

РОДЫ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ: ИНТЕРВЬЮ С ДОКТОРОМ GUNTA LAZDANE, РУКОВОДИТЕЛЕМ ПРОГРАММЫ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ В ЕВРОПЕ

Интервью было подготовлено Lisa Avery, редактором Entre Nous.

Европейский регион ВОЗ очень неоднороден. Как эта неоднородность отражается на материнское здоровье в Европе?

С учётом того, что в Европейский регион ВОЗ входят 53 страны, можно говорить о большом разнообразии. Интересно, что различия обнаруживаются не только в экономической, культурной, политической и религиозной сферах, но и в практиках, перспективах и отношении к вопросам, связанным с деторождением. Например, в некоторых странах имеет место более технологичный, производственный подход к родам, и там такие медицинские вмешательства, как кесарево сечение, продолжительный мониторинг плода и ультразвукография используются без необходимости. Некоторые женщины и их семьи вообще склонны считать признаком элитарного статуса роды в высокоспециализированной клинике, даже если для этого не было никаких оснований. С другой стороны, есть страны, где деторождение воспринимается как более естественное явление, и там пытаются проводить политику поощрения подходов, дружественных в отношении матери и младенца. Например, поддерживаются домашние роды в сопровождении акушерок (в случаях, когда это допустимо), медицинские вмешательства сведены до минимума, пропагандируется грудное вскармливание, а в клинических и практических руководствах используется принцип жизненного цикла. Само собой, существуют различия, как среди стран, так и среди самих женщин.

Названные различия также находят своё отражение в неравенстве, которое мы наблюдаем в Регионе в отношении материнского состояния здоровья и здоровья новорожденных. В целом, судя по достаточно низким по сравнению с другими регионами мира показателями материнской (MMR) и перинатальной (PMR) смертности, ситуация по Европе весьма благополучна, однако, эти показатели существенно варьируются (См. рис. 1 и 2) и внутри Региона. Есть страны, которые не смогут достичь цели 5А, поставленной ООН в Декларации о целях развития тысячелетия (ЦРТ), - сокращения на три четверти материнской смертности в период между 1990 и 2015 годами. Такие же различия наблюдаются и в отношении суммарного коэффициента рождаемости (См. Рис.3).

Рис. 1 Материнская смертность на 100 000 живорожденных в Европейском регионе ВОЗ и отдельных странах, 1990-2011

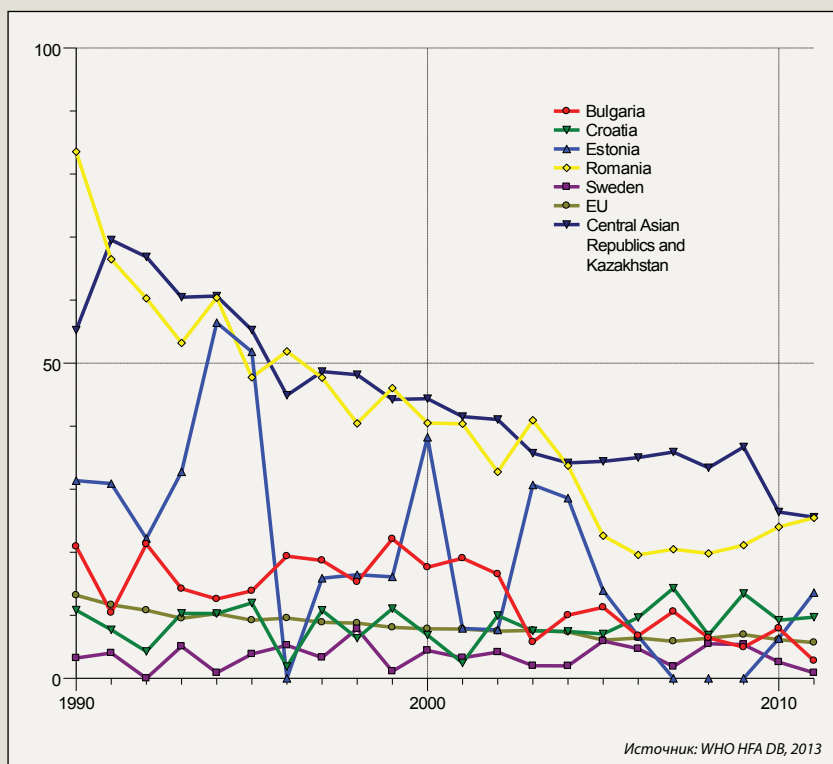
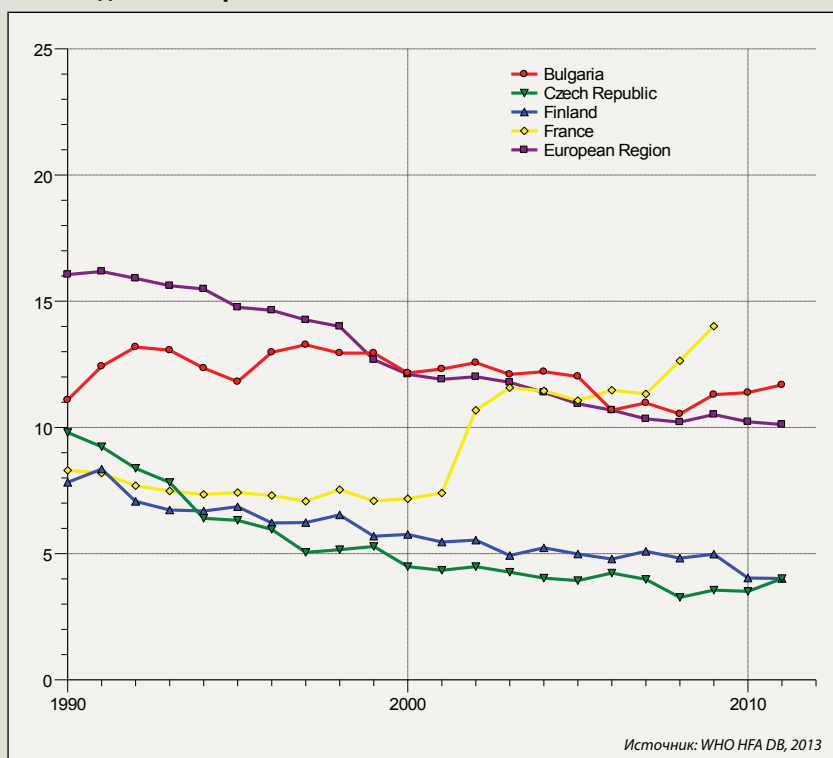


Рис. 2 Перинатальная смертность на 1000 родов в Европейском регионе ВОЗ и отдельных странах, 1990-2011



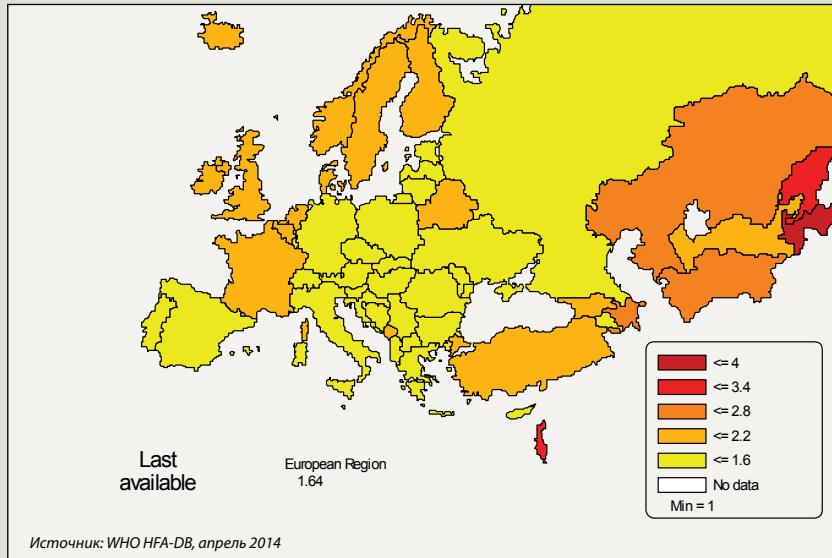


Lisa Avery



Gunta Lazdane

Рис. 3 Суммарный коэффициент рождаемости в Европейском регионе ВОЗ



Какие из проблем, связанных с рождаемостью, являются наиболее серьёзными в Европейском регионе?

Те же самые социальные, политические, религиозные, культурные и экономические факторы, связанные с огромными различиями в деторождении в Европе, также лежат в основе и самых трудноразрешимых проблем. Например, выбор пола будущего ребёнка становится для Европы растущей проблемой, - в некоторых странах эта практика получает всё большее распространение. ВОЗ параллельно с другими структурами ООН и странами продолжает работу, направленную на улучшение ситуации с более широкими социально-экономическими и культурными детерминантами, лежащими в основе этой серьёзной проблемы. Совместное заявление, с которым выступили различные ведомства, по поводу предотвращения выбора пола будущего ребёнка на основании гендерных предпочтений, доступно на сайте: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/9789241501460/en/

Это заявление представляет собой важный инструмент, предназначенный для того, чтобы помочь осознать далеко идущие последствия подобной практики и найти эффективные способы решения проблемы, выходящей за рамки подхода, присущего исключительно системе здравоохранения.

Кто-то может сказать, что низкий суммарный коэффициент рождаемости (TFR) в Европе является серьёзным вызовом для данного региона. Я же считаю это особенно интересной темой. Суммарный показатель рождаемости, равный 1,65 – действительно проблема с точки зрения демографии,

свидетельствующая о сокращении численности населения, связанной с низким уровнем рождаемости, и чреватой негативными последствиями, в особенности в том, что касается устойчивости систем социального обеспечения. Однако, если низкая рождаемость по сути своей отражает стремление женщин и мужчин иметь меньше детей, и не является результатом воздействия повлиявших на плодovitость внешних сил, таких, например, как недружественная политика в отношении беременности и трудовой занятости, тогда наблюдаемый в данный момент спад рождаемости демонстрирует нам в действии основные принципы Международной конференции по вопросам населения и развития, проходившей в 1994 году. И это очень позитивное развитие событий. Поскольку оно означает, что мужчины и женщины делают осознанный выбор относительно того, когда и как рожать детей, и рожать ли их вообще. Тем не менее, вопрос о том, насколько внешние факторы влияют на наш выбор, сознательный или бессознательный, и как это всё отражается на TFR остаётся темой для дальнейших исследований.

Возможно, одним из самых неожиданных открытий стало для меня то, насколько низки в Европе показатели грудного вскармливания (См. Таблицу 1). Это обстоятельство меня просто шокировало. Показатели грудного вскармливания у нас самые низкие по сравнению со всеми другими регионами ВОЗ. Я убеждена, что в этой ситуации вопрос грудного вскармливания со всей очевидностью требует приоритетного места в политической повестке дня Европы. Наша работа по проблемам грудного вскармливания также позволила нам увидеть, что по многим связанным

с рождаемостью в Регионе параметрам в статистических данных, как и прежде, есть пробелы. По многим показателям данные просто недоступны, и именно так обстоит дело с таким параметром, как неудовлетворённые потребности в области планирования семьи и с другими показателями, приводимыми в ЦРТ 5В. Такое отсутствие данных, безусловно, очень затрудняет задачу улучшения репродуктивного здоровья в Регионе, ведь без соответствующей доказательной базы или анализа мы не в состоянии в полном объёме понять и оценить существующие проблемы, что необходимо для улучшения ситуации с деторождением и повышением позитивного опыта рождения ребёнка.

Какие перемены, из тех, что произошли в сфере материнского здоровья в Европе за последние 10-20 лет, стали, по Вашему мнению, самыми значительными?

Вероятно, одной из самых больших перемен стал более поздний возраст первой беременности и первых родов среди женщин. В настоящее время каждый пятый младенец рождается у матери в возрасте 35 лет и старше, и эта тенденция сильно отличается от того, что было раньше. Такой сценарий связан и со многими позитивными моментами. Так в случае рождения ребёнка женщинами старшего возраста более велика вероятность того, что матери и их партнёры уже завершили своё образование, имеют работу и действительно в состоянии планировать и обсуждать свои пожелания относительно появления ребёнка. Но в то же самое время, как нам известно, фертильность и беременность в более зрелом возрасте также сопряжена со своими рисками, которые часто бывают серьёзнее, чем при беременности в более молодом возрасте. Так, например, после 40 лет значительно возрастает риск развития хронических заболеваний, представляющих угрозу для жизни, а женская фертильность значительно снижается после 37 лет, что повышает вероятность применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Ещё одна значительная перемена связана с ростом частоты кесаревых сечений при родоразрешении (См. рис. 4). Этот показатель демонстрирует стабильный рост по всем странам, но, конечно же, скорость, с которой он растёт, и факторы, способствующие этому росту, отличаются от страны к стране. Недавно ВОЗ инициировала процесс пересмотра и переработки своего изначального заявления по поводу приемлемого уровня распространённости кесаревых сечений, и в связи с этим были начаты важные дискуссии по поводу того, должны ли женщины иметь право выбора кесарева сечения в качестве способа родоразрешения, а также дискуссии о

РОДЫ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ: ИНТЕРВЬЮ С ДОКТОРОМ GUNTA LAZDANE, РУКОВОДИТЕЛЕМ ПРОГРАММЫ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ В ЕВРОПЕ

Таблица 1. Распространённость грудного вскармливания в Европе.

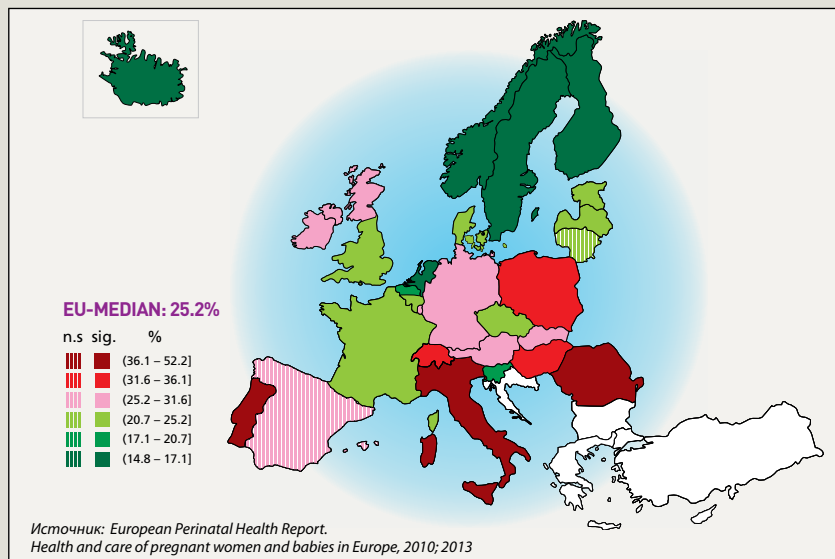
	Начало грудного вскармливания в течение 1 часа после родов (%)	Исключительно грудное кормление в 6 месяцев (%)	Продолжающееся грудное вскармливание в возрасте ребенка 1 год (%)	Год сбора данных
Албания	42.9	-	60.6	2008–2009
Армения	35.7	-	44.2	2010
Австрия	78.1	10.0	16.0	2006
Азербайджан	31.9	-	26.4	2006
Беларусь	53.0	-	27.9	2012
Бельгия	-	11.8	-	2012
Босния и Герцеговина	42.3	-	12.4	2006/2011–2012
Болгария	4.6	-	-	2010
Хорватия	-	-	-	2011
Кипр	-	12.4	-	2004
Чешская Республика	-	17,8	-	2011
Дания	-	17.2	-	2012
Финляндия	-	1.0	-	2011
Грузия	66.3	-	36.5	2009
Германия	-	-	-	2003–2006
Греция	-	0.7	6.4	2009
Венгрия	-	43.9	-	2007
Исландия	-	13.0	16.0	2011
Ирландия	33.5	-	-	2008
Израиль	-	11.2	11.8	1998–1999
Италия	-	5.0	12.0	1999
Казахстан	67.8	-	50.8	2010–2011
Кыргызстан	83.8	-	68.3	2012
Латвия	-	16.4	22.4	2011
Люксембург	66.5	6.0	11.8	2008
Мальта	-	35.9	-	2004–2005
Монтенегро	25.2	-	24.6	2005
Нидерланды	-	18.0	-	2010
Норвегия	-	7.0	-	2003
Польша	-	-	40.0	2013
Португалия	-	34.0	-	2003
Республика Молдова	61.0	-	48.0	2012
Румыния	12.0	-	-	2004
Сербия	7.6	-	18.4	2005–2006/2010
Словакия	-	49.3	-	2010
Испания	-	28.5	-	2011–2012
Швеция	-	14.0	-	2011
Швейцария	-	-	-	2003
Таджикистан	49.6	-	1.3	2012
Бывшая югославская Республика Македония	21.0	-	33.8	2011
Турция	39.0	-	66.7	2008
Туркменистан	-	-	72.0	2009
Украина	65.7	-	37.9	2012
Объединённое Королевство	-	1.0	-	2010
Узбекистан	67.1	-	78.3	2006

-, данные отсутствуют;

Нет данных по Андорре, Эстонии, Франции, Литве, Монако, Российской Федерации, Сан Марино и Словении.

Source: Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States - submitted and accepted for publication.

Рис. 4 Доля кесаревых сечений от всех родов в 2010



соотношении связанных с кесаревым сечением преимуществ и рисков для матери и плода, что обсуждается далее в статье на страницах 8-9. Совершенно очевидно, что это очень непростая тема.

За последние 20 лет значительно возросли возможности, качество, доступность и масштабы использования высоких технологий, связанных с деторождением. Успехи в этой области огромны. Например, благодаря новым, усовершенствованным видам неонатального вмешательства в случае преждевременных родов, становится возможным выживание недоношенных младенцев, гестационный возраст которых достигает чуть больше 22 недель. Было время, когда такое считалось невозможным. То же самое можно сказать и о вспомогательных репродуктивных технологиях. Сейчас зачатие становится возможным и в случае пар, которые не могли бы об этом и мечтать несколько десятков лет назад. Конечно же, мы все признаём, что наличие новых технологий оказывает влияние на выбор, исход и отношение к деторождению. В связи с этим возникает интересная философская дилемма относительно того, нужно ли вводить какие-то ограничения, а если нужно, то какие и каким образом.

Ещё одним значительным новым явлением, которое мы наблюдаем, стал рост эпидемии ожирения. Десять процентов всех женщин детородного возраста страдают сейчас ожирением. Это является новым вызовом всем тем, кто занимается проблемами беременности и деторождения. Мы знаем, что ожирение связано с возрастающим риском сопутствующих патологий, таких, например, как диабет, гипертония и сердечно-сосудистые заболевания. Кроме того, ожирение связано с большим риском бесплодия,

осложнениями беременности и риском развития неинфекционных заболеваний у плода, которые проявятся на более позднем этапе жизни.

Как Региональное бюро ВОЗ в Европе работает со странами, чтобы опыт рождения ребёнка стал более позитивным для женщин, их семей и сообществ?

Мы работаем со всеми 53 странами – членами Европейского региона ВОЗ. По просьбе стран, ВОЗ предоставляет техническую поддержку. Подход, практикуемый нами, отличается от страны к стране в зависимости от конкретных нужд каждой из них. Чаще всего наша работа включает следующие мероприятия:

- Подход ВОЗ к анализу материнской смертности и заболеваемости «Что кроется за цифрами цифр», который позволяет улучшить доступ к качественной помощи;
- Внедрение разработанных ВОЗ принципов и мер по эффективному перинатальному уходу (ЭПУ), проведение тренингов по ЭПУ
- Использование инструментов мониторинга качества помощи, таких как Инструмент оценки качества амбулаторной предродовой и послеродовой помощи женщинам и новорожденным и Инструмент оценки качества больничной помощи матерям и новорожденным детям;
- Пропаганда и внедрение в каждой стране выдвинутой ВОЗ/ЮНИСЕФ инициативы грудного вскармливания новорожденных;
- Пропаганда образования в сфере сексуальности человека, улучшения качества услуг по планированию семьи;

- Активности по профилактики преждевременных родов;
- Оценки и планирование политики на национальном и региональном уровнях; а также
- Поддержка прав женщин и их семей на выбор медицинского обслуживания высокого качества и на доступ к нему.

Все государства-члены Европейского региона ВОЗ продемонстрировали высочайший уровень политической ответственности в деле улучшения состояния здоровья женщин и их семей, и нам было приятно работать с разными странами, которые пытаются сделать всё, что в их силах, используя различные подходы и ресурсы.

Что, на Ваш взгляд, можно отнести к самым большим успехам/достижениям в области деторождения в Европе?

На этот вопрос труднее всего ответить, потому что многое вызывает чувство гордости.

Одним из самых больших достижений стало то, что общее отношение к беременным женщинам действительно улучшилось, особенно со стороны провайдеров услуг здравоохранения. Произошёл настоящий сдвиг от прежнего патерналистского подхода к гораздо более уважительной практике сотрудничества и вовлечения женщин в процесс принятия решений по поводу собственной беременности и родоразрешения. И это отрадно видеть. Конечно, многое ещё нужно совершенствовать в разных ситуациях, но то, что сдвиг произошёл, – это факт. Значительно изменилось к лучшему и качество медицинского обслуживания, и не только в том, что касается технической стороны клинических стандартов, руководств, технологий и методов. Не менее важным показателем является и уровень удовлетворённости пациентов/клиентов и их впечатление от получаемой помощи. Я также считаю большим достижением тот факт, что страны стали обмениваться информацией о своих успехах и неудачах в деле улучшения ситуации с беременностью и рождаемостью. Именно такой вид сотрудничества, такой обмен знаниями, позволяет нам всем находить в конце концов наилучший путь, по которому следует двигаться вперёд, чтобы обеспечить всестороннюю поддержку женщинам и их семьям в невероятно важный период их жизни.