



ЕВРОПА

Факты и цифры ЕРБ ВОЗ  
Белград, Копенгаген, 17 сентября 2007 г.

## **Неравномерный прогресс по достижению Целей развития Тысячелетия по снижению детской и материнской смертности**

Все Цели развития Тысячелетия (ЦРТ) в той или иной мере относятся к здоровью и благосостоянию матерей и детей, но особенно ЦРТ-4 (снизить на две трети детскую смертность) и ЦРТ-5 (снизить на три четверти материнскую смертность).

Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в течение последних десятилетий, в Европейском регионе ВОЗ все еще отмечается недопустимый уровень различий, как между странами, так и внутри стран, по показателям материнской и детской смертности. Смертность среди детей в возрасте до 5 лет в стране с наивысшим значением данного показателя в 40 раз больше, чем в стране с самым низким значением. Для ребенка, родившегося в СНГ, вероятность умереть, не достигнув 5-летнего возраста, в три раза выше, чем у ребенка, родившегося в Европейском союзе (ЕС). Значения коэффициента материнской смертности в республиках Центральной Азии все еще по меньшей мере в два раза превышают средний уровень по Региону; значительные различия сохраняются и в ЕС, несмотря на уменьшение разрыва между отдельными государствами, странами Северной Европы и другими группами стран.

Межстрановые различия – это лишь часть картины; резкие диспропорции в уровнях смертности отмечаются также и внутри стран. Сегодня в Европейском регионе есть группы населения и местности, где ситуация с материнской и младенческой смертностью такая же неблагоприятная, как в странах Африки к югу от Сахары или в Южной Азии. Почти повсеместно смертность среди сельского населения выше, чем в городах, показатели широко варьируют в зависимости от этнической принадлежности и уровня материальной обеспеченности, диспропорциональное бремя смертности падает на географически отдаленные районы.

Так, например, по данным обследования демографии и здоровья в Азербайджане, 2000 г., среди женщин, не получавших помощь квалифицированных медицинских работников во время родов, 18% были с неполным средним образованием и лишь 1% – с высшим и незаконченным высшим образованием.

В Соединенном Королевстве, несмотря на общий низкий уровень материнской смертности, среди женщин, принадлежащих к африканским этническим группам, риск смерти в семь раз выше, чем среди белых женщин. Среди городского населения уровни материнской и перинатальной смертности в бедных кварталах нередко значительно выше, чем в привилегированных пригородных зонах. Женщины из числа недавних мигрантов, беженцев и лиц, обратившихся за получением политического убежища, также не получают

достаточной медико-санитарной помощи и иногда скрывают факт своей беременности от властей, в том числе и от медико-санитарных служб.

Аналогичным образом, было показано на примере Англии и Уэльса, что уровни младенческой смертности значительно выше в менее привилегированных социальных группах, по сравнению со средними национальными показателями, и этот разрыв увеличивается. Так, в 2002–2004 гг. среднее значение коэффициента младенческой смертности для всего населения составляло 4,9 на 1000 живорожденных, в то время как в семьях работников малоквалифицированного и ручного труда он был равен 5,9. Младенческая смертность в целом снижалась во всех социально-экономических группах, однако в группе малоквалифицированного и ручного труда это снижение происходило более медленными темпами. Разрыв в показателях смертности между группой работников малоквалифицированного и ручного труда и населением в целом в 1997 г. составлял 13%; к 2004 г. этот разрыв вырос до 19%. Показатель младенческой смертности для матерей пакистанского происхождения, проживающих в Англии и Уэльсе, составляет 10,2 на 1000 живорожденных, что вдвое выше, чем среди населения в целом. В связи с этим была поставлена национальная задача по сокращению различий в показателях младенческой смертности в Соединенном Королевстве.

В 1999 г., по официальным данным, уровень младенческой смертности в Румынии составлял 18,58 на 1000 живорожденных; однако среди этнических румын этот показатель был равен 27,1, среди этнических венгров – 19,8, а среди цыган (рома) – 72,8. Подобные неравенства продолжают отмечаться и в настоящее время во многих странах восточной части Европейского региона, причем признаки сокращения данного разрыва отсутствуют.

### **Текущие и планируемые инициативы ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка**

Базируясь на предшествующем опыте, Европейское региональное бюро ВОЗ разработало ряд стратегий в области охраны здоровья матери и ребенка, нацеленных на оказание помощи государствам-членам в создании собственной национальной политики и планов, а также в установлении приоритетов деятельности систем здравоохранения. К таким стратегиям относятся следующие документы:

- Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”, принятая в 2005 г., а также относящиеся к ней инструменты;
- Европейская и глобальная стратегии в области охраны репродуктивного здоровья, принятые, соответственно, в 2001 г. и 2004 г.
- проект глобальной стратегии по гендерным вопросам, утвержденный на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2007 г., с предстоящей адаптацией для Европейского региона;
- проект стратегии, озаглавленной “Улучшение материнского и перинатального здоровья: европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности”;
- Европейская стратегия по элиминации кори и краснухи, принятая в 2005 г.;
- Второй европейский план действий по политике в области пищевых продуктов и питания, в частности подчеркивающий важность грудного вскармливания, представленный для утверждения Европейским региональным комитетом ВОЗ в 2007 г.;

- Декларация Четвертой конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, состоявшейся в 2004 г.

Все эти стратегии предназначены для внедрения в рамках политики национальных систем здравоохранения. Перед государствами-членами стоит непростая задача – трансформировать стратегические положения в практические планы действий на различных уровнях.

Помимо этого, в настоящее время Региональное бюро поддерживает ряд инициатив, направленных на интеграцию программ охраны здоровья матери и ребенка в деятельность систем здравоохранения, в частности в таких странах, как Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Хорватия, Черногория. Впечатляющие результаты работы по реструктурированию в данной области отмечены в Чувашской Республике, входящей в состав Российской Федерации.

Страны Юго-Восточной Европы приступили к реализации совместной региональной инициативы, при поддержке правительства Норвегии и Европейского регионального бюро ВОЗ. Цель – улучшить показатели здоровья матерей и новорожденных путем осуществления целенаправленных реформ и укрепления потенциала национальных систем здравоохранения. В настоящее время эти страны проводят углубленную оценку состояния дел в области охраны здоровья матери и ребенка, а также выявляют узкие места в системах здравоохранения в целом для определения направлений необходимых реформ.

Веб-сайт Регионального бюро содержит дополнительную информацию в отношении ЦРТ (<http://www.euro.who.int/mdg>) и по деятельности ВОЗ по проблемам здоровья матери и ребенка ([http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=maternal\\_health](http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=maternal_health)).

---

**Для получения дополнительной информации просим обращаться:**

**ТЕХНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

Д-р Mikael Ostergren,  
Руководитель, Секция охраны здоровья семей и  
местных сообществ,  
Европейское региональное бюро ВОЗ,  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 39 17 13 19; факс: +45 39 17 18 18  
Адрес эл. почты: [mmo@euro.who.int](mailto:mmo@euro.who.int)

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРЕССЫ:**

Г-жа Liuba Negru,  
Связи с прессой и другими СМИ,  
Европейское региональное бюро ВОЗ,  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 39 17 13 44; факс: +45 39 17 18 80  
Адрес эл. почты: [lne@euro.who.int](mailto:lne@euro.who.int)