



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

Сто седьмая сессия

Пункт 9.3 предварительной повестки дня

ЕВ107/26

5 декабря 2000 г.

Обеспечение безопасной беременности

Доклад Секретариата

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

1. Около 210 миллионов женщин ежегодно становятся беременными. Среди 130 миллионов женщин ежегодно 10%-15% от их числа нуждаются в незамедлительной и профессиональной помощи, с тем чтобы обеспечить в дальнейшем жизнь женщин без инвалидности. Приблизительно в 5% всех случаев появляются осложнения, угрожающие самой жизни. Как свидетельствуют о том последние имеющиеся данные, более полумиллиона женщин умерло в 1995 г. от осложнений во время беременности, родов и в период после рождения ребенка.
2. Кроме того, по подсчетам, приблизительно половина от 7,1 миллиона случаев младенческой смерти ежегодно приходится на неонатальный период, в основном в результате плохого состояния здоровья матери, плохих гигиенических условий и неадекватной помощи, неэффективной помощи при родах и отсутствия необходимой помощи новорожденным.
3. Большинство страданий при этом и многие смертельные исходы можно предупредить на основе мер, которые являются эффективными, возможными и доступными в условиях ограниченных ресурсов в развивающихся странах.
4. Инициатива безопасного материнства, начало которой было положено в 1987 г. ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирным банком и другими организациями, непосредственно занимающимися вопросами охраны здоровья матери, ставит вопрос материнской смертности на первое место при рассмотрении проблем международного здравоохранения. Это привело к значительному улучшению наших знаний и сделало проблему скрытого неравенства в вопросах здоровья матери более открытой. Эта инициатива оказала содействие методам, основанным на фактических данных, и содействовала появлению совместного заявления ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА/Всемирного банка в отношении снижения материнской смертности в 1999 г., в котором перечислены основные виды достигнутого консенсуса в отношении необходимых действий, а именно: профилактики и решения проблем нежелательной беременности и небезопасных абортов, обеспечения квалифицированной помощи в период беременности и рождения ребенка и доступа к консультативной помощи при каких-либо осложнениях.

5. Вместе с тем, сокращение глобальных показателей материнской смертности было весьма ограниченным. Обеспечение меньшего числа нежелательных случаев беременности и своевременного доступа женщин к помощи с целью сокращения материнской смертности и смертности новорожденных, а также заболеваемости предполагает изменения политики, вмешательства в систему медико-санитарной помощи и действия на коммунальном уровне.

6. Кроме того, было указано на необходимость того, чтобы показатели младенческой смертности составляли менее 35 на 1000 живорождений к 2015 г.¹; при этом следует обеспечить сокращение неонатальной смертности, с тем чтобы указанная цель была достигнута.

7. С учетом хода работы в настоящее время указанные цели не могут быть достигнуты. Во всем мире женщины и младенцы – особенно в бедных общинах - не имеют доступа и не могут пользоваться услугами основной медико-санитарной помощи, что могло бы в значительной мере сократить угрозу, перед лицом которой они стоят.

8. Как указывают на то результаты научных исследований и практический опыт, особые медико-санитарные вмешательства могут, в случае широкой доступности, значительно сократить распространенность и тяжесть тех осложнений, которые ассоциируются с беременностью и родами. Расширение доступа и улучшение качества служб по регулированию фертильности может сократить число нежелательных беременностей, опасных аборт и ассоциируемых с ними случаев материнской смертности. Тысячи жизней могут быть спасены, если женщины будут получать помощь тех, кто имеет необходимый опыт родовспоможения во время родов и им будет обеспечен доступ к неотложной акушерской помощи при каких-либо осложнениях. В то же время те, кто оказывает традиционную акушерскую помощь, могут обеспечить соответствующие культурным традициям виды медико-санитарных вмешательств и эмоциональную поддержку женщинам в период беременности и рождения ребенка, но они не могут предоставить основных видов акушерской помощи, необходимой для того, чтобы справиться с осложнениями.

9. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке в середине 1999 г. выразила согласие с тем, что в отношении осуществления Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (ICPD, Каир, 1994 г.) во всем мире к 2005 г. необходимая помощь должна обеспечиваться акушерским персоналом, который должен присутствовать при 80% всех родов (и подтвердила определенную ранее цель, состоящую в том, что связанная с беременностью смертность должна быть сокращена в сравнении с уровнем 1990 г. на 75% к 2015 г.). В тех случаях, когда показатели материнской смертности очень высоки, по крайней мере 40% всех родов к 2005 г. должны быть обеспечены помощью

¹ Программа действий, принятая на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994 г., документ ST/ESA/SER.A/149).

опытного персонала; к 2010 г. этот показатель должен составить, по крайней мере, 50%, и к 2015 г., по крайней мере, - 60%¹.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: СТРАТЕГИЯ ВОЗ – СОКРАЩЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРЕНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

10. Начало стратегии по обеспечению безопасной беременности было положено ВОЗ, с тем чтобы особо отметить обязательства Организации в отношении международной Инициативы безопасного материнства. Стратегия определяет практические меры, которые могут быть осуществлены правительством, гражданским сообществом и женщинами бедных стран для достижения глобальных целей в отношении сокращения материнской и младенческой смертности.

11. На основе тех мер, которые осуществляются в странах для достижения цели, состоящей в снижении показателей материнской и младенческой смертности, стратегия по обеспечению безопасной беременности обеспечивает нормативное руководство и техническую поддержку для оказания помощи соответствующим странам, с тем чтобы увеличить их потенциал:

- в отношении создания (или обновления) национальной политики стандартов в вопросах планирования семьи, искусственных аборт (там, где это не противоречит законодательству), необходимой помощи матерям и новорожденным (включая оказание помощи после абортов) и для разработки перечня регуляторных мер для оказания поддержки этой политике и стандартам;
- для разработки систем по обеспечению должного выполнения указанных стандартов;
- для улучшения доступа к экономически эффективной помощи матерям и новорожденным, а также службам по регулированию фертильности на основе содействия увеличению капиталовложений в общественный сектор и соглашений (таких, как контрактные услуги) для увеличения вклада частного сектора в достижение национальных целей здравоохранения;
- для обеспечения и поощрения практики на дому, в семьях и в общинах, которая содействует укреплению здоровья матерей и новорожденных, а также регулированию фертильности;

¹ Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Доклад Специального комитета двадцать первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи. Основные направления деятельности при дальнейшем осуществлении Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (документ A/S-21/5 Add.1).

- для обеспечения улучшения систем мониторинга в вопросах охраны здоровья матерей и новорожденных, включая службы по регулированию фертильности; и
- для обеспечения вопросам безопасного материнства приоритетного места в вопросах национальной повестки дня по здравоохранению и развитию.

12. ВОЗ начнет работу в 10 странах во всех регионах¹ на протяжении первых двух лет осуществления стратегии, обеспечив документальное подтверждение опыта, с тем чтобы его можно было распространить на другие страны. Перечисленные страны были отобраны в регионах в соответствии с определенными заранее критериями, такими, как высокая материнская смертность, число смертей, численность населения, политическая поддержка и приверженность делу реформ в секторе здравоохранения.

13. На основании стратегии по обеспечению безопасной беременности ВОЗ обеспечит работу со странами для достижения целей безопасного материнства на основе: действий по установлению партнерских отношений; осуществления пропагандистских мероприятий; обеспечения политической и технической поддержки и увеличения национального потенциала; обеспечения нормативов и стандартов, а также методологии и технологии вмешательств; обеспечения содействия координации и распространения результатов научных исследований; а также мониторинга и оценки.

ХОД РАБОТЫ ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ МЕР ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

14. Документ в отношении стратегии по обеспечению безопасной беременности был представлен в июне 2000 г. региональным бюро ВОЗ, донорам и Совещанию заинтересованных сторон.

15. Обсуждения этого вопроса продолжаются со всеми региональными бюро и 10 странами, включенными в первую фазу осуществления стратегии в отношении конкретных мероприятий для обеспечения безопасной беременности в странах. Проводимые встречи позволяют провести обзор осуществляемых мероприятий в отношении безопасного материнства в странах, провести идентификацию национальных потребностей и приоритетов и обеспечить разработку первоначальных планов. Министерства здравоохранения обращаются к ВОЗ с просьбами о технической помощи в разработке национальных стратегий и планов по обеспечению безопасной беременности, а также с целью укрепления своих систем здравоохранения и координации вклада многочисленных партнеров. В ряде министерств при поддержке ВОЗ уже создаются специальные группы, с тем чтобы обеспечить содействие национальным усилиям.

¹ Боливии, Эфиопии, Индонезии, Лаосской Народно-Демократической Республике, Мавритании, Молдове, Мозамбике, Нигерии, Судане и Уганде.

16. Названная стратегия изначально была рассмотрена с ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирным банком и другими учреждениями Организации Объединенных Наций, и регулярные контакты такого рода будут продолжены на глобальном и национальном уровнях. На международном уровне также расширяются и поддерживаются регулярные контакты с рядом ведущих участников в области безопасного материнства, включая неправительственные организации и частный сектор. На национальном уровне министерства здравоохранения и специальные группы по обеспечению безопасной беременности будут содействовать координации партнерств, необходимых для успеха стратегии по обеспечению безопасной беременности.

17. Фонды, которые были получены или о которых было заявлено, составляют сегодня приблизительно половину 10 млн. долл. США, необходимых для финансирования инициативы на протяжении настоящего двухгодичного периода. Как предполагается, недостающую сумму обеспечат международные и национальные партнеры. Большая часть бюджета стратегии по обеспечению безопасной беременности выделяется на укрепление потенциала на национальном уровне.

18. Внешняя группа экспертов будет приглашена, для того чтобы обеспечить независимые консультации в отношении технических и оперативных аспектов осуществления стратегии безопасной беременности. В состав участников этой группы входят те, кто обеспечивает планирование программы, и руководители, практические работники, научные работники и представители академических кругов, доноры на многосторонней и двусторонней основе для инициатив по обеспечению безопасного материнства, группы поддержки в вопросах укрепления здоровья женщин, учреждения Организации Объединенных Наций, а также правительственные и неправительственные организации.

ПРИЛОЖЕНИЕ¹

ТАБЛИЦА 1. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ – ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

| Причины материнской смертности | Проценты | Оправдавшие себя виды вмешательств |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Кровотечения после родов (postpartum haemorrhage) | 25 | Лечение анемии в период беременности. Помощь опытного акушера при родах: профилактика кровотечений на основе лекарственных препаратов, возмещение потери жидкости на основе капельных внутривенных вливаний. |
| Инфекции после родов | 15 | Опытный акушер при родах: обеспечение необходимых гигиенических условий. Антибиотики при инфекции. |
| Опасные аборты | 13 | Опытный акушер: назначение антибиотиков, освобождение матки, восполнение жидкостной среды, консультации по вопросам планирования семьи. |
| Высокое кровяное давление (гипертония) во время беременности: наиболее опасные тяжелые формы (эклампсия) | 12 | Диагностика в период беременности; направление к врачу или в стационар. Лечение эклампсии соответствующими антиконвульсивными средствами (MgSO ₄); направление впавших в бессознательное состояние женщин для оказания неотложной экспертной помощи при родах. |
| Осложнения при родах | 8 | Своевременная диагностика, родоразрешение посредством оперативного вмешательства. |
| Другие, непосредственно относящиеся к акушерству причины | 8 | Направление случаев внематочной беременности на операцию. |

¹ Набор материалов «мать-ребенок»: обеспечение безопасного материнства в странах – практическое руководство. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1996 г. (документ WHO/FHE/MSM/94.11).

ТАБЛИЦА 2. СМЕРТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ – ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

| Причины смерти новорожденных | Проценты | Оправдавшие себя виды вмешательств |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Инфекции, неонатальный столбняк, врожденный сифилис (сепсис, менингит, пневмония) | 33 | Иммунизация матери противостолбнячной сывороткой, массовое обследование на сифилис и лечение, в случае необходимости, соблюдение гигиенических условий при родах, соблюдение температурного режима, оказание содействия в вопросах раннего и исключительно грудного вскармливания, ранняя диагностика и лечение инфекций. |
| Родовая асфиксия и травмы | 28 | Опытный акушер при родах. Эффективное лечение осложнений при родах. |
| Досрочные роды и/или низкий вес при рождении | 24 | Назначение антималярийных препаратов для женщин, подвергающихся такой угрозе во время беременности. Большее внимание к вопросам температурного режима, консультации по вопросам грудного вскармливания и поддержки, борьба с инфекциями, а также ранее выявление и лечение осложнений. Лечение болезней, передаваемых половым путем. Отказ от курения. |

ТАБЛИЦА 3. МЕРТВОРОЖДЕННЫЕ – ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

| Причины рождения мертвого ребенка | Проценты | Оправдавшие себя виды вмешательств |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Асфиксия и травмы при рождении | 40 | Опытный акушер при родах. Эффективное лечение осложнений при родах. |
| Другие известные причины (осложнения при беременности, заболевания матери, малярия, пороки развития) | 25 | Необходимая помощь при беременности. Профилактическое лечение эндемичных заболеваний. Эффективное вмешательство в случае осложнений при беременности. |
| Врожденный сифилис | 8 | Обследование на выявление сифилиса у матери и лечение выявленных случаев. |
| Причина неизвестна | 27 | - |

= = =