встречается не часто.

В данной статье рассматриваются некоторые связи этих двух областей. Далеко не являясь исчерпывающей, данная статья является собой лишь обзором нескольких примеров, где эта взаимосвязь четко обнаружена.

НИЗ и подростки

Один из лучших блоков сопоставимых и достоверных данных о здоровье подростков (11, 13 и 15 лет) с разбивкой по половому признаку представлен в отчёте о результатах Опроса о поведении детей школьного возраста в отношении здоровья (4). Согласно результатам 10-15% от принявших участие в опросе подростков европейских стран указали на наличие избыточного веса или ожирения в соответствии с их индексом массы тела (ИМТ). Определение факторов риска и защитных факторов при повышенном весе, при негативном восприятии своего тела, ожирении, нездоровых практиках снижения веса и нарушении питания может способствовать разработке вмешательств для решения широкого спектра проблем, связанных с весом. Негативный образ тела может быть связан с низкой самооценкой, что в свою очередь может привести к потреблению наркотиков и алкоголя, и, следовательно, небезопасному сексуальному поведению (сексуальным отношениям, вызывающим сожаление, и/или половым контактам без применения презерватива). В дополнение, чрезмерный вес и ожирение у подростков предрасполагает повышенному риску неблагоприятных для СРЗ индивидуумов последствий в более поздний период жизни, таких как бесплодие и рак матки.

НИЗ и контрацепция

Обращение сексуально активных или только начинающих сексуальные отношения молодых людей за советом по контрацепции для медицинских работников является одной из первых возможностей определить и изучить взаимосвязь НИЗ и СРЗ.

При тщательном обобщении анамнеза и проведении исследований, т.к. измерения артериального давления, эта консультация дает возможность впервые обнаружить симптомы НИЗ, если такие имеются. В дополнение, Медицинские критерии применения методов контрацепции ВОЗ (5) учитывают большинство НИЗ и предоставляют данные об условиях, подвергающих здоровье недопустимому риску в случае применения того или иного метода контрацепции, и также о том, как обнаруженное хроническое заболевание может сказаться на эффективности контрацепции. Эти критерии включают перечень заболеваний, таких как диабет, сложный порок сердца, повышенное кровяное давление и др., подвергающих женщин повышенному риску в результате нежелательной беременности.

Применение интегрированного подхода к улучшению качества служб первичной медицинской помощи, включая службу здравоохранения в школах и дружелюбные к молодёжи медицинские услуги, является одним из приоритетов в мерах по укреплению систем здравоохранения во многих странах. Крайне важно, чтобы службы предоставляли интегрированные медицинские услуги, не упуская возможности раннего вмешательства. В контексте СРЗ и НИЗ важно вести обсуждение не только способов предотвращения нежелательной беременности и инфекций передающиеся половым путем, но также здорового образа жизни, т.к. здоровое питание, физическая активность, влияние курения, употребления наркотиков и алкоголя.

НИЗ и беременность

Службы по уходу до зачатия могут рассматриваться как профилактическая медицина для матери и ребёнка. Она является собой важной возможностью обнаружения и оптимизации существующих НИЗ у женщин репродуктивного возраста до наступления беременности. Такие НИЗ как диабет, сердечно-сосудистые и хронические респираторные заболевания, равно как и четыре общих фактора риска (употребление табака, низкая физическая активность, нездоровое питание и злоупотребление алкоголем), - все они повышают риск



неблагоприятных последствий для здоровья матери и плода. При оценке причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, хронические заболевания матери во многих случаях выступают на первый план, т.к. приводят к смертельному исходу. Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из главных косвенных причин смерти матери как в развитых, так и в развивающихся странах (6). В связи с этим для оптимизации последствий для здоровья матери и плода крайне необходима систематическая оценка рисков для беременности у женщин. Так как НИЗ всё больше затрагивают население репродуктивного возраста, очевидна срочная необходимость осознать не только риск, которому подвергаются беременные женщины по причине НИЗ, но также возможный в будущем риск для их детей. Все больше накапливаются данные, указывающие на повышенный риск ожирения, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний у детей, родившихся у женщин с НИЗ в период беременности.

НИЗ и бесплодие

Нарушения менструального цикла и бесплодие часто вызваны нарушениями в обмене веществ, включая метаболический синдром – комплекс нарушений здоровья, которые, протекая синхронно, увеличивают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Есть несколько определений метаболического синдрома, но чаще всего диагноз ставят, исходя из ожирения центрального типа и ИМТ больше чем 30 кг/м², дислипидемии, гипертензии и инсулиновой резистенции.

Распространённым гормональным нарушением у женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) является синдром поликистоза яичников (СПКЯ). Классическими симптомами являются нерегулярные месячные, рост волос на теле по мужскому типу и прибавление в весе. СПКЯ часто является частью метаболического синдрома, связанного с риском диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, а также рака матки и бесплодия. Гинекологи, как правило, являются первыми медиками, задействованными в лечении таких больных, так как нерегулярные месячные и бесплодие служат главными причинами, по которым

женщины обращаются за помощью. Учёт риска диабета, дислипидемии и сердечно-сосудистых заболеваний при скрининге и консультировании таких пациенток так же важно, как и решение проблем репродуктивного здоровья. Многократное увеличение физической нагрузки и изменения диеты, приводящие к потере веса, могут оказаться всем, что необходимо для возврата к нормальному менструальному циклу, способствуя овуляцию и фертильность.

Рак и СПЗ

Также прослеживается взаимосвязь НИЗ и рака репродуктивных органов. Широко известен тот факт, что ожирение повышает риск эндометриального рака (рака матки), но также всё больше исследований связывают ожирение с развитием рака груди, особенно в отношении женщин в постменопаузе. Поведенческие факторы риска, такие как курение, также повышают риск рака шейки матки и влагалища у женщин с положительным результатом на ВПЧ (тест на вирус папилломы человека), который также повышает риск развития рака пениса и яичек у мужчин.

Выводы

Как и в случае многих других проблем в общественном здравоохранении при решении вопросов СПЗ и НИЗ невозможно прибегнуть к какому-то чудодейственному средству. Мы скорее должны сконцентрировать усилия на более чётком определении, понимании и разрешении комплексной взаимосвязи этих двух областей. Продолжительное рассмотрение этих областей по отдельности будет только препятствовать улучшению состояния здоровья в каждой из них. В то время как вышеупомянутые сегменты являют собой лишь упрощённый обзор некоторых связей между СПЗ и НИЗ, осознание и учёт их взаимосвязи является приоритетом и требует действий на всех уровнях, т.е., частном, общественном и правительственном.

Gunta Lazdane, MD, PhD,
Руководитель программы
Сексуальное и репродуктивное
здоровье,
Отделение неинфекционных
заболеваний и укрепления здоровья,
Европейское региональное бюро ВОЗ
gla@euro.who.int

Список литературы

1. The Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. WHO: Geneva, 2011.
2. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO: Geneva, 2009.
3. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
4. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO: Geneva, 2012.
5. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition 2009. WHO: Geneva, 2010.
6. Cross S., Beli J.S., Graham W.J. What you count is what you target: the implications of maternal death classification for tracking progress towards reducing maternal mortality in developing countries. Bulletin of the WHO 2010;88:147-153

ОЖИРЕНИЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Введение

На данный момент более 1,5 миллиарда мирового населения страдает от ожирения; существенное увеличение веса людей наблюдается как в развитых, так и в развивающихся странах (1-3). ВОЗ прогнозирует, что у 3 миллиардов взрослого населения будет избыточный вес к 2015 г., а более 700 миллионов будут страдать от ожирения (3). Тревожным является тот факт, что уровень распространения ожирения выше у женщин (включая женщин репродуктивного возраста), чем у мужчин (1, 2). Более 50% беременных женщин в Великобритании либо имеют избыточный вес, либо страдают от ожирения, о чём говорит индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м², фиксируемый во время первого посещения службы антенатального ухода (2, 4). Проблема избыточного веса и ожирения усугубляется тенденцией прибавки в весе во время беременности. Примерно у 40% беременных женщин прибавка веса больше, чем рекомендуются 11-15 кг (5). Этот набираемый избышек веса является фактором риска ожирения в первый год после родов или впоследствии (6). Распространяющаяся тенденция к ожирению среди женщин репродуктивного возраста настораживает, так как ожирение тесно связано с осложнениями во время беременности, как для матери, так и для плода.

Обмен веществ у беременных женщин с избыточным весом

На рост и развитие плода оказывают влияние два фактора – гены и материнская среда. Во время беременности меняются жировой и углеводный обмен веществ. Импульсы, посылаемые зародышу из материнской среды женщины с излишним весом и влияющие на развитие плода, включают регуляцию плацентарной передачи питательных веществ (глюкозы, жирных кислот, аминокислот), гормонов (инсулина, лептина, адипонектина), окислительных и воспалительных процессов. Обмен веществ в организме женщины с избыточным весом в период зачатия также может сказаться на развитии эмбриона и здоровье ребёнка после рождения, равно как и привести к неблагоприятному исходу беременности (7, 8). Важен также характер ожирения (Рис. 1). Отложения

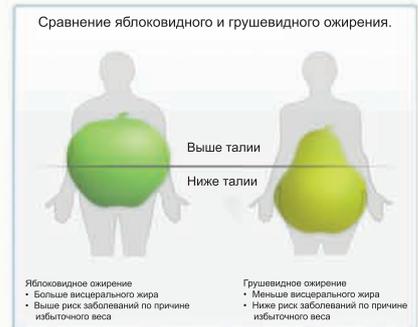
жировой ткани в нижней части тела (грушевидное ожирение) являются чувствительными к инсулину и могут эффективно запасать жир. У женщин, не страдающих от ожирения, жир, запасаемый во время беременности, откладывается преимущественно в депо нижней части тела и рассматривается как доброкачественная адаптация метаболизма и физиологии матери к беременности. Ожирение в центральной части тела (яблоковидное) связано с избытком жирных кислот и накоплением жира в печени, поджелудочной железе и плаценте. Продукты окисления липидов возможно являются связующим звеном между материнским ожирением и вызванным плацентарными нарушениями неблагоприятным исходом беременности, например, выкидышем и преэклампсией (8, 9).

Ожирение и осложнения при беременности

Ожирение у женщин может служить причиной различных родовых и послеродовых осложнений, а также осложнений во время беременности. В большинстве исследований указывается на связь между ИМТ и фертильностью, как правило, вызванной нарушением овуляции. Избыточный вес может также негативно сказаться на результаты лечения бесплодия (10). Обширные исследования на базе опроса населения выявили более низкий уровень фертильности и рождаемости в случае женщин с избыточным весом, участвующих в экстракорпоральном оплодотворении (10).

Будучи беременными, женщины с избыточным весом подвержены более высокому риску выкидыша, врождённых пороков у эмбриона, тромбоэмболии (образования тромбов в крови), гестационного диабета, преэклампсии, мертворождения и превышения нормальных размеров у новорождённого (11-13). Исследования показали, что по сравнению с беременными с нормальным весом у беременных женщин, страдающих от ожирения, вероятность развития гипертензии беременных выше в 3,2 раза, вероятность развития преэклампсии выше в 3,3 раза, а вероятность развития гестационного диабета выше в 4 раза (12). Собственно риск развития гестационного диабета во многом обусловлен избыточным весом матери до беременности. Независимо

Рис 1. Яблоковидное и грушевидное ожирение



от наличия или отсутствия гестационного диабета уровень глюкозы в крови (натощак) у беременных женщин с избыточным весом выше, чем у женщин, не страдающих от ожирения. Высокий уровень глюкозы в крови матери может привести к высокому содержанию сахара и инсулина у плода, а также к чрезмерной массы плода (макросомии) (13).

Преждевременные роды у женщин, страдающих от ожирения, также более часты. Риск преждевременного разрыва околоплодных оболочек и вынужденных преждевременных родов (в результате развившихся осложнений при беременности) у женщин с избыточным весом в 1,5 раза выше, чем у женщин с нормальным весом (3). У женщин с избыточным весом более вероятны продолжительные и/или осложнённые роды, кесарево сечение, осложнения во время операций и осложнения, связанные с анестезией, а после родов – послеродовое кровотечение и инфекционные осложнения, например, нагноение раны (11-14). Также повышен уровень послеродовой тромбоэмболии (образованиетромбов в сосудах ног и лёгких) (11-14). Риск кесарева сечения при родах возрастает прямо пропорционально ИМТ и является самым высоким у женщин с очень высоким уровнем ожирения. Для них вероятность кесарева сечения в 13 раз больше, чем у женщин с нормальным весом (14). У женщин с избыточным весом инструментальное родоразрешение (вакуум, щипцы) также встречается более часто (12). Повышенный уровень материнской заболеваемости и смертности, обусловленный избыточным весом, представлен достаточно детально. В Великобритании более четверти женщин, умирающих в период



**Gitana
Ramoniene**



**Laima
Maleckiene**



**Rūta
Jolanta
Nadišau-
skienė**

беременности, страдают от ожирения (15).

Мертворождение и смертность новорожденных также достигают высокого уровня (15). У женщин, страдающих от ожирения, пятикратно возрастает риск мертворождения, а при увеличении степени ожирения матери увеличивается и детская смертность (4). Даже с учётом способа родоразрешения смертность новорожденных после спонтанных и преждевременных родов выше у детей женщин, страдающих от ожирения, а также особо тяжёлого ожирения (16). Более того, есть данные о связи между избыточным весом матери и запоздалым началом, кратким сроком или отсутствием грудного кормления. Последнее является серьёзной проблемой в общественном здравоохранении из-за очевидной взаимосвязи искусственного кормления и избыточного веса у детей (17). Ожирение у детей определено соотносимо с ИМТ матери. Дети женщин с избыточным весом подвержены риску ожирения даже если имеют нормальный вес при рождении (2). Ожирение в детстве существенно предопределяет избыточный вес во взрослой жизни. Таким образом, избыточный вес и ожирение в период беременности и до неё являются первичными событиями в комплексном процессе, берущим начало от матери, продолжающемся к ребёнку и влияющем на их здоровье, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Обсуждение и выводы

Снижение неблагоприятных последствий ожирения у матерей является одним из приоритетов общественного здоровья. В идеале лечение женщин детородного возраста, страдающих от избыточного веса и ожирения, должно начинаться до зачатия. Рекомендации по консультированию включают следующее: необходимо мотивировать женщин сбрасывать вес перед зачатием и планировать беременность при ИМТ <30 кг/м²; женщинам, страдающим от ожирения, должны предоставляться консультации о прибавке в весе и питании; их необходимо информировать о повышенном риске медицинских осложнений и побуждать к регулярным физическим упражнениям в период

беременности для снижения некоторых из этих рисков; их также необходимо информировать о том, что их плод также подвержен повышенному риску вредных для здоровья последствий. В дополнение, с учётом хронических заболеваний, весьма распространённых среди женщин с избыточным весом, необходимо своевременно распознавать эти заболевания и начать их лечение (18).

Решение проблем, связанных с последствиями ожирения, как на личном уровне, так и на уровне всего населения должно стать приоритетом всех медицинских работников и специалистов общественного здравоохранения с целью обеспечения (посредством осведомления и соответствующей пропаганды) возможностей улучшения, как пренатального здоровья, так и здоровья в течение всей жизни. Игнорирование этих проблем приведёт к существенным негативным последствиям для здоровья последующих поколений.

Gitana Ramoniene, MD,
Доцент, Кафедра акушерства и гинекологии,
Литовский университет наук здоровья,
g.ramoniene@gmail.com

Laima Maleckiene, MD, PhD
Ассоциированный профессор, Кафедра акушерства и гинекологии,
Литовский университет наук здоровья,
laima_maleckiene@yahoo.com

Rūta Jolanta Nadišauskienė, MD, PhD,
Профессор и заведующий кафедрой акушерства и гинекологии,
Литовский университет наук здоровья,
ruta.nadisauskienė@gmail.com

Список литературы

1. Catalano PM. Obesity, insulin resistance, and pregnancy outcome. *Reproduction*. 2010;140(3):365-71.
2. Ruager-Martin R, Hyde MJ, Modi N. Maternal obesity and infant outcomes. *Early Hum Dev*. 2010;86(11):715-22.
3. Yogev Y, Visser GH. Obesity, gestational diabetes and pregnancy outcome. *Semin Foetal Neonatal Med*. 2009 Apr;14(2):77-84. Epub 2008 Oct 15.
4. Athukorala C, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:56.

5. Marilyn W. Edmunds, Siega-Riz A, Deierlein A et al. New Recommendations for Weight Gain During Pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55:512-519.
6. Choi SK, Park IY, Shin JC. The effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on perinatal outcomes in Korean women: a retrospective cohort study. *ReprodBiolEndocrinol*. 2011;18;9:6.
7. King JC. Maternal obesity, metabolism, and pregnancy outcomes. *AnnuRevNutr*. 2006;26:271-91.
8. Jarvie E, Hauguel-de-Mouzon S, Nelson SM et al. Lipotoxicity in obese pregnancy and its potential role in adverse pregnancy outcome and obesity in the offspring. *Clin Sci*. 2010;119(3):123-9.
9. Denison FC, Roberts KA, Barr SM et al. Obesity, pregnancy, inflammation, and vascular function. *Reproduction*. 2010;140(3):373-85.
10. Nuthalapaty FS, Rouse JD. The impact of obesity on fertility and pregnancy. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/the-impact-of-obesity-on-fertility-and-pregnancy>.
11. Davies GA, Maxwell C, McLeod L et al. Obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010 Feb;32(2):165-73.
12. Weiss JL, Malone FD, Emig D et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(4):1091-1097.
13. Thornburg LL. Antepartum obstetrical complications associated with obesity. *SeminPerinatol*. 2011;35(6):317-23.
14. Machado LS. Cesarean section in morbidly obese parturients: practical implications and complications. *N Am J Med Sci*. 2012;4(1):13-8.
15. Vasudevan C, Renfrew M, McGuire W. Foetal and perinatal consequences of maternal obesity. *Arch Dis Child Foetal Neonatal Ed*. 2011;96(5):378-82.
16. Nohr EA, Villamor E, Vaeth Met et al. Mortality in infants of obese mothers: is risk modified by mode of delivery? *ActaObstetGynecol Scand*. 2012; 91(3):363-71.
17. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007(4);7:9.
18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of women with obesity in pregnancy. *CMACE/RCOG Joint Guideline*. London: RCOG Press; 2010.

Железо и здоровье

Введение

Нарушения питания (включая недостаточное питание и переизбыток) являются существенной проблемой в здравоохранении во всём мире. Бремя болезней по причине этих нарушений в наибольшей степени ложится на плечи женщин, детей и уязвимых групп населения (например, бедных и менее образованных). Из всех нарушений питания железодефицитная анемия является наиболее распространённым. Более 30% мирового населения (2 миллиарда людей) страдают от этого нарушения (1). В Европейском регионе ВОЗ этот недуг зарегистрирован у 21,7% (11,1 миллиона) детей дошкольного возраста, 25,1% (2,6 миллиона) беременных женщин и 19% (40,8 миллиона) женщин репродуктивного возраста (1). Последствия этого нарушения отнюдь не маловажны: неблагоприятный исход беременности, нарушения в умственном и физическом развитии, повышенный риск заболеваемости и смертности, а также сниженная продуктивность в школе и на работе (2-4). Эти последствия подрывают человеческие ресурсы стран и приводят к социальным и экономическим затратам, ставящим под угрозу дальнейшее развитие.

Железо и железодефицитная анемия

Железо является важным микроэлементом в питании человека. Оно входит в состав гемоглобина (железосодержащего белкового соединения в крови, переносящего кислород), ферментов, необходимых в обмене веществ, а также гормонов и нейромедиаторов. В пище железо доступно в двух формах: гемовой (мясо и мясные продукты) и негемовой (пища растительного происхождения). Общеизвестным является тот факт, что потребление пищи животного происхождения является наиболее важным в питании детерминантом статуса железа у населения. Главной причиной тому служит высокая биодоступность железа в гемовой форме. Во многих странах железо также доступно в витаминизированных продуктах питания и/или через программы, пропагандирующие пищевые добавки железа.

Анемия имеет место в случае снижения количества эритроцитов в крови. Железодефицитная анемия имеет

место, когда в организме недостаточно железа для производства гемоглобина. Это распространённая проблема общественного здоровья во всём мире. В то время как верно утверждение, что анемия широко распространена в условиях малых ресурсов, она также распространена в индустриальных странах с большими ресурсами. Причина железодефицитной анемии является мультифакторной. Тем не менее, в ряде исследований как главные факторы развития железодефицитной анемии указываются: малое потребление железа с пищей, низкая абсорбция железа из пищи, гемоглобинопатии и хроническая потеря крови (первый фактор наиболее распространён в условиях малых ресурсов, а последний – в условиях больших ресурсов) (1, 5-9). Имеется обширное документальное подтверждение, что одновременное потребление чая, кофе и молочных продуктов снижает абсорбцию железа, в то время как аскорбиновая кислота её повышает (10-12). Результаты исследований также указывают на то, что тормозящий эффект пищевых полифенолов (т.е., в чае) на абсорбцию железа может быть сглажен аскорбиновой кислотой. Тем не менее, простое добавление пищи, богатой витамином С, в рацион, судя по всему, может быть недостаточно для устранения эффекта снижения биодоступности, вызываемого чаем (10-12). В дополнение, в условиях малых ресурсов заражение паразитическими червями и малярией остаётся важной причиной железодефицитной анемии (1). Общеизвестно, что в условиях бедности низкое потребление железа с пищей, неприемлемая диета и неадекватные представления о диете приводят к анемии у женщин репродуктивного возраста (2, 5, 6, 13). В результате женщины и дети, особенно раннего возраста, подвержены большему риску железодефицитной анемии. Это приводит к ряду отрицательных последствий для здоровья матери и ребёнка, и осложнений в перинатальный период, например: преждевременные роды, малый вес ребёнка при рождении, нарушения роста и психомоторного развития ребёнка, подавленная иммунная функция и изменения в интеллектуальном развитии (2-4). Более того, анемию рассматривают как непризнанный фактор 20% материнских смертей (3) и причину потенциального

повышения риска развития неинфекционных заболеваний впоследствии (2).

Первые 1000 дней жизни и связь с неинфекционными заболеваниями

Хорошее питание во время беременности и в первые 2 года жизни (но ими не ограничиваясь) всё чаще рассматривается как жизненно важный фактор во временном контексте, влияющий на настоящее и будущее состояние здоровья ребёнка. Научные данные говорят о том, что неинфекционные заболевания, включая риск ожирения и сердечнососудистых заболеваний впоследствии, имеют отношение к питанию и могут быть вызваны нарушениями питания, а также факторами поведения в этот период (2, 14, 15). Этот период жизни особенно важен, так как в это время определяется привычки питания и характер кормления, осуществляемое родителями. Так, например, здоровое питание начинается с грудного кормления, а также с правильного и своевременного прикорма. Грудное кормление общепризнано идеальным кормлением младенцев. Несмотря на то, что его влияние ещё предстоит научно объяснить, доказано, что грудное кормление снижает риск ожирения в детстве, а также вероятность недоедания и инфекций (2, 14, 15). Будучи столь же комплексной проблемой, эффект прикорма на развитие и заболевания, вызванные нарушением питания, был в последнее время предметом многих дискуссий. Были определены связи между практикой прикорма и потенциальной роли прикорма в эпидемии ожирения, а также в выживании и развитии ребёнка. Учитывая существенную распространённость железодефицитной анемии у детей и беременных женщин, борьба с ней в упомянутый временной период становится крайне важной, особенно в контексте потенциального риска неинфекционных заболеваний впоследствии.

Как бороться с железодефицитной анемией

В то время как борьба с железодефицитной анемией уже многие годы является приоритетом в мировом развитии, её устранение остаётся трудноосуществимым.



João Breda

Учитывая мультифакторный характер заболевания, требуется интегрированный подход. Для эффективного предотвращения и лечения крайне необходимо определить основные факторы заболевания. В случае часто встречающегося железодефицита для предотвращения анемии могут быть полезны программы обогащения пищи железом. Тем не менее, также необходимо приложить усилия к просвещению в области питания в семье и повышению компетентности сотрудников здравоохранения, в сочетании с улучшением доступа к пище богатой железом (1, 16). Поэтому ключевой рекомендацией с точки зрения общественного здоровья будет подчеркнуть огромную важность подходящего и адекватного питания, состоящего из богатой железом пищи и диетических модификаций. Рекомендуемые диетические модификации включают употребление железа в гемовой форме, потребление витамина С и протеинов с пищей и прекращение потребления чая и кофе с пищей для групп риска. В условиях, где железодефицит не является единственной причиной анемии, предотвращение и лечение должно включать и другие меры, такие как лечение инфекций и добавку других питательных микронутриентов.

Поскольку анемия затрагивает две трети беременных женщин в развивающихся странах и сказывается на материнской заболеваемости и смертности, а также приводит к отрицательным для перинатального здоровья последствиям, дети и женщины репродуктивного возраста должны быть приоритетной группой для вмешательства. Их нужно просвещать в вопросах пищевых источников железа, особенно до беременности, и информировать о том, как выбор пищи может либо улучшать абсорбцию железа, либо ей препятствовать.

Выводы

Железодефицитная анемия является показателем плохого питания и одновременно плохого здоровья. Её последствия для здоровья, особенно в случае женщин и детей юного возраста, а также её влияние на продуктивность работы у взрослого населения являются собой серьезную проблему общественного здоровья, требующую действий и усилий международных

агентств, правительств и частных лиц. Стратегии должны не только быть частью существующих программ и политики, но также отражать местный контекст и этиологию железодефицитной анемии в определенных условиях для каждой конкретной группы населения.

João Breda, PhD, MPH, MBA,
Руководитель программы
Питание, физическая активность и ожирение,
Отделение неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья
Европейское региональное бюро ВОЗ,
jbr@euro.who.int

Список литературы

1. deBenoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (eds). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO Global Database on Anaemia. Geneva: WHO, 2008.
2. Victora C, Adair L, Fall C et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet* 2008;371(9609):340-357.
3. Balarajan Y, Ramakrishnan U, Ozaltin E et al. Anemia in low and middle income countries. *The Lancet* 2011;378(9809):2123-2135.
4. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000, 71(5 Suppl):1280S-4S.
5. Ahmed F, Al-Sumaie MA. Risk factors associated with anemia and iron deficiency among Kuwaiti pregnant women. *Int J Food Sci Nutr* 2011;62(6):585-592.
6. Baig-Ansari N, Badruddin SH, Karmaliani R et al. Anemia prevalence and risk factors in pregnant women in an urban area of Pakistan. *Food Nutr Bull* 2008 Jun;29(2):132-9.
7. Grant CC, Wall CR, Wilson C et al. Risk factors for iron deficiency in a hospitalized urban New Zealand population. *J Paediatr Child Health* 2003;39(2):100-6.
8. Hashizume M, Shimoda T, Sasaki S et al. Anaemia in relation to low bioavailability of dietary iron among school-aged children in the Aral Sea region, Kazakhstan. *Int J Food Sci Nutr* 2004;55(1):37-43.
9. Keskin Y, Moschonis G, Dimitriou M et al. Prevalence of iron deficiency among schoolchildren of different socio-economic status in urban Turkey. *Eur J Clin Nutr* 2005;59(1):64-71.
10. Hogenkamp PS, Jerling JC, Hoekstra T et al. Association between consumption of black tea and iron status in adult Africans in the North West Province: the THUSA study. *Br J Nutr* 2008;100(2):430-7.

11. Hallberg L, Brune M, Rossander L. The role of vitamin C in iron absorption. *Int J Vitam Nutr Res* 1989;30:103-8.
12. Nelson M, Poulter J. Impact of tea drinking on iron status in the UK: a review. *J Hum Nutr Diet*. 2004;17(1):43-54.
13. Barennes H, Simmala C, Odermatt P et al. Postpartum traditions and nutrition practices among urban Lao women and their infants in Vientiane, Lao PDR. *Eur J Clin Nutr* 2009;63(3):323-31.
14. Gluckman P, Hanson M, Mitchell M. Developmental origins of health and disease: reducing the burden of chronic disease in the next generation. *Genome Medicine* 2010;2:14-17.
15. Tracking progress on child and maternal nutrition. A survival and development priority. New York: UNICEF, 2009.
16. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control - A guide for programme managers. Geneva: WHO, 2001.

Репродуктивное здоровье и табак: борьба с распространением курения среди женщин

Распространение курения среди женщин

В последние два десятилетия одним из поразительных аспектов распространённости курения в Европейском регионе ВОЗ является возрастающая популярность курения среди женщин и девушек (1). Ряд факторов помогут объяснить это явление. Одним из основных мотивов служит ослабление общественных и культурных ограничений в большинстве стран, и в отношении женщин курение табака стало более допустимым. В дополнение, покупательная способность женщин возрастает, и сигареты становятся более доступными, особенно в странах, где не были повышены налоги на табак.

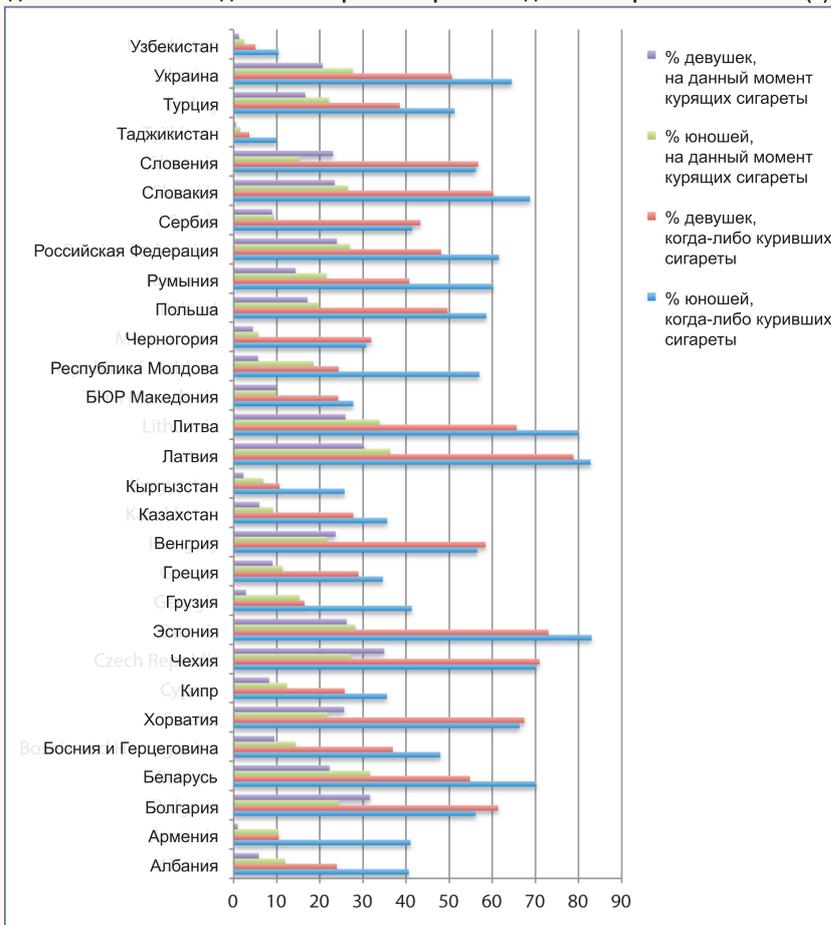
Тем не менее, неоспорим и масштаб влияния маркетинга табачной индустрии. Первоначально курение табака было распространено среди мужчин (сначала – в странах с развитой промышленностью), и в связи с недавним снижением курения среди мужчин международные табачные компании стали рассматривать довольно высокий процент некурящих женщин как потенциальных целевых потребителей (1).

Посредством успешного и умелого маркетинга, в особенности через ложное позиционирование курения как символа реализации прав женщин, табачная индустрия создала быстро растущий рынок, ориентированный на курящих женщин и девушек. Тема реализации прав обернулась множеством различных слоганов в маркетинговых кампаниях, включая широко известную рекламу сигарет от Phillip Morris в 1968 г. «Ты многого достигла, крошка» (2). Влияние маркетинга было и остаётся значительным.

Исследования, изучающие взаимосвязь индекса гендерного неравенства (ИГН) и гендерного соотношения курильщиков (ГСК), указывают на тот факт, что в странах с высокой реализацией женских прав курение среди женщин и мужчин распространено в равной степени (2).

В Европейском регионе ВОЗ распространённость курения среди женщин самая высокая в мире (22%), оставляя большинство других регионов позади при показателе 3-5% (3).

Рис 1. Распространённость курения сигарет среди подростков 13-15 лет на данный момент и когда-либо. Мировой опрос молодежи о потреблении табака (6)



В Европе (как и в Северной и Южной Америке) соотношение курильщиков среди женщин и мужчин примерно 1:2. Более того, в Европейском регионе ВОЗ вероятность курения среди женщин с более высоким образованием выше, чем среди менее образованных женщин. В отношении курения разница между женщинами и мужчинами становится ещё меньше в случае молодёжи и подростков (3). Уже сейчас в нескольких странах курильщиков среди женщин или девушек больше, чем среди мужчин или юношей. Если не принять меры, эта тенденция получит развитие и приведёт к разрушительным последствиям, чего ни в коем случае нельзя допустить (Рис. 1).

Влияние табака на беременность

Табак наносит вред практически каждому органу человека и служит причиной огромного числа болезней и смертей. Его воздействие на здоровье, как правило, становится очевидным спустя несколько десятилетий после

начала курения (1). Несмотря на это, в случае женщин-курильщиц есть и немедленные последствия для здоровья, например, неблагоприятные последствия для репродуктивной системы, продолжающиеся в течение всей жизни.

Курение может усложнить зачатие у женщин. В период беременности у курящих женщин больше вероятность выкидыша или мертворождения (1). Курение может стать причиной плацентарных проблем, например, преждевременная отслойка плаценты, что вызывает кровотечение и является угрозой, как для матери, так и для ребёнка (1). Курение во время беременности может вызвать преждевременные роды или быть причиной малого веса ребёнка при рождении. Это повышает вероятность болезней у новорождённого, а в некоторых случаях – смерти (1). У детей, родившихся у курящих женщин, более вероятны врождённые пороки, такие как расщепление нёба. Эти дети



Kristina
Mauer-
Stender

также более подвержены риску ожирения в детском возрасте (1). Более того, если один или оба родителя курят, это вредит ребёнку в форме пассивного курения или подвергает его большему риску внезапной смерти от остановки дыхания (синдром внезапной детской смерти), острых респираторных инфекций, заболеваний ушей и тяжёлой формы астмы (1).

Роль медицинских работников

Роль профессионалов здравоохранения является ключевой. Они являются наиболее уважаемым и верным источником информации и совета. Они служат примером для всего населения и общаются с большим числом людей, а значит, могут быть главным средством для изменения поведения в отношении здоровья. После длительных консультаций у врача вероятность успешного отказа от курения повышается до 84% (4). Помогает даже незначительный совет врача, вследствие чего вероятность отказа от курения достигает 66% (4). До сих пор программы по прекращению курения для женщин в основном были ориентированы только на курение в период беременности (1). В то время как такие программы важны, есть необходимость разработки более широких программ в поддержку женщин, бросающих курить в любой период жизни. В недавно опубликованном обзоре Кокрановской библиотеки предоставлены данные о том, что стандартные подходы к решению проблемы отказа от курения хоть и успешно помогают беременным женщинам бросить курить, имеют ограниченное влияние на общее число женщин, бросающих курить на протяжении всей жизни, – зарегистрирован лишь шестипроцентный прирост числа бросивших. Необходим подход с учётом всей жизни. Информационная пропаганда о вреде табака в программах материнского здоровья не должна концентрироваться только на здоровье плода, но также на пользе для здоровья матери, что может обеспечить долгосрочное прекращение курения. Сотрудники медицинских служб всегда должны быть осведомлены о возможном курении партнёра и побуждать пары бросать курить как в период беременности, так и впоследствии (1).

В дополнение, руководители службы здравоохранения должны быть уполномочены осуществлять вмешательство на системном уровне для облегчения эффективного оказания помощи в прекращении курения в условиях первичной медицинской помощи. Во многих странах системы здравоохранения не предусматривают интеграцию отказа от курения в стандартный пакет лечения пациентов. В некоторых странах многие медицинские работники сами являются курильщиками. Например, Мировой опрос студентов медицинских учебных заведений предоставляет следующие полученные данные:

- На данный момент более 20% студентов медицинских учреждений более чем в половине стран мира курят сигареты;
- Большинство их признаёт тот факт, что они служат примером для всего общества и что они должны пройти профессиональную подготовку по предоставлению консультаций и медицинской помощи курящим пациентам; и
- Лишь некоторые прошли официальную подготовку по консультированию пациентов для отказа от курения.

Выводы

В рекламных кампаниях табачная индустрия применяет индивидуальный подход к женщинам как целевому потребителю, и сообщество по контролю над табаком должно поступить так же. Рамочная конвенция ВОЗ по контролю над табаком является мощным правовым инструментом в помощь заинтересованным сторонам при разработке подхода к вопросу табачного контроля с учётом аспекта гендерного равенства. Статья 14 Рамочной конвенции ВОЗ по контролю над табаком и её руководящие указания обозначают важность отказа от курения. Также есть реальные основания в поддержку этой конвенции, которые подчёркивают, что медики играют важную роль и должны быть осведомлены о курительных привычках пациентов, а также должны побуждать пары отказываться от курения как в период беременности, так и в дальнейшем.

Kristina Mauer-Stender,

Руководитель программы по контролю над табаком,
Европейское региональное бюро ВОЗ,
kma@euro.who.int

Список литературы

1. Empower Women: Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
2. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. Bulletin of the World Health Organization, 2011.
3. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011. Geneva: WHO, 2011.
4. Summary of effectiveness data for smoking cessation interventions (abstinence at least six months) based on all latest Cochrane Review.
http://www.who.int/tobacco/quitting/summary_data/en/index.html [accessed 17 June 2012].
5. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf> [accessed 17 June 2012].
6. Global Youth Tobacco Survey. Global Tobacco Surveillance System Data, Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <http://apps.nccd.cdc.gov/gtssdata>

Алкоголь и сексуально-репродуктивное здоровье

Введение

В последнее десятилетие потребление алкоголя (как зарегистрированное, так и незарегистрированное) среди взрослого населения в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) остаётся на постоянно высоком уровне – примерно 12,5 литров в год на душу населения, что вдвое больше среднего мирового показателя (1). Будучи одним из главных факторов риска заболеваемости в Европе и во всём мире, употребление алкоголя наносит обширный вред как непосредственно потребителю, так и лицам, не употребляющим спиртное (2). Потребление спиртного является необходимым условием для развития более 30 заболеваний, а в отдельных случаях связано со множеством инфекционных и неинфекционных заболеваний, включая различные виды рака, сердечно-сосудистых заболеваний и болезней печени (3). Последние данные говорят о том, что наносимый вред связан не только с уровнем, но и с характером потребления, т.е., в дополнение к тому, сколько потребляется спиртного, важно так же учитывать случаи тяжких запоев, особенно разрушительных для здоровья (3).

Алкоголь также оказывает влияние на отдельные аспекты сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Помимо того, что спиртное является фактором риска инфекций передающиеся половым путём (ИППП), алкоголь также служит причиной неблагоприятных перинатальных исходов, включая малый вес новорождённого и алкогольный синдром плода (1).

В рамках международной алкогольной политики стали приниматься меры по решению вопросов потребления спиртного и СРЗ, в частности, употребления алкоголя во время беременности. Кроме того, меры по снижению потребления алкоголя среди населения также могут иметь последствия для СРЗ. Новая публикация ВОЗ «Алкоголь в Европейском Союзе. Уровни потребления, наносимый вред и подходы в области политики» освещает некоторые подобные конструктивные вмешательства, рассматриваемые ВОЗ как наилучшие в алкогольной политике. Среди них ценовые меры, такие как

увеличение налога и минимальной цены, и меры по снижению доступности и распространения спиртного (см. Текстовое окно 1).

Алкоголь, ИППП и последствия незапланированных сексуальных отношений

Несколько мета-анализов выявили связь между потреблением алкоголя и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также другими ИППП (4, 5). Тем не менее, в силу конструктивных ограничений исследований с целью выявления связи между потреблением спиртного и сексуальным поведением высокого риска, а также связи между потреблением спиртного, сексуальным поведением и ИППП, не представляется возможным сделать заключение о случайности полученных результатов. Эти ограничения включают: невозможность исключения факторов, искажающих результаты; невозможность определить кратковременную связь; и оценку глобальных взаимосвязей, нежели взаимосвязей в конкретном случае. В последнем мета-анализе была предпринята попытка учёта этих ограничений и выявления связи между употреблением алкоголя и небезопасным сексуальным поведением путём оценки произвольных контролируемых клинических исследований, обнаруживавших связь между потреблением спиртного и склонностью к небезопасным сексуальным отношениям (6). Вторичный мета-анализ выявил связь между повышенным содержанием алкоголя в крови и склонностью к сексуальным отношениям без применения презерватива. Некоторые исследования изучают связь между употреблением алкоголя и

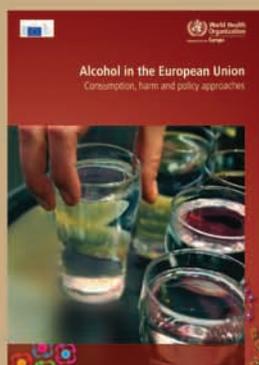
последствиями незапланированных сексуальных отношений. Результаты последнего Европейского студенческого опроса об употреблении алкоголя и наркотиков (ESPAD) показали, что за последний год примерно 7% студентов имели сексуальную связь под действием алкоголя, о чём позже сожалели, и 9% имели сексуальную связь под действием алкоголя без презерватива (7).

Результаты мета-анализа и студенческого опроса ESPAD служат основанием для учёта аспекта потребления спиртного, когда решаются вопросы сексуального здоровья.

Пороки развития, вызванные употреблением алкоголя (ПРВА)

Со времён средневековья известно, что алкоголь служит причиной врождённых пороков и нарушений в развитии. Последствия употребления алкоголя в период беременности различны в зависимости от стадии развития плода. Именно в первые восемь недель эмбриогенеза при воздействии алкоголя имеют место первичные тератогенные нарушения, в то время как употребление на более поздней стадии сказывается на росте и может привести к умственным расстройствам и нарушениям в поведении.

Диагностика алкогольного синдрома плода (АСП) основывается на ряде критериев, которые можно разбить на три основные категории: замедление роста, характерные черты лица и пороки центральной нервной системы (включая умственные расстройства). Умственные расстройства, относимые к АСП, являются необратимыми, и на сегодняшний день АСП является главной предотвратимой причиной



В этом новом отчёте, выпущенном Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с Европейской Комиссией, проводится анализ характера потребления алкоголя и им наносимого вреда здоровью, а также предоставляется обзор самых последних данных в сфере алкогольной политики.



Lars Møller



Julie Brummer

негенетической умственной отсталости.

Невозможно определить порог безопасного употребления алкоголя во время беременности, но врождённые пороки имеют более серьёзный характер при более высоком потреблении спиртного во время беременности.

Распространённость АСП или ПРВА различна у разных групп населения. Данные исследований говорят о том, что она наиболее высока среди афроамериканского и коренного населения США, Канады и Австралии, а также среди групп цветного/смешанного расового происхождения Южной Африки. Исследования установили, что существенное число женщин в Европейском Союзе продолжает употреблять алкоголь во время беременности. Согласно имеющимся данным, их число варьируется от 25% в Испании до 35%-50% в Голландии, а в Великобритании и Ирландии является ещё большим (79%) (8).

Исследования показали, что знания являются необходимым, но недостаточным фактором для изменения поведения. Как в обществе в целом, так и группах повышенного риска осведомлённость женщин об опасности употребления алкоголя в период беременности ограничена. В 2007 г. Франция ввела предупреждения в виде наклеек на алкогольные товары. Затем последовала информационная кампания для повышения осведомлённости о последствиях для здоровья эмбриона во время беременности. В результате маркировки товаров и кампании осведомлённости о вреде алкоголя в период беременности среди беременных женщин возросла с 82 до 87% (9).

Обсуждение

Доказано, что потребление алкоголя приводит к последствиям, пагубным для СРЗ. Наблюдается взаимосвязь между употреблением алкоголя и небезопасными сексуальными отношениями, неадекватным сексуальным поведением, повышенным риском ИППП, АСП и малым весом при рождении. Наиболее уязвимыми являются молодёжь и беременные женщины. Европейский план действий ВОЗ по сокращению вредного употребления

алкоголя, 2012-2020 гг., учитывает уязвимость этих двух групп и предоставляет возможные варианты действий, направленных на эти конкретные целевые группы. Наиболее эффективные вмешательства в алкогольную политику имеют влияние на цены, доступность и механизмы распространения на рынке. В связи с этим ВОЗ рекомендует защищать молодёжь путём снижения доступности алкогольных товаров. Это включает более строгие возрастные ограничения на покупку спиртного, уменьшение рынка сбыта и затруднения покупки алкоголя путём изменения времени работы магазинов и увеличения стоимости алкоголя посредством налогообложения или увеличения единичной цены товара. Необходим контроль над сбытом спиртного и спонсорскими мероприятиями, направленными на молодых людей. Более того, введение ограничений, сокращение числа пунктов продажи (как для употребления на месте, так и на вынос) и предоставление молодёжи в школах и других образовательных учреждениях информации и наставлений о вредных последствиях употребления алкоголя требует участия общественности.

Что касается такой особой целевой группы как беременные женщины, ВОЗ рекомендует всем службам принимающим участие в антенальном уходе за беременными обеспечить предоставление информации и консультаций относительно употребления спиртного в период беременности. Семейный врач, как правило, является первой инстанцией, куда обращается беременная женщина, и, следовательно, должен быть готов консультировать об употреблении спиртного во время беременности. Любая женщина из группы повышенного риска должна немедленно получать направление в специальные службы.

Путём повышения осведомлённости населения о вопросах СРЗ, связанных с употреблением алкоголя, и приведения в соответствие действий, направленных на решение этих вопросов, люди принимающие решения в Европейском регионе ВОЗ и во всём мире могут принять участие в работе над сокращением нежелательных для СРЗ последствий, а также уменьшением наносимого здоровью вреда, вызванного употреблением алкоголя.

Lars Møller,

Руководитель программы
Алкоголь и противозачаточные препараты,
Европейское региональное бюро ВОЗ
LMO@euro.who.int

Julie Brummer,

Консультант
Европейское региональное бюро ВОЗ
Jbrummer44@yahoo.com

Список литературы

1. WHO Regional Office for Europe (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
2. WHO. Global health risks. Geneva: WHO, 2009.
3. Rehm J et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 2010; 105:817-843.
4. Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health*, 2010; 55:159-166.
5. Cook RL, Clark DB. Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? A systematic review. *Sexually Transmitted Diseases*, 2005; 32(3):156-164.
6. Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*, 2012; 107:51-59.
7. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2012.
8. du Florey D et al. A European concerted action: maternal alcohol consumption and its relation to the outcome of pregnancy and development at 18 months. *International Journal of Epidemiology*, 1992; 21 (Supplement #1).
9. Guillemont, J. The French experience: a health warning to raise awareness. Presentation at the Expert Meeting on Alcohol and Health, Stockholm, 21-22 September 2009. (http://www.se2009.eu/polopoly_fs/1.15716!menu/standard/file/090921_Stockholm_French%20pictogram%20Juilette%20Guillemont.pdf).

Наращивание потенциала в развитии программ организованного онкологического скрининга и ранней диагностики рака в странах средиземноморья

Резюме

Неравенство в доступе к службам раннего выявления, диагностики и лечения раковых заболеваний является главной причиной более высокого уровня смертности во многих странах средиземноморья, не входящих в состав Европейского Союза (ЕС), в сравнении со странами-членами ЕС. Несмотря на то, что заболеваемость раковыми заболеваниями в средиземноморских странах, не входящих в ЕС, всё ещё заметно ниже, чем в странах ЕС, в последующие десятилетия ожидается рост бремени раковых заболеваний в этих странах. Тенденция к такому росту объясняется множеством факторов, включая старение населения и подверженность факторам риска, таким как курение, плохое питание, низкая физическая активность и загрязнение окружающей среды.

Для оказания помощи странам, столкнувшимся с этими проблемами, Министерство здравоохранения Италии в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Франции и ВОЗ финансирует проект наращивания потенциала в развитии программ организованного онкологического скрининга и ранней диагностики. Задачей проекта является обеспечение диалога и обмена опытом в сфере предотвращения и борьбы с раком между средиземноморскими странами, как входящими, так и не входящими в состав ЕС.

Описание проекта

Проект находится под научным руководством Центра борьбы с раком в Пьемонте, г. Турин, Италия, и координируется Департаментом предотвращения в Турине (ASL TO1), в чьи обязанности входят административный и организационный аспекты. Проекту содействует координационный совет, состоящий из представителей Министерства здравоохранения Италии и Франции, Французского национального института по борьбе с раком, ВОЗ, Международного агентства по изучению рака (IARC), а также международных экспертов из Испании, Франции, Израиля и Мальты.

Целью проекта является обучение лиц, ответственных за принятие решений в сфере общественного здравоохранения

в средиземноморских странах, не входящих в ЕС, касательно процесса принятия решений в области раннего выявления рака. Участникам предлагается обсудить следующие вопросы: как определить приоритеты в разработке планов по всесторонней борьбе с раком, включая раннее выявление и скрининг; как выбрать подходящую стратегию, основываясь на существующий опыт, нуждах населения страны, приоритетах здравоохранения, доступных средствах и социо-экономических характеристиках; как оценить предпринимаемые меры в странах, где уже существует национальная/местная стратегия скрининга.

Наращивание потенциала в рамках данного проекта осуществляется путём обучения, проводимого в форме нескольких выездных семинаров. Во время семинаров участники пересматривают и обсуждают основные принципы скрининга и программы ранней диагностики раковых заболеваний. Им также предоставляется возможность учиться на опыте других, делится своими знаниями и согласовывать общие положения. Участникам предлагается оценить потребности и определить приоритеты в контексте своей страны. **Необходимость удалённой помощи и/или же помощи на месте** определяется для каждого случая отдельно в зависимости от нужд той или иной страны, специально разработанных планов сотрудничества и доступного финансирования. В зависимости от доступного финансирования участникам из средиземноморских стран, не входящих в ЕС, также предоставляются стипендии, специализированное обучение, практика/приобретение к работе в европейских центрах скрининга раковых заболеваний.

Страны, задействованные в проекте

Проект стартовал в конце 2010 г. Странам, представленным в проекте, Минздрав Италии официально предложил отобрать одного-двух представителей общественного здравоохранения для участия в обучении. Рекомендованными критериями отбора кандидатов были: хорошие знания и опыт работы в области предотвращения рака; участие в определении национальных планов ранней диагностики и борьбы с раком; и ответственность за введение рассмотренных

на семинарах международных руководящих указаний и стратегий на местном уровне в соответствии с нуждами, возможностями и специальными знаниями. Поскольку для успешности этой инициативы очень важным являлся вопрос отбора кандидатов, региональные бюро ВОЗ и его представители ВОЗ в странах оказали активную помощь министерствам здравоохранения каждого государства в отборе наиболее подходящих кандидатов для программы обучения. На данный момент следующие страны приняли участие в первой стадии проекта: Албания, Алжир, Босния и Герцеговина, Хорватия, Египет, Сектор Газа и Западный берег реки Иордан, Иордания, Ливия, бывшая югославская Республика Македония, Черногория, Марокко, Сербия, Сирия, Тунис и Турция. К сведению, Израиль не был включён в проект, так как в стране уже существуют хорошо организованные централизованные программы онкологического скрининга. В дополнение, в силу внутренне-политической ситуации в стране в момент отбора Ливия не приняла участие в первой стадии, но недавно присоединилась, выдвинув своего кандидата.

Кандидатов попросили подготовить и прислать организаторам семинара информацию о ресурсах, структуре систем здравоохранения в странах, и данные о раковых заболеваниях. Сбор данных осуществлялся в виде стандартной анкеты о ключевых характеристиках стран с целью создания описания эпидемиологической ситуации и возможностей борьбы с раком в каждой стране, а также для начала дискуссии на первом семинаре. Результаты анкетирования будут вскоре опубликованы в первом отчёте о ходе проекта, в который войдут обзор бремени раковых заболеваний в средиземноморье и анализ ситуации в каждой стране.

Текущий статус проекта

Первый семинар был организован в Риме, в помещениях Министерства здравоохранения Италии, с 21-го по 23-е июня 2011 г. Из 28 отобранных кандидатов 19 приняли участие в семинаре. Во время семинара следующие международные агентства имели возможность представить свои миссии и инициативы в борьбе



Nereo Segnan



Livia Giordano



Giuseppe Salamina



Andreas Ullrich



Marta Dotti

с раком: ВОЗ (Бюро по борьбе с раком); Фонд народонаселения ООН (ЮНФПА); Международный союз по борьбе с раком; Международное агентство по атомной энергии и Международное агентство по изучению рака.

Презентации докладчиков доступны и могут быть запрошены по адресу электронной почты:

euromed.cancer@aslto1.it

Семинар, проведённый в Риме, является первым шагом в проекте обучения. Информация, полученная от участников, была использована для повышения знаний о текущей ситуации в каждой стране, для начала дискуссии об общих положениях скрининга и ранней диагностики, для выявления текущих противоречий в программах онкологического скрининга, а также для определения нужд и приоритетов во всех странах. В официальных презентациях участникам был предоставлен общий обзор основных элементов скрининга раковых заболеваний. Не столь явной, но всё же важной задачей семинара было начало создания сети сотрудничества и определение странами-участниками приоритетов такого сотрудничества. В конце семинара участники согласились пересмотреть ими собранную исходную информацию о раковых заболеваниях в своих странах и включить усвоенный в рамках семинара материал. Их также попросили прислать предложение о сотрудничестве, основываясь на

начальной оценке нужд в каждой стране

Следующие шаги

Во время первого семинара всеми участниками была обозначена необходимость курсов обучения как главного приоритета. В этом плане проект положил начало сотрудничеству с Европейским партнёрством против рака (ЕРААС). Стартовавшее в 2009 г., ЕРААС является партнёрством ключевых заинтересованных сторон и главных экспертов по профилактике и борьбе с раком, включающим 36 ассоциированных и 90 сотрудничающих партнёров. В данный момент ЕРААС учреждает Европейскую школу управления скринингом (ESSM), двухнедельный интенсивный курс обучения о принципах, организации, оценке, планировании и управлении программами скрининга на рак. Осознав дополнительное преимущество этой программы, организаторы проекта договорились с ЕРААС о расширении целевой аудитории участников из стран-членов ЕС и включении участников из стран, не входящих в ЕС. В дополнение к обучению в ESSM, второй семинар запланирован на декабрь 2012 г. в Марокко. Основываясь на отзывах, полученных на данный момент, проект, судя по всему, является подходящим и может продолжать наращивать потенциал в области программ онкологического скрининга и ранней диагностики рака.

Коллективный характер проекта и атмосфера сотрудничества до сих пор были ключевыми аспектами его успеха. Мы надеемся, что к концу проекта ещё больше стран средиземноморья, не входящих в ЕС, будут во всеоружии перед лицом прогнозируемого в последующие десятилетия роста бремени раковых заболеваний.

Nereo Segnan, MD, MS Epi,
CPO Piemonte и университетская больница S.Giovanni, Турин

Giuseppe Salamina,
Департамент профилактики ASL TO1, Турин

Livia Giordano, MD, MPH,
CPO Piemonte и университетская больница S.Giovanni, Турин

Andreas Ullrich
Программа ВОЗ по борьбе с раком, Штабквартира ВОЗ, Женева

Marta Dotti,
CPO Piemonte и университетская больница S.Giovanni, Турин
Адрес для комментариев:
marta.dotti@aslto1.it



Участники первого семинара

Формирование условий и образа жизни подростков как залог их будущего

В передовом докладе, опубликованном в 2010 г., Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подчеркнула, что как в странах с высоким, так и с низким и средним уровнями дохода основной причиной смерти являются неинфекционные заболевания (1). За исключением инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ, основную угрозу здоровью подростков, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе представляют именно неинфекционные заболевания. Действительно, в докладе говорится: «Неинфекционные заболевания вызываются, в основном, четырьмя поведенческими факторами риска, которые сопутствуют экономическим преобразованиям, быстрой урбанизации и образу жизни в 21-м веке. Ими являются: употребление табака, нездоровое питание, недостаточная физическая активность и вредное употребление алкоголя». В дополнение к этим четырём факторам в контексте подросткового здоровья нужно также учитывать такие аспекты как психическое здоровье, насилие и небезопасный секс. Таким образом, несложно понять, что подростки являются собой как средство, так и цель вмешательств, потому как многие привычки и образ жизни, перенятые в этом возрасте, имеют влияние на их здоровье и благополучие в будущем. При решении упомянутых проблем, руководящие инстанции и профессионалы здравоохранения должны учитывать некоторые понятия и принципы:

1) Чем раньше, тем лучше.

Если указанные выше виды поведения, приобретённые в подростковом возрасте, имеют долгосрочное влияние, то их вероятной причиной, помимо прочих факторов, служит тот факт, что такое поведение оказывает влияние на развитие мозга и эмоциональное здоровье уже в период полового созревания (2). Поскольку молодые люди всё ранее попадают под действие разного рода стимулов в мире растущего влияния интернета и других информационных и коммуникационных технологий, было бы целесообразно начать образовательные вмешательства, нацеленные на эти виды поведения, в период позднего детства и начала подросткового периода.

2) Приоритетами в политике должны быть проспективные, сопоставимые данные и индикаторы здоровья, поведения подростков и вмешательств

Несмотря на то, что в последнее десятилетие наблюдалось явное улучшение в решении этих проблем (3), нам всё ещё не хватает качественных данных об уровнях заболеваемости и смертности, чтобы на протяжении времени оценить успешность вмешательств в областях образования и окружающей среды. Адекватный долгосрочный качественный учёт индикаторов здоровья подростков должен быть основой всех ключевых политических мер. В связи с этим в Европейском Регионе ВОЗ особое внимание нужно уделить странам с низким доходом и помочь им создать систематическую базу согласованных индикаторов, отсортированных по возрастному признаку. Касательно показателей, отличных от индикаторов смертности и заболеваемости, таких как индикаторы поведения в отношении здоровья, такое исследование как «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)» является хорошим примером обзора детерминантов здоровья и образа жизни подростков в различных странах (4) и ещё долго будет актуальным. Его результаты помогают руководящим кругам в определении приоритетов, выборе превентивных вмешательств и оценке изменений на протяжении времени.

3) Сочетание стратегий формирования поведения и улучшения здоровья.

Для положительного преобразования здоровья подростков и их поведения в отношении здоровья необходимо применять как образовательный подход, так и подход с учётом влияния окружающей среды. В нескольких областях здоровья подростков есть чёткие данные о том, какие вмешательства работают, а какие – нет. Например, мы теперь знаем, что активное вовлечение молодёжи в образовательных (как правило, школьных) программах по развитию жизненных навыков, является эффективным (5). Мы также знаем, что преобразование школьной среды с целью развития социальных навыков, соучастия, взаимоуважения,

согласованности и взаимности имеет положительное влияние на умственное здоровье и сокращает употребление наркотиков (6). Даже если успех некоторых мероприятий обусловлен определённым контекстом, в большинстве случаев они должны послужить вдохновением для региональных и национальных руководителей в создании сбалансированных стратегий пропаганды и профилактики здоровья (7).

Применение опыта, полученного в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, в решении проблем неинфекционных заболеваний

Сексуальное и репродуктивное здоровье является особой сферой, где наблюдается эффективное сочетание различных стратегий. Несколько лет назад эксперты из нескольких агентств ООН, включая ВОЗ, предоставили систематический обзор эффективности различных мероприятий по профилактике ВИЧ (8). В докладе настоятельно рекомендуется уделять особое внимание широкомасштабному применению множественных стратегий, включая: изменений в школьной программе обучения; обучение сотрудников здравоохранения; повышение доступности медицинских и консультативных служб; и пропаганду профилактики здоровья через средства массовой информации (СМИ). Важным условием успеха такого подхода является согласованность информационных блоков, передаваемых по различным каналам в контексте разных стратегий.

Такой тип многоканального подхода к вопросу сексуального и репродуктивного здоровья подростков используется в Швейцарии с начала 80 гг. и изначально являлся ответной реакцией на 2 ключевых события: 1) эпидемия ВИЧ/СПИДа и 2) снижение среднего возраста, в котором подростки имели первый сексуальный опыт. В результате во многих регионах страны сексуальное образование является частью школьной программы на различных этапах, доступ к службам здравоохранения универсален, и в большинстве регионов страны имеются службы планирования семьи. Помимо этого молодёжи, равно как и всему остальному населению, пользу



Pierre
André
Michaud

принесла национальная информационная кампания, пропагандирующая использование презервативов, которые стали легко доступными для подростков (9). В итоге, в Швейцарии уровень подростковой беременности и абортів один из самых низких в мире (10).

Приоритетность программ сексуального и репродуктивного здоровья подростков была необходимой в достижении положительного эффекта на сексуальное и репродуктивное здоровье и поведение у населения. Аналогичным образом в случае национальных программ по предотвращению неинфекционных заболеваний приоритетом должно быть подростковое население. Применение аналогичных многоканальных подходов должно иметь место и в программах профилактики с целью положительно преобразовать поведение и общее состояние здоровья подростков в сфере неинфекционных заболеваний. Например, на политическом и законодательном уровне следует сконцентрироваться на защите прав подростков путём их ограждения от вредных поведенческих тенденций и наркотических веществ через влияние на налогообложение, рынок и возрастные ограничения на вредные для здоровья товары. В пропаганде профилактических мероприятий и корректного поведения школы могут обеспечить подростков и их семьи важными знаниями и жизненными навыками. Доступность дружественных к молодёжи служб здоровья обеспечит подросткам необходимыми консультациями, профилактикой и лечением. Путём участия, наблюдения, понимания и поддержки семьи и общественность могут оказать влияние на поведение подростков. СМИ и другие информационные технологии могут быть задействованы не только для пропаганды здорового поведения и образа жизни, но и для коммуникации с труднодоступными подростковыми группами.

Выводы

Подростки имеют право на максимально высокие стандарты здоровья. Следовательно, в Европе, равно как и в других странах мира, правительства, работники сектора здравоохранения, педагоги, семьи и сообщества несут совместную ответственность за то, чтобы в сфере

возможности, уважение, информация, соучастие, медицинская помощь, а также благоприятные для здоровья и развития условия.

Pierre André Michaud, профессор
Мульти-дисциплинарное отделение
здоровья подростков,
Университетская больница г. Лозанна,
Швейцария
Pierre-andre.michaud@chuv.ch

Список литературы

1. World Health Organization, Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva:WHO, 2011. p. 176 pp.
2. Steinberg L. Should the science of adolescent brain development inform public policy? *Am Psychol.* 2009; 64(8):739-50.
3. Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet.* 2009; 374(9693):881-92.
4. Currie C (editor) et al., Social determinants of health and well-being among young people, in *Health Policy for Children and Adolescents*; No. 6. Copenhagen: WHO, 2011.
5. Botvin GJ, Griffin KW and Nichols TD. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prev Sci.* 2006;7(4):403-8.
6. Patton G et al. Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. *J Adolesc Health.* 2003; 33(4):231-9.
7. Catalano RF et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet.* 2012; 379(9826):1653-64.
8. Ross D, Dick B and Ferguson J (Edit). Preventing HIV/AIDS among young people: a systematic review of the evidence from developing countries, in *WHO Technical Report Series.* Geneva: WHO, 2006. p. 338.
9. Hausser D and Michaud PA. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behavior among adolescents? *Pediatrics.* 1994; 93(4):580-5.
10. Balthasar H. et al. [Voluntary pregnancy termination in the canton of Vaud in 2002]. *Rev Med Suisse Romande.* 2004; 124(10):645-8.

Диабет и беременность: улучшение введения беременности в случае сахарного диабета

Введение

Несмотря на значительное развитие медицины во всём мире, диабет, будь то диабет 1-го или 2-го типа, или гестационный диабет (ГСД), остаётся одной из наиболее масштабных и труднорешаемых проблем наших дней. Предвидится увеличение числа больных диабетом с 171 миллиона в 2000 г. до 266 миллионов в 2030 г. (1). Таким образом, диабет, очевидно, являет собой неинфекционную пандемию мирового масштаба.

Возрастающая заболеваемость и распространённость диабета означает большее число случаев осложнений при беременности среди молодых людей репродуктивного возраста. Диабет в период беременности, т.е., диабет 1-го типа, 2-го типа или гестационный диабет, подвергает высокому риску, как здоровье женщины, так и плода/ребёнка. Согласно последним эпидемиологическим данным во многих странах мира число заболеваний диабетом 2-го типа среди беременных женщин уже превышает число заболеваний диабетом 1-го типа, что говорит о возрастающем бремени диабета 2-го типа. В отличие от диабета 1-го типа, 2-ой тип тесно связан с ожирением. Последнее также становится всё более распространённым явлением в развитых странах (2). Установлена четкая взаимосвязь ожирения с ГСД. В то время как распространённость ГСД варьируется от 0,6% до 15% в зависимости от исследуемой группы населения и проводимой диагностики, риск развития ГСД у женщин с избыточным весом, с ожирением, и с тяжёлой формой ожирения в 2, 4 и 8 раз выше соответственно, в сравнении с беременными женщинами с нормальным весом (3). Диабет во время беременности может быть причиной возрастающей заболеваемости диабетом во всём мире (4). Около одной трети женщин с ГСД, страдают от диабета и в последующую беременность (5), и у 70% женщин впоследствии развивается диабет 2-го типа (6).

В данной статье описывается опыт и развитие борьбы с диабетом во время беременности в Литве.

Патофизиология диабета во время беременности

Характерными чертами беременности являются повышенная резистентность и пониженная чувствительность к инсулину. У женщин, которые не могут преодолеть эту резистентность, наблюдается высокий уровень сахара в крови (гипергликемия). В случае женщин, не болевших диабетом до беременности, это приводит к гестационному диабету, т.е. диабету при беременности. У женщин, ранее болевших диабетом (1-го и 2-го типа), наблюдается обострение их заболевания в период беременности, что подвергает их более высокому риску обострения глазных и почечных заболеваний, если таковые имели место до начала беременности, риску врождённых пороков развития плода, вызванных нарушениями регуляции уровня глюкозы в первый триместр беременности, т.е. в период органогенеза у эмбриона, и риску самопроизвольных абортов. Женщины, болеющие диабетом, также более подвержены другим осложнениям, таким как гипертонические расстройства при беременности, инфекционные заболевания и преждевременные роды (7).

Диабет во время беременности подвергает риску здоровье плода и новорожденного: чрезмерная прибавка веса плода (макросомия); заторможенное развитие лёгких и повышенная респираторная недостаточность после рождения; нарушения в обмене веществ после рождения, включая низкий уровень сахара в крови; плечевая дистония (затрудненные роды); риск оперативного родоразрешения (щипцы или вакуум); и повышенная перинатальная смертность. Собственно уровень перинатальной смертности новорожденных у матерей, больных диабетом, в 4 - 5 раз выше, чем средние показатели (8). Исследования показали, что у детей, родившихся у матерей с диабетом, намного вероятнее развитие ожирения, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в дальнейшем (2).

Улучшение глюкозной регуляции у женщин с диабетом как до, так и в период беременности может привести к улучшению исходов беременности, как для матери, так и для плода. Данное положение является центральным в нашем подходе к лечению диабета во

время беременности в Литве.

Организация и аспекты лечения диабета во время беременности

Даже с учётом современных методов наблюдения за развитием эмбриона, уровень перинатальной смертности в связи с диабетом во время беременности довольно длительное время в Литве оставался высоким. Судя по всему, основными причинами этого являлись ограниченный опыт в ведении беременности при диабете (в связи с ограниченным числом таких случаев) и слабый контроль за содержанием глюкозы в крови матерей как до, так и во время беременности. В результате стала очевидной необходимость в централизованной, хорошо организованной и узкоспециализированной системе ухода за такими беременными.

В 1994 г. два отделения Клиники Литовского университета наук здоровья в Каунасе, а именно Отделение эндокринологии и Отделение акушерства и гинекологии, были объединены для обеспечения централизованной медицинской помощи беременным женщинам с диабетом. До того эндокринологи предоставляли медицинские услуги во время беременности на региональном уровне, а большинство женщин приезжали в клинику в Каунасе только на время родов. В данный момент, при наличии централизованной системы медицинской помощи, 85% всех беременных литовских женщин с диабетом получают медицинскую помощь в Каунасе. Это значит, что беременность у больных диабетом с самого начала беременности ведётся в одном центре мультидисциплинарной командой опытных специалистов, состоящей из эндокринолога, акушера, диетолога, медсестры, специализирующейся на диабете, и неонатолога. В идеале больные диабетом женщины, планирующие беременность, также направляются в эту службу на консультацию до зачатия. Обследование и лечение, проводимое мультидисциплинарной командой по ведению диабета до и во время беременности, придаёт сил пациенткам в борьбе с диабетом и обеспечивает эффективную контрацепцию до момента достижения допустимой глюкозной регуляции. После зачатия все женщины с когда-либо обнаруженным диабетом трижды



**Dalia
Kotryna
Baliutavičienė**



**Tomas
Biržietis**

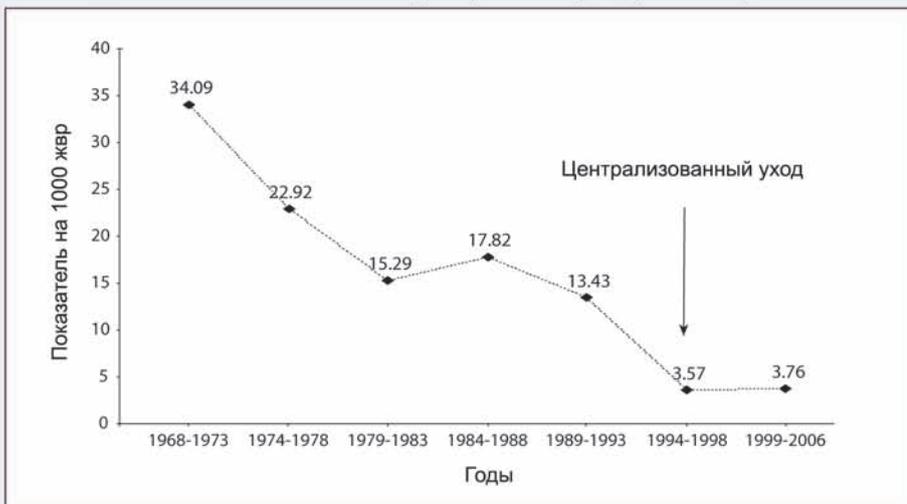


**Vladimiras
Petrenko**



**Rūta
Jolanta
Nadišauskienė**

Таблица 1. Уровень перинатальной смертности в случаях беременности больных диабетом в клинике Литовского университета наук здоровья г. Каунас



подвергаются госпитализации: в момент определения беременности, на 24-ой и на 35-ой неделе беременности. Такая госпитализация позволяет следить за глюкозной регуляцией и развитием эмбриона, а также диагностировать и контролировать ухудшение здоровья или накладывающиеся друг на друга осложнения. Всё это помогает определить текущее ведение болезни. Врачи в регионах проводят повторное наблюдение за беременными женщинами в промежутках между госпитализациями. Схема приёма инсулина вместе с самостоятельно осуществляемым контролем уровня глюкозы в крови, соответствующее питание и физические упражнения являются обязательными компонентами лечения. Очень важен жёсткий контроль над глюкозой в крови, так как это снижает риск макросомии и её последствий.

Касательно женщин, ранее не болевших диабетом, всеобщий скрининг на ГСД проводится на 24 - 28-ой неделе беременности в виде глюкозотолерантного теста. Согласно рекомендациям ВОЗ диагноз ГСД ставится, если уровень глюкозы в крови через 2 часа после приёма 75 грамм глюкозы равен или превышает 7,8 ммоль/л. Несмотря на существующие разногласия касательно стандартов диагностики ГСД, все сходятся во мнении, что пристальный контроль над уровнем глюкозы в крови наряду с пищевой терапией, физической активностью и, при необходимости, приёмом инсулина приводит к более благоприятным перинатальным исходам.

Диета служит основой лечения ГСД (9).

Во всех случаях диабета в период беременности, если состояние здоровья плода хорошее и не характеризуется макросомией, родоразрешение планируют как можно ближе к ожидаемой дате. После родов необходимо обеспечивать диагностику и ведение гипогликемии (пониженного содержания сахара в крови) у новорожденных, а также других неонатальных осложнений. Для стимуляции молокообразования рекомендуется ранее прикладывание новорожденного к груди. Учитывая существенно повышенный риск развития диабета 2-го типа, женщины с ранее выявленным ГСД проходят обследование на диабет на 6 - 12 неделе после родов согласно критериям для небеременных.

После введения централизованного ухода за беременными с диабетом в Клинике Литовского университета наук здоровья в Каунасе, мы наблюдаем снижение уровня перинатальной смертности в этих случаях (Таблица 1).

Вывод

Наш опыт в Литве показал, что учреждение централизованной мультидисциплинарной модели медицинских услуг было верным способом улучшить оказываемую помощь и исход беременности в случае диабета. Учитывая общее влияние диабета на здоровье, а также его обширное социо-экономическое влияние, особенно на женщин и детей, необходимо сосредоточить усилия по информированию и повышению осведомлённости о диабете в обществе

а также организовать альтернативные модели оказания медицинской помощи, где это возможно.

Dalia Kotryna Baliutavičienė, MD, PhD,
Ассоциированный профессор, Кафедра акушерства и гинекологии,
Литовский университет наук здоровья,
daliabaliu@yahoo.com

Tomas Biržietis, MD, PhD,
Доцент, Кафедра акушерства и гинекологии,
Литовский университет наук здоровья,
tomasbirzietis@yahoo.com

Vladimiras Petrenko, MD,
Кафедра эндокринологии,
Литовский университет наук здоровья,
petrenkavladimiras@gmail.com

Rūta Jolanta Nadišauskienė, MD, PhD,
Профессор, Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии,
Литовский университет наук здоровья,
ruta.nadisauskiene@gmail.com

Список литературы

1. Wild S, Roglic G, Sierl R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care* 2004; 5:1047 – 1053.
2. Feig DS, Palda VA. Type 2 diabetes in pregnancy: a growing concern. *The Lancet* 2002; 9318:1690 –1692.
3. Chu SY, Callaghan WM, Kim SY et al. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2007;8:2070 – 2076.
4. Dabelea D, Snell-Bergeon JK, Hartsfield CL et al. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) over time and by birth cohort. *Diabetes Care* 2005;3: 579–584.
5. Mahmud M, Mazza D. Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Womens Health* 2010;10:5.
6. Kim C, Newton KM, Knopp RH. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes. A systematic review. *Diabetes Care* 2002;10:1862–1868.
7. Kitzmiller JL, Block JM, Brown FM et al. Managing preexisting diabetes for pregnancy. *Diabetes Care* 2008;5:1060– 1079.
8. Melamed N, Hod M. Perinatal mortality in pregestational diabetes. *Int J Gynecol Obstet* 2009;104, suppl 1:320– 324.
9. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR et al. Summary and recommendations of the fifth International Workshop-Conference of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2007; 30, suppl 2: S251 –S260.

Меры, принятые Министерством здравоохранения Румынии, по введению организованного скрининга на рак шейки матки

Предпосылки

В Румынии самое высокое в Европейском регионе ВОЗ число смертей, вызванных раком шейки матки. За последние 30 лет, в сравнении с 1980 г., этот показатель в Румынии ухудшился. Это резко контрастирует с тем, что произошло в отношении материнской смертности. За этот же период число материнских смертей в Румынии уменьшилось с 83 на 100000 живорожденных в 1990 г. до 24,03 в 2010 г. (см. Рис. 1 и 2) (1).

Несмотря на то, что осведомлённость о современной контрацепции в Румынии довольно высока, применение контрацепции остаётся низкой: только 23% женщин и мужчин применяют современные методы контрацепции, и только 10% населения в возрасте от 15 до 49 лет пользуются презервативами (2). Использование презервативов при первом сексуальном контакте увеличилось в последние годы, но в то же время средний возраст, в котором начинается сексуальная активность, снизился. В то время как уровень осведомлённости довольно высок, высоким остаётся и уровень рискованного сексуального поведения (2).

Правительственные меры в здравоохранении в течение последних 20 лет отражают приоритетность репродуктивного здоровья (3-7). Снижение как материнской, так и детской смертности можно объяснить целенаправленными вмешательствами Министерства здравоохранения (Минздрав) наряду с экономическим развитием страны. В свою очередь, увеличение смертности по причине рака шейки матки объясняется отсутствием согласованных всесторонних вмешательств, несмотря на более благоприятные экономические условия и увеличение финансирования системы здравоохранения. В «Докладе Президентской комиссии об анализе и развитии политики общественного здравоохранения в Румынии», опубликованном в 2008 г., признаётся, что именно проблема рака шейки матки отражает «неспособность системы здравоохранения Румынии соответствовать реальным нуждам населения» (8)

Скрининг на рак шейки матки: прошлое и настоящее

Исторически программы скрининга как для всего населения, так и для групп повышенного риска проводились в рамках Национальной программы общественного здоровья по предотвращению и борьбе с неинфекционными заболеваниями. Подпрограмма по предотвращению и борьбе с раком обеспечивала оппортунистический скрининг на рак шейки матки, груди, простаты и колоректальный рак. К сожалению, в связи с нехваткой финансирования, скрининг всего населения не был возможным, и программы проходили в рамках отдельных областей, основываясь на их возможностях. В результате эти программы оппортунистического (внепланового) скрининга опирались на один центр, который развивал собственную сеть на базе первичной медицинской помощи в регионах.

Только в одном регионе страны, на северо-востоке, где находятся Университет города Клуж и Институт онкологии, программа скрининга на цервикальный рак проводилась организованно и на уровне всего населения с учётом принятых в Европейском Союзе клинических руководств (2).

Уже в Стратегии репродуктивного здоровья (СРЗ) Минздрава Румынии 2003-2007 гг. рекомендовался организованный скрининг рака шейки матки в форме чётко обозначенной национальной программы, которая проводилась бы по всей стране и предоставляла руководящим инстанциям платформу для определения приоритетов такого скрининга. В 2008 г. программа скрининга в северо-восточном регионе была признана лучшим практическим примером и в качестве ключевого компонента была включена в Национальный план борьбы с раком, разработанный Минздравом и Ассоциацией пациентов.

Осуществление такого скрининга на уровне всей страны оказалось трудной задачей. Первая программа скрининга на цервикальный рак, разработанная для проведения по всей стране и являвшая собой переход от внеплановых действий к

организованным, была одобрена в 2009 г., но так и не была осуществлена (4). Главной причиной тому послужило снижение финансирования в связи с экономическим кризисом, но и другие факторы также сказались на задержке. Например, в то время как врач общей практики является медицинским работником, к которому пациент обращается в первую очередь, врачи общей практики обучены давать консультации и направлять к специалисту-гинекологу, нежели принимать активное участие в скрининге. В дополнение, трудности организационного характера проявились из-за двойной координации на областном уровне – со стороны областных органов здравоохранения и органов медицинского страхования, а также на национальном уровне – со стороны институтов онкологии в Бухаресте и Клуже. Более того, в связи с децентрализацией, имевшей место во всей стране, не были ясны роли и обязанности местных органов управления, в подчинении которых находилось большинство госпиталей, и областных органов здравоохранения. Учитывая все эти факторы, было принято решение отложить реализацию программы скрининга на рака шейки матки и заново обдумать её организацию, введение и масштаб.

В июне 2012 г. была одобрена новая программа скрининга на цервикальный рак (5). Особыми задачами программы были: раннее обнаружение рака шейки матки; направление пациентов со злокачественными образованиями на ранней стадии в службы специализированной диагностики и лечения; повышение осведомлённости населения о цервикальном раке; и пропаганда скрининга. В данной программе есть некоторые важные изменения: целевой аудиторией является всё женское население в возрасте от 25 до 64 лет; она задействует врачей общей практики не только в консультациях, но и при сборе образцов; технический надзор и управление являются обязанностью специальной комиссии, назначаемой Минздравом, нежели Минздравом и Национальной палатой медицинского страхования. В связи с этим ответственность за координацию программы на государственном уровне взял на себя Национальный институт общественного здравоохранения. В стране 8 регионов, состоящих из 41



Victor Olsavszky



Cassandra Butu

Рис.1:
Число материнских смертей на 100000 живорожденных

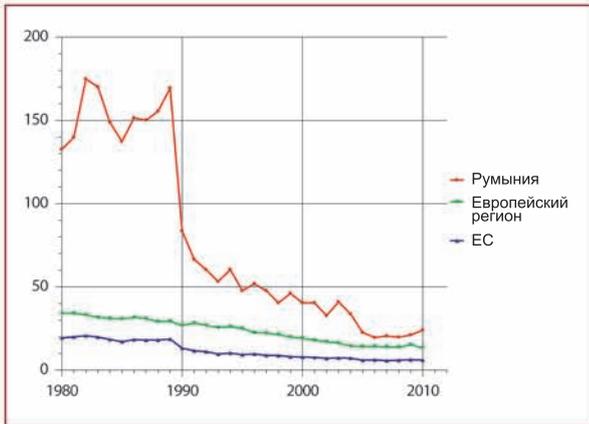
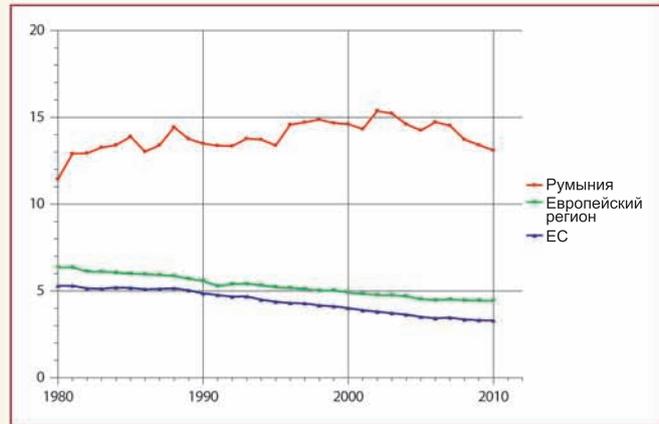


Рис.2:
Стандартизированный показатель смертности от рака шейки матки на 100000(1)



области, где координация будет осуществляться на местном уровне. Центры региональной координации будут играть ключевую роль в осуществлении программы. В их обязанность будет входить отбор медперсонала, обучение врачей общей практики, финансирование, информационные кампании для повышения осведомлённости, а также планирование скрининга для женского населения.

Наряду с мерами Минздрава Румынии по борьбе с цервикальным раком стоит также упомянуть намерение ввести вакцинацию от ВПЧ (вируса папилломы человека). В 2008 г. Минздрав решил включить ВПЧ в программу вакцинации. Программа была нацелена на девочек в возрасте 10 лет, учащихся 4-ого класса начальной школы. После быстрой подготовки системы здравоохранения и нескольких мероприятий по распространению информации и повышению осведомлённости, была начата вакцинация от ВПЧ в школах. Тогда вся страна наблюдала одну из самых агрессивных кампаний через СМИ, направленную против вакцинации. Активисты и некоторые медицинские работники открыто выступили против вакцины. В таких обстоятельствах было привито только 2% от запланированного населения, и программа вакцинации от ВПЧ была впоследствии остановлена. На следующий, 2009-й, год при лучшей технической подготовке Минздрав попытался снова ввести вакцинацию от ВПЧ, но последствия предыдущего неудачного опыта при участии СМИ

были всё ещё актуальны, и результаты разочаровали. Итак, введение вакцинации от ВПЧ в национальную программу иммунизации было остановлено и отложено. В то время как провал программы был во многом обусловлен восприятием населения и коммуникативным аспектом, на данный момент проводится анализ и других возможных причин. Изучение этой проблемы рассматривается как важное и с точки зрения социологии, и в контексте здравоохранения.

Выводы

Реформы здравоохранения в Румынии в 90-х гг. характеризовала постепенность изменений, в то время как в последующее десятилетие имели место более динамические реформы с введением элементов свободной торговли и перераспределением ролей заинтересованных сторон. Поэтому решение проблем репродуктивного здоровья и неинфекционных заболеваний в последнее десятилетие стало более актуальным. В результате неинфекционные заболевания и репродуктивное здоровье в последнее десятилетие были признаны приоритетными проблемами в политике здравоохранения. Предыдущая Стратегия репродуктивного здоровья (СРЗ) 2003-2007, предстоящая СРЗ 2011-2015 и в данный момент разрабатываемая стратегия борьбы с неинфекционными заболеваниями подчёркивают преданность Минздрава и существенную роль правительства в решении этих важных проблем.

Victor Olsavszky MD, PhD,
Глава странового бюро ВОЗ,
Румыния
whorom@euro.who.int

Cassandra Butu, MD,
Национальный профессиональный
сотрудник,
Страновое бюро ВОЗ,
Румыния
whorom@euor.who.int

Список литературы

1. WHO Health for all Database.
2. Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V et al. Romania: Health system review. Health Systems in Transition, 2008;10(3): 1-172
3. Reproductive Health Strategy. Bucharest: Ministry of Health and Family, February 2003.
4. Order nr. 881/706/2009 for the approval of the methodological norms to achieve and report the activities related to national screening program for active early detection of cervical cancer.
5. Order nr. 534/175/2012, for the approval of the methodological norms to achieve and report the activities related to national screening program for active early detection of cervical cancer.
6. Government decisions Nr. 1388/2010 for the approval of the National Health Programs for the years 2011 and 2012.
7. Order nr 1591/1110/30.12.2010 for the approval of the technical norms for the achievement of the national health programs for the years 2011 and 2012.
8. Report of the Presidential Commission for Romanian Public Health Policies Analysis and Development. A Health System Focused on Citizens Need, 2008. Available at: www.presidency.ro

Сердечно-сосудистые заболевания и материнская смертность: данные конфиденциального исследования материнской смерти в Великобритании

В контексте быстрой глобализации, имеющей место в современном обществе, сердечно-сосудистые заболевания стали наиболее распространённой причиной смерти во всём мире, вызвавшей 17 миллионов смертей в 2008 г. (1). Это составляет 30% всех смертей и 50% смертей по причине неинфекционных заболеваний (НИЗ). Более того, 80% бремени сердечно-сосудистых заболеваний обостряется курением, малой физической активностью и неправильным питанием (2). На данный момент болезни сердца являются главной причиной смерти женщин, ежегодно унося 9,1 миллионов жизней женщин, даже в репродуктивном возрасте. Увеличивающееся время сердечно-сосудистых заболеваний в репродуктивный период жизни приводит к серьезным последствиям – болезни сердца теперь являются главной причиной смерти матерей (как на общем фоне, так и косвенно) в западных странах, включая Великобританию (см. Рис. 1) (4, 5). Конфиденциальное исследование материнской смертности в Великобритании послужило бесценным источником данных о растущем бремени смертности и заболеваемости беременных, рожениц и новорожденных по причине сердечно-сосудистых заболеваний, а также привело к созданию соответствующей клинической практики и руководств по улучшению медицинской помощи.

Сердечно-сосудистые заболевания и беременность

В Великобритании частота сердечных заболеваний при беременности составляет 0,9%, и за последние несколько десятилетий она почти не изменилась (7). Тем не менее, несмотря на стабильный характер заболеваемости, степень тяжести и риск сердечных заболеваний во время беременности явно растут. Материнская смертность по причине сердечных заболеваний, установленная в последнем конфиденциальном исследовании за 2006-2008 гг., составляла 2,31 на 100000 родов, т.е., в два раза больше, чем в 80-ых годах (см. Рис. 2) (4). Главными причинами смерти являются приобретённые болезни сердца, такие как ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, расслоение аорты, кардиомиопатия и синдром внезапной смерти взрослых, вызываемый аритмией. В то же время

число смертей по причине врождённых сердечных заболеваний и лёгочной гипертензии продолжает снижаться (4). Увеличение числа смертей по причине приобретённых сердечных заболеваний является отражением распространённости факторов риска, например, более позднего материнства, неправильного питания, курения и низкой физической активности, что приводит к большему распространению диабета, гипертензии и ожирения как у беременных женщин, так и у женщин репродуктивного возраста вообще. В отчёте за 2006-2008 гг. роль факторов риска, связанных с образом жизни, поражает: 60% женщин, умерших из-за сердечных заболеваний имели лишний вес или страдали от ожирения, в то время как у всех женщин, умерших от ишемической болезни сердца или инфаркта миокарда, были установлены такие факторы риска как ожирение, возраст - старше 35 лет, курение, диабет, гипертензия до беременности, семейный анамнез и более 3 родов в прошлом (4). Одинаково тревожным является и тот факт, что в 46% случаев смерти по причине ишемической болезни сердца медицинская помощь не соответствовала стандартам, а острый коронарный синдром не однократно не рассматривался как причина болей в груди у беременных женщин (4).

Рекомендации по лечению (6, 7)

В лечении женщин с болезнями сердца крайне важен командный подход. Чтобы обеспечить соответствующее обследование и консультации относительно рисков для здоровья матери и плода в период беременности, женщин с ранее обнаруженными заболеваниями сердца нужно направлять к акушеру и кардиологу до зачатия. Во время беременности для оптимизации состояния здоровья матери и плода и планирования родов необходим регулярный антенатальный уход опять-таки под наблюдением акушера и кардиолога. Пристальное внимание уделять скринингу врождённых пороков сердца у плода (в случаях, если у женщин есть врождённые сердечные заболевания), скринингу и предотвращению развития анемии, состоянию здоровья беременной, росту плода и развитию любых накладываются сердечных и других осложнений, например, болей в груди, одышки, учащённого сердцебиения, гипертензии, диабета,

кровотечений, инфекций и др. Для оптимизации ухода во время родов также необходима консультация анестезиолога. План родов меняется в зависимости от причины, лежащей в основе сердечного заболевания (т.е., с учётом необходимости инвазивного кардиомониторинга, профилактики внезапного септического эндокардита, способности тужиться, применения подходящих медицинских препаратов для предупреждения послеродового кровотечения и др.). Как правило, кесарево сечение необходимо только по указанию акушера. Учитывая существенные гемодинамические изменения, имеющие место сразу после родоразрешения, необходимо пристальное наблюдение за женщинами по меньшей мере в течение первых 48 часов. Необходимость каких-либо дополнительных мер, таких как терапия антикоагулянтами при тромбопрофилактике или повышенный мониторинг в послеродовой период, также должны быть предметом обсуждения плана родов командой врачей. Помимо этого, необходимо предоставить консультации по контрацепции. Женщины с впервые диагностированным сердечным заболеванием, установленным в период беременности, должны быть немедленно направлены на консультацию к команде специалистов (акушеров и кардиологов), т.е., экспертов медицинской помощи для женщин с заболеваниями сердца в период беременности. Стоит отметить, что с учётом роста случаев смерти по причине приобретённых болезней сердца у медиков должна быть более высокая клиническая настороженность и более внимательный подход при обследовании беременных и рожениц в послеродовой период на сердечные заболевания. Следует уделять внимание жалобам на боли в груди, спине или в эпигастриальной области, которые могут отдаваться в челюсть или шею или же вызывать рвоту и одышку, а также быть связаны с такими клиническими симптомами как тахикардия, тахипноэ, ацидоз и тревожное возбуждение. Клиническая настороженность должна быть особенно высокой в отношении женщин, подверженных таким факторам риска как ожирение, курение, гипертензия и диабет. Уместное обследование включает такие методы как электрокардиограмма (ЭКГ), измерение кардиальных энзимов, анализ крови на



Lisa Avery

Рис. 1. Главные причины материнской смертности на 100 000 случаев родов, Великобритания, 2006-2008 гг. (4)

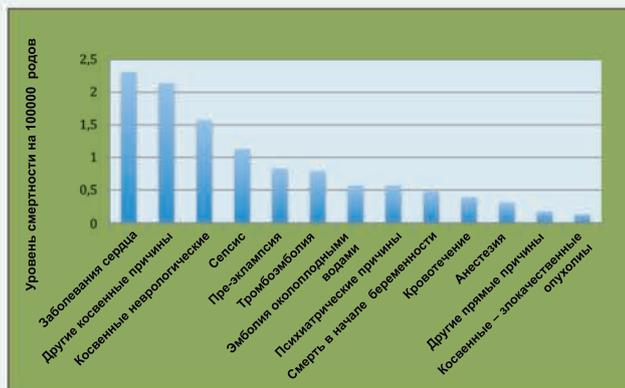
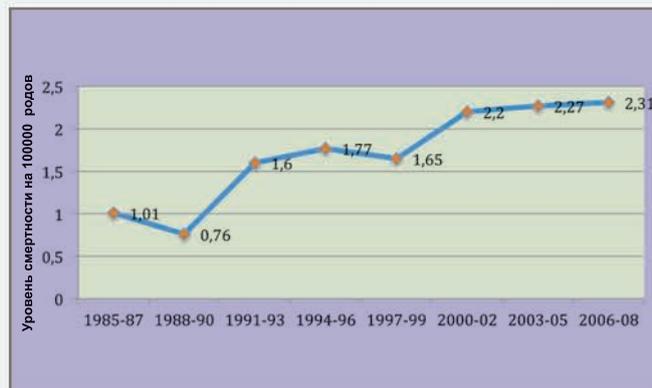


Рис. 2. Косвенная материнская смертность по причине сердечных заболеваний (врождённых или приобретённых), Великобритания, 1985-2008 гг. (4).



газы, компьютерная томография, ангиография легких и эхокардиограмма (4). Крайне важно подчеркнуть, что ишемическая болезнь сердца может иметь нетипичные проявления во время беременности, и что беременность не должна служить поводом для прекращения дальнейшего обследования и лечения.

Европейский регистр по беременности и сердечно-сосудистым заболеваниям

В результате осознания того, что в развитых странах растёт число материнских смертей по причине болезней сердца, с целью изучения последствий сердечных заболеваний для исхода беременности (как по отношению к матери, так и к плоду) и улучшения лечения этих женщин Европейское общество кардиологов в 2007 г. создало Европейский регистр по беременности и сердечно-сосудистым заболеваниям. На данном этапе более 40 стран участвуют в развитии регистра, предоставляя важную информацию, которая в перспективе поможет улучшить рекомендации о рисках для матери и плода до и во время беременности, а также протоколы введения таких случаев. Данные недавно опубликованной статьи «Исход беременности у пациентов с ишемической болезнью или структурными нарушениями сердца: результаты регистра Европейского общества кардиологов» подчёркивают, что при наличии адекватного и доступного ухода до беременности, а также высококачественного специализированного ухода во время беременности, родов и в послеродовой период, для большинства женщин в

развитых странах беременность протекает безопасно. (8). Более подробно о регистре: <http://www.escardio.org/guidelinesurveys/eorp/surveys/pregnancy/Pages/welcome.a.spx>

Выводы

Учитывая рост распространения сердечно-сосудистых заболеваний у людей во всём мире, включая женщин репродуктивного возраста, крайне важно, чтобы медицинский персонал был осведомлён о росте бремени болезней сердца в период беременности и его влиянии на материнскую смертность. В то время как меры по предотвращению сердечно-сосудистых заболеваний на индивидуальном уровне и уровне общественного здравоохранения должны быть сконцентрированы на изменяемых факторах риска, таких как ожирение, курение, плохое питание и низкая физическая активность, такие инициативы как Конфиденциальное исследование материнской смерти и Европейский регистр беременности и сердечно-сосудистых заболеваний помогут повысить осведомлённость о болезнях сердца в период беременности и обеспечить качественную медицинскую помощь путём на доказательствах обоснованных программ, методов и протоколов лечебной работы.

Lisa Avery, MD, MPH
Редактор, EntreNous
Европейское региональное бюро ВОЗ
averylisa@hotmail.com

Список литературы

1. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO, 2011.
2. Gaziano TA, Bitton A, Anand S et al. Growing epidemic of coronary heart disease in low and middle income countries. *Current problems in cardiology*, 2010;35(2):72-115.
3. Noncommunicable diseases: A priority for women's health and development. NCD Alliance, 2011.
4. Cooper G, Dawson A, Drife J et al. Saving mother's lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. *The Eighth Report of the Confidential Enquires into Maternal Deaths in the United Kingdom*. *BJOG* 2011; 118 (suppl 1): 1-203.
5. Siu SC, Sermer M, Colman JM et al. Cardiac disease in pregnancy. *Prospective multicenter study of pregnancy outcome in women with heart disease*. *Circulation* 2001;104:515-521.
6. Cardiac Disease and Pregnancy. Good practice No 13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. June 2011.
7. Davies G, Herbert W. Heart Disease and Pregnancy 1. Assessment and Management of Cardiac Disease in Pregnancy. *J ObstetGynaecol Can* 2007;29(4):331-336.
8. Roos-Hesselink JW, Ruys T, Stein J et al. Outcome of pregnancy in patients with structural or ischaemic heart disease: results of a registry of the European Society of Cardiology. *EurHeart J* 2012 Published online Sept 11, 2012. [doi:10.1093/eurheartj/ehs270](http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs270)



Неинфекционные заболевания и подростки. Возможность к действию. Программа здоровья молодёжи компании AstraZeneca, 2011.

В этом отчёте рассматривается взаимосвязь НИЗ и здоровья подростков с акцентом на ключевой роли подростковый возраст имеет в развитии как НИЗ, так и типов поведения, предотвращающих или вызывающих НИЗ. Доступно на английском языке по ссылке:

<http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-adolescent-health/az/noncommunicable.pdf>



Мировой отчёт по неинфекционным заболеваниям, 2010. ВОЗ, 2011.

Будучи частью осуществляемого Плана действий на 2008-2013 гг. в рамках Глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, данный отчёт даёт представление о текущем статусе неинфекционных заболеваний, а также о базовых данных, на основе которых можно проследить за успехами стран-членов ВОЗ. Доступно на английском языке по ссылке: http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/



Гендер, женщины и табачная эпидемия. ВОЗ, 2010.

В этом докладе внимание уделено растущей распространённости табачных изделий среди женщин. В публикации также описывается текущая ситуация, определяются пробелы в исследованиях, и предоставляется краткий очерк успешных решений данной приоритетной проблемы общественного здоровья. Доступно на английском языке по ссылке:

http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html



Подросток с хроническим заболеванием. ВОЗ, 2007.

Этот представленный на обсуждение документ описывает рост частотности и распространённости неинфекционных заболеваний у подростков, а также предоставляет на доказательствах обоснованные предложения по лечению этих заболеваний во всесторонней, дружественной к молодёжи форме. Доступно на английском языке по ссылке:

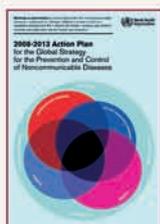
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595704/en/index.htm



Мировой отчёт по потреблению алкоголя и здоровью 2011, ВОЗ, 2011.

Цель данного всестороннего отчёта – помочь странам-членам уменьшить неблагоприятные для здоровья последствия злоупотребления алкоголем. В отчёте представлен детальный обзор характеров потребления, последствий для здоровья и мер по реагированию. Доступно на английском языке по ссылке:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html



План действий на 2008-2013 гг. в рамках Глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.

Написанный для международных партнёров по развитию, этот документ посвящён быстро растущему бремени неинфекционных заболеваний в странах с низким и средним уровнем дохода и его значению для сокращения бедности и экономического развития. Доступно на английском и французском языках по ссылке:

<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>



Lisa Avery



План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики инфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Принятый в 2011 г., данный план действий обозначает приоритетные сферы деятельности и вмешательства для различных стран на следующие пять лет (2012-2016) в осуществлении ими Европейской стратегии. Доступно на английском, русском, французском и немецком языках по ссылке: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>



Профилактика и борьба с инфекционными заболеваниями в Сети Здоровья Юго-Восточной Европы. Анализ межсекторального сотрудничества.

Данная публикация является обзором новшеств в сфере проблематики табака и питания в Юго-Восточной Европе, освещающим понятие наилучших практик и дающим рекомендации к ключевым действиям по укреплению межсекторального сотрудничества в профилактике НИЗ и борьбе с ними. Доступно на английском языке по ссылке: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases>



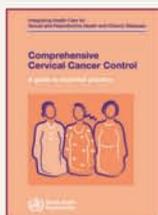
Глобальное экономическое бремя инфекционных заболеваний, Всемирный экономический форум и Гарвардская школа общественного здоровья, 2011.

Будучи одной из первых попыток изучения не только кадровых потерь но и финансового бремени, данный отчет являет великолепным анализом общих затрат в связи с НИЗ в контексте мировой экономики. Доступно на английском языке по ссылке: www.weforum.org



Инфекционные заболевания как приоритет женского здоровья и развития, Альянс по борьбе с НИЗ, 2011.

Выпущенный Альянсом по борьбе с НИЗ, данный отчет посвящён особым нуждам девушек и женщин, страдающих от НИЗ или подверженных риску НИЗ. Доступно на английском языке по ссылке: <http://ncdalliance.org/resources/reports?page=4>



Комплексная борьба с раком шейки матки: краткое практическое руководство. ВОЗ, 2006.

Данная публикация, выпущенная Отделением хронических заболеваний и пропаганды здоровья и Отделением репродуктивного здоровья и исследований, даёт медицинским работникам всех уровней системы здравоохранения практические рекомендации по профилактике, раннему выявлению и лечению рака шейки матки, а также по оказанию паллиативной помощи женщинам, страдающим этим заболеванием. Доступно на английском, французском, русском, испанском, арабском и китайском языках по ссылке: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/en/index.html>

Полезные сайты

Альянс по борьбе с инфекционными заболеваниями: www.ncdalliance.org

Всемирный экономический форум: www.weforum.org

Всемирная сеть по борьбе с НИЗ:

<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>

Европейское региональное бюро ВОЗ, Отделение инфекционных заболеваний:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases>

Европейское партнёрство против рака: www.eпаас.eu

Рабочая группа по вопросам инфекционных заболеваний и здоровья женщин:
www.womenandncds.org

EntreNous

*The European Magazine
for Sexual and Reproductive Health*

WHO Regional Office for Europe
Division of Noncommunicable Diseases
and Health Promotion
Sexual and Reproductive Health
(incl. Maternal and newborn health)

Scherfigsvej 8

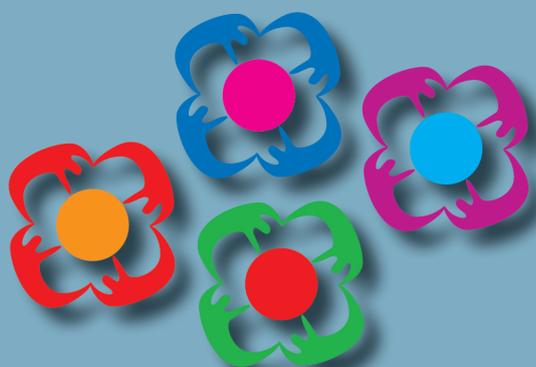
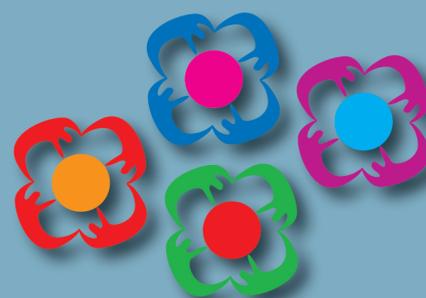
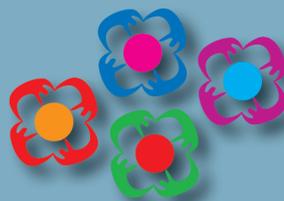
DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Tel: (+45) 3917 17 17

Fax: (+45) 3917 1818

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous