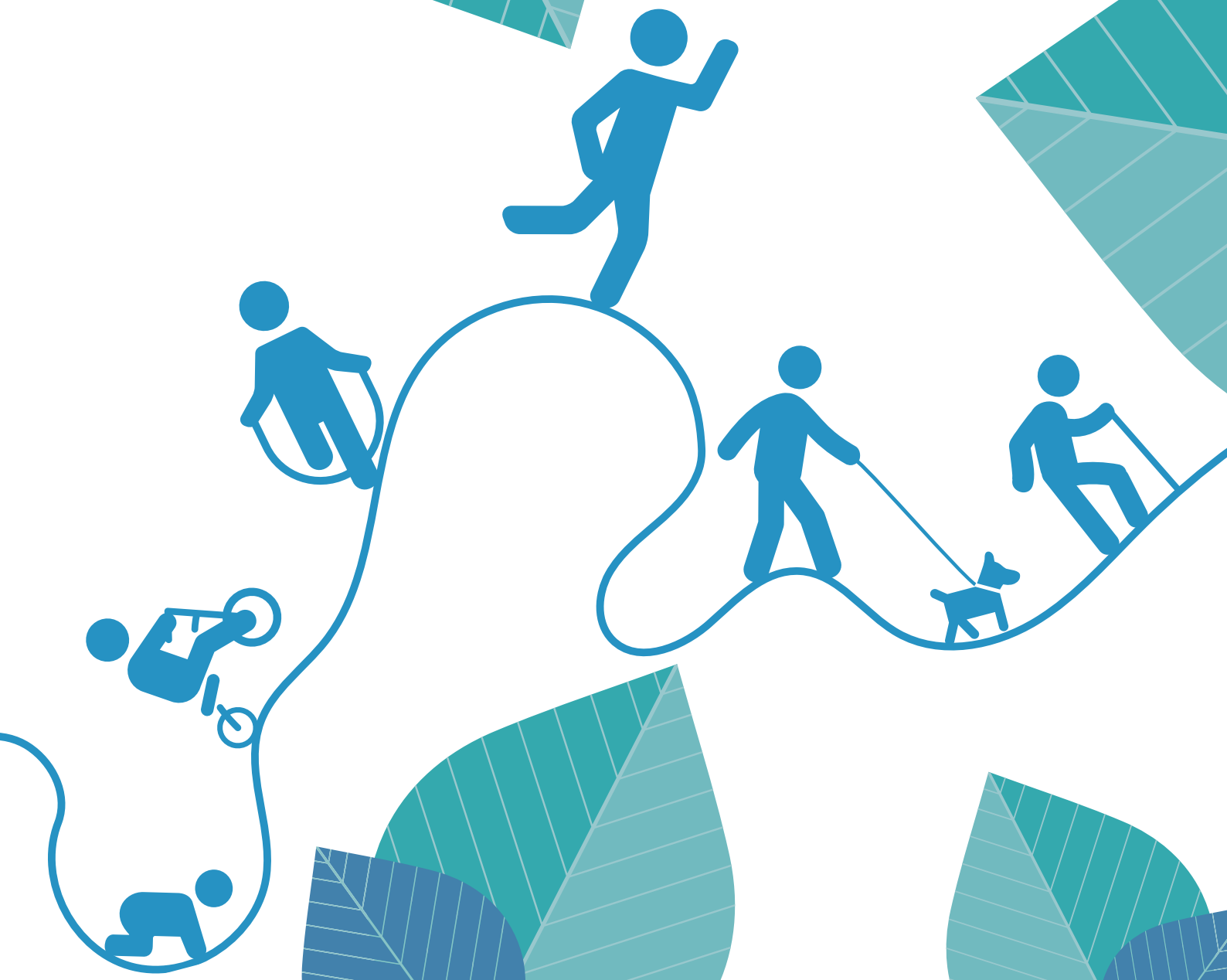
# ПОДХОД К СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ С УЧЁТОМ ВСЕХ ЭТАПОВ ЖИЗНИ




Entre Nous

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ ПО СЕКСУАЛЬНОМУ И РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ

No.82 - 2015

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

UNFPA

*Entre Nous*

Европейский журнал сексуального и репродуктивного здоровья

***Entre Nous* публикуется:**
Отделением неинфекционных заболеваний и жизненного цикла Сексуального и репродуктивного здоровья (в т.ч. здоровья матерей и новорождённых)
Европейское региональное бюро ВОЗ
Scherfigsvej 8
DK-2100 Копенгаген, Дания
Тел.: (+45) 3917 17 17
Факс: (+45) 3917 18 18
www.euro.who.int/entrenous

**Главный редактор**
Dr Gunta Lazdane
**Редактор**
Dr Lisa Avery
**Помощник редактора**
Nathalie Julskov
**Художественное оформление**
Kailow Graphic A/S
www.kailow.dk
**Печать**
Lynge Olsen Kommunikation A/S, Дания

*Entre Nous* финансируется Фондом народонаселения по вопросам ООН (UNFPA), Региональным бюро по Восточной Европе и Центральной Азии, при содействии Европейслого регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Копенгаген, Дания. Журнал доступен на сайте http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications
Тираж журнала состовляет 500 экз. на английском, и 500 экз. на русском языке.

***Entre Nous* выпускается:**
**на русском языке** – Европейским региональным бюро ВОЗ, Lynge Olsen Kommunikation A/S, Дания
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 представителя ВОЗ в каждой стране или в Отделе маркетинга и распространения по адресу:
CH-1211, Geneva 27, Switzerland

ISSN: 1014-8485



# СОДЕРЖАНИЕ

**От редактора**
*Vasily Zharko* 3

**Применение подхода к сексуальному и репродуктивному здоровью с учетом всех этапов жизни человека**
*Ann Hoskins, Justin Varney* 4

**Подход к сексуальному и репродуктивному здоровью (СРЗ) с учетом всех этапов жизни человека**
*Paul F. A. Van Look* 8

**Подход к сексуальному и репродуктивному здоровью (СРЗ) с учетом всех этапов жизни человека, принятый в Европейском регионе ВОЗ: практика антенатального ухода (АНУ)**
*Annette Aronsson* 12

**Хорошее начало благотворно повлияет на жизнь в целом**
*Phillipe Grandjean, Jessica Perry* 14

**Неинфекционные заболевания (НИЗ) и сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ): связи и возможности в рамках подхода, учитывающего течение всей жизни**
*Janis Baird, Cyrus Cooper* 16

**Сексуальное образование в Германии: эффективная мера для поддержания сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) людей на протяжении всей жизни**
*Laura Brockschmidt, Angelika Hessling* 20

**Формирование эффективной политики для улучшения здоровья, развития и благополучия детей (ЗРБД) в Косово***
*Giorgio Tamburlini* 22

**Подход к женскому здоровью с учётом всех этапов жизни: значение данного подхода для системы здравоохранения Великобритании и способы его внедрения**
*Judith Stephenson* 26

**Ресурсы**
*Lisa Avery* 30

*Косово (в соответствии с резолюцией Совета Безопасности 1244 (1999))

## РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ *ENTRE NOUS*

**Dr Assia Brandrup-Lukanow**
Старший советник Датского центра исследований и развития в области здоровья, Факультет биологических наук, Копенгаген

**Ms Vicky Claeys**
Европеская сеть Международной Федерации Планируемого Родительства, Брюсель

**Dr Mihai Horga**
Старший советник Восточноевропейский институт репродуктивного здоровья, Румыния

**Dr Evert Ketting**
Старший научный сотрудник Radboud University Nijmegen Кафедра общественного здоровья, Нидерланды

**Dr Manjula Lusti-Narasimhan**
Исследователь, Департамент репродуктивного здоровья и исследований, Штаб-квартира ВОЗ Женева, Швейцария

**Prof Ruta Nadisauskiene**
Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, Литовский университет наук здоровья, Каунас, Литва

**Dr Tamar Khomasuridze**
Региональный советник по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, UNFPA Региональный офис Восточной Европы и Центральной Азии Стамбул, Турция

# ОТ РЕДАКТОРА

**Vasily Zharko**

Европейский регион – это 53 страны с богатым разнообразием культуры, исторического наследия, уровня развития, материальной обеспеченности и ресурсов. Несмотря на все существующие различия, эти страны, представители которых собрались вместе на ежегодной сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2012 года, единодушно одобрили основы новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 и взяли на себя обязательство по воплощению ее в жизнь.

Цель политики – «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, социально справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека». Политика Здоровье-2020 базируется на ценностях, заложенных в Уставе ВОЗ, в котором записано, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека вне зависимости от этнической принадлежности, пола, возраста, социального статуса и возможности оплачивать услуги. Другими важными ценностями являются справедливость, устойчивость, качество, прозрачность и подотчетность, право на участие в принятии решений и защита человеческого достоинства.

Кроме того, в политике четко указано, что для обеспечения хорошего здоровья требуется целостный подход, направленный на все общество, разработка справедливых и устойчивых мер для улучшения здоровья граждан, сотрудничество и участие всех секторов общества и правительства.

Для достижения цели, направленной на улучшение здоровья для всех, политика Здоровье 2020 предусматривает стратегические действия в четырех приоритетных областях

- инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан;
- решение наиболее актуальных проблем Региона, относящихся к неинфекционным и инфекционным болезням;
- укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, готовности к чрезвычайным ситуациям, эпиднадзора и реагирования;
- обеспечение прочности местных сообществ и создание поддерживающей среды.

В Беларуси и других странах Европейского региона ВОЗ отмечаются значительные достижения. Пришло время поделиться опытом и обсудить нерешенные проблемы. И это можно сделать в рамках предстоящей Европейской министерской конференции ВОЗ по вопросам укрепления здоровья на всех этапах жизни в контексте политики Здоровье 2020.

Для Беларуси является большой честью и почетной обязанностью приветствовать делегации всех 53 государств-участников Европейской министерской конференции ВОЗ по вопросам укрепления здоровья на всех этапах жизни в контексте политики Здоровье 2020. Эта конференция проводится для того, чтобы обсудить подход к укреплению здоровья на всех этапах жизни, а также пути обеспечения здорового начала жизни человека и потребностей граждан на каждом этапе их жизни.

Инвестирование в здоровье на раннем этапе жизни обеспечивает долгосрочные социальные и финансовые преимущества и повышает уровень благополучия, как отдельно взятого человека, так и всего общества. Например, здоровье будущего поколения и доступность для всех слоев населения медицинской помощи, начинается с обеспечения здоровой беременности и раннего развития ребенка. Это, в свою очередь, позволяет обеспечить здоровое детство, здоровье трудоспособных граждан, а в дальнейшем, здоровье пожилых людей. Только здоровая нация способна обеспечить устойчивое развитие экономики своей страны.

В этой связи, материнское и репродуктивное здоровье становится критически важным аспектом в укреплении здоровья всех людей и на всех этапах жизни. Появляются новые данные, подтверждающие, что инвестирование в здоровье на раннем этапе жизни, имеет благоприятное значение с точки зрения улучшения здоровья и профилактики заболеваний на всех этапах жизни. Период до беременности и сама беременность, представляют собой важный период в жизни женщины, когда мы можем повлиять на поведение и результаты с точки зрения охраны здоровья, в том числе, на предупреждение развития неинфекционных заболеваний в будущем. Для принятия мер на раннем этапе, правительство в партнерстве с обществом должны обеспечить справедливый доступ к качественной медицинской помощи в дородовый и послеродовый период, участие квалифицированных специалистов во время родов и оказание необходимой медицинской помощи новорожденным. Приоритетным направлением является грудное вскармливание, которое необходимо младенцу в течение как минимум шести месяцев. Еще одной задачей остается обеспечение доступа к услугам по планированию семьи для выбора оптимального периода для наступления беременности. Ранний этап жизни - это не единственный период для принятия мер. Важную роль играют вмешательства на последующих этапах жизни, равно как и обеспечение должных условий в переходные периоды жизни, когда люди становятся более уязвимыми. Санитарное просвещение и предоставление дружественных для молодежи услуг, включающих консультирование и оказание соответствующих услуг для охраны репродуктивного здоровья, позволяют влиять на поведение с точки зрения здоровья в течение всей жизни человека, в частности на критически важных, переходных этапах жизни, например в подростковом возрасте. Услуги по охране репродуктивного здоровья, являются отправной точкой для использования вмешательств с целью улучшения здоровья и профилактики заболеваний на других этапах жизни, таких как взрослый период и период старения. Например, на репродуктивном этапе жизни, регулярное обследование шейки матки позволяет оценить риски развития неинфекционных заболеваний и принять меры по их минимизации, в том числе отказ от курения.

Мужчины и женщины в пожилом возрасте, уделяющие должное внимание состоянию своего здоровья и своевременно посещающие медицинских специалистов продлевают свое сексуальное долголетие, непосредственно связанное с их психическим благополучием и ощущением радости, которые зачастую игнорируются.

В то время как, важность подхода к укреплению здоровья на всех этапах жизни является очевидной, перед всеми нами стоит вызов - как все это реализовать на практике? Как нам определить приоритетность соответствующих подходов для соответствующих групп населения и, в соответствующее время? Каково влияние гендерных различий на укрепление здоровья на всех этапах жизни? Что нам следует предпринять, чтобы этот подход применялся в отношении уязвимых групп и неимущих слоев населения? Какие существуют, подтвержденные жизнью, модели, способствующие применению подхода к укреплению здоровья всего общества? Какой опыт существует в других странах в реализации подходов к укреплению здоровья на всех этапах жизни? Что нужно сделать для оптимального отслеживания, измерения и оценки различных подходов к укреплению здоровья на всех этапах жизни? Эти и другие вопросы будут обсуждены в рамках предстоящей Европейской министерской конференции ВОЗ по вопросам укрепления здоровья на всех этапах жизни в контексте политики Здоровое 2020. У меня нет сомнений в том, что мы, участники этой важной встречи, сможем начать процесс поиска общих тем и ответов на эти и другие вопросы, что позволит нам всем предпринять действия на раннем этапе, своевременно и сообща для обеспечения справедливости в охране здоровья для всех во всей Европе.

**Vasily Zharko,**
Министр здравоохранения,
Беларусь

# ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА, ОХВАТЫВАЮЩЕГО ВСЕ ЭТАПЫ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА В СЕКСУАЛЬНОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ

## Введение

Сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ) важно в любом возрасте и в любом сообществе как в качестве самостоятельного аспекта здоровья, так и в качестве основополагающего фактора идентичности и личного благополучия.

Широта определения СРЗ по ВОЗ, и вытекающая из него, глобальная стратегия действий, побуждает практикующих специалистов и лиц, ответственных за принятие политических решений, мыслить вне рамок парадигмы лечения заболеваний. А также, применять подходы, которые связывают воедино и закрепляют знания и навыки, необходимые для принятия здорового, безопасного сексуального и репродуктивного выбора на протяжении всей жизни.

## Что такое подход, охватывающий все этапы жизни человека?

В рамках подхода, охватывающего все этапы жизни человека за основу, для объяснения конкретных результатов, принимается весь жизненный путь. Конечные результаты зависят от взаимодействия нескольких защитных факторов, и факторов риска на протяжении всей жизни человека. Концепция подхода с учетом всех этапов жизни рассматривает, каким образом биологические (в том числе генетические), социальные и поведенческие факторы действуют самостоятельно, совокупно и интерактивно в течение всей жизни и от поколения к поколению, оказывая воздействие на состояние здоровья. Подход, охватывающий все этапы жизни человека, используется в эпидемиологии для изучения социальных и физических факторов, действующих во время беременности, детства, подросткового периода и зрелого возраста и влияющих на риски возникновения хронических заболеваний и на состояние здоровья в пожилом возрасте (1). Данный подход охватывает более широкую концепцию здоровья и его детерминантов. Он обеспечивает основу, которая позволяет рассматривать возможности принятия мер, направленных на улучшение состояния здоровья в последующей жизни, а также, выдвигает на первый план важность услуг, отвечающих на потребности отдельных лиц/групп на каждом этапе жизни.

Сэр Майкл Мармот (Michael Marmot) обозначил подход с учетом всех этапов жизни человека как способ осмыслить процесс, в ходе которого человек накапливает положительные и отрицательные последствия для здоровья в течение всей своей жизни. Хотя, некоторые из таких последствий со временем могут ослабнуть или исчезнуть, многие из них сохраняются на протяжении жизни и могут создать кумулятивный эффект, взаимодействуя с новыми последствиями (см. рисунок 1 (2)).

Исторический опыт показывает, что моменты перехода от одного этапа жизни к другому, всегда менялись и эволюционировали. Например, в Англии в 1913 году много детей и женщин умирало при родах, дети часто начинали работать в возрасте до 16 лет, а взрослые люди достигали старости уже к 50 годам. Законодательные изменения, касающиеся школьных требований и пенсионного возраста, лучшее понимание развития ребенка с учетом значения первых лет жизни для формирования нервной системы, а также осознание роли более широких детерминантов здоровья, включая трудоустройство и жилье, помогли нам глубже проникнуть в суть различных этапов жизненного пути.

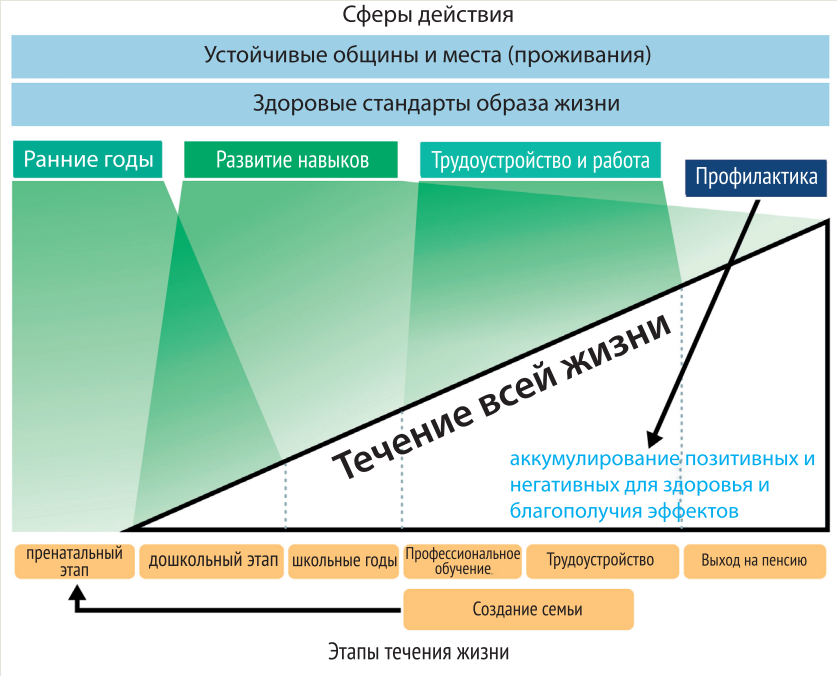
В Англии, когда мы говорим о подходе, охватывающем все этапы жизни человека, мы, как правило, рассматриваем четыре этапа: детство, подростковый возраст, трудоспособный возраст и пожилой возраст. Несмотря на то, что данные этапы жизни могут быть хронологическими, они также обозначают ключевые переходные моменты в жизненном опыте и самостоятельности человека. Переход от детства к подростковому возрасту часто характеризуется большей степенью самостоятельности, в частности, в вопросах выбора образа жизни и обращения за медицинскими консультациями. Этот период также традиционно ассоциируется с бунтарским и вызывающим поведением, по мере того как происходит формирование взрослого человека. Изменение статуса студента на статус работающего человека или получателя социального пособия, является важным переходом к самостоятельности и независимости, а выход работающего человека на пенсию может означать уменьшение независимости и самостоятельности из-за уязвимости и слабого здоровья.

## Обоснование для принятия принципа, охватывающего все этапы жизни человека

Приняв этот долгосрочный подход, мы можем приступить к рассмотрению основных причин, обусловливающих состояние здоровья и благополучие, и обеспечить осуществление на национальном и местном уровне мер, которые смогут оказать решающее влияние на результаты.

Более того, предполагается, что в течение следующих тридцати лет население Великобритании будет расти, причем наибольший прирост ожидается в старшей возрастной группе. Поэтому меры, которые мы принимаем в настоящее время на всех этапах жизни, сыграют полезную роль в будущем, если они способны эффективно сократить бремя заболеваний по мере увеличения общей численности пожилых людей.

**Рисунок 1. Принцип охвата всех этапов жизни человека в здоровье (2)**



Ann Hoskins

Justin Varney

## Какие существуют доказательства эффективности?

За последние пятьдесят лет существенно расширилось понимание и доказательная база в отношении вопросов, связанных с ролью различных событий на протяжении всей жизни (3). Например, в настоящее время мы признаем влияние питания матери на риск развития остеопороза (4), долгосрочное воздействие неблагоприятных переживаний раннего детства на взрослую жизнь и влияние состояния физического здоровья и модели поведения взрослого человека на возникновение в пожилом возрасте таких заболеваний, как деменция (2).

Международный опыт убедительно свидетельствует о важности первых лет жизни для улучшения жизни и расширения жизненных шансов детей (5). В обзоре Мармота (Marmot) под названием «Справедливое общество, здоровая жизнь» отмечается важность принятия подхода, охватывающего все этапы жизни, к решению проблемы неравенства в области здравоохранения и подчеркивается значение ранних лет как периода, требующего особого внимания, поскольку именно на этом этапе происходит наиболее активное развитие головного мозга (2). «Обзор социальных детерминантов здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ» (6) указывает, что данный подход играет важнейшую роль в выявлении кумулятивного воздействия социальных детерминантов на здоровье и в сокращении, связанных с этим фактором, несправедливостей.

Проведенное в Англии национальное обследование домашних хозяйств показало, что взрослые люди, которые в детстве сталкивались с четырьмя или более случаями негативного опыта, чаще демонстрировали модели поведения, наносящего вред здоровью, включая неумеренное потребление алкоголя, курение, заражение инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), подростковую беременность и совершение насилия во взрослой жизни (7).

Хотя, основное внимание уделяется профилактическим мерам в детском и подростковом возрасте, важно признать, что никогда не поздно принять меры, способные обратить вспять воздействие накопленных негативных последствий на здоровье. Например, в ситуации с лицами преклонного возраста, страдающими деменцией и когнитивными нарушениями, занятия физическими упражнениями значительно улучшают не только физическую подготовку и физические функции, но и когнитивную функцию, а также положительно влияют на поведение (8).

## Подход к СРЗ с учетом всех этапов жизни человека

Каковы же последствия применения принципа, охватывающего все этапы жизни для улучшения результатов в области СРЗ?

### *Закладывание основ в детстве*

В ходе взросления, у детей формируется личность и восприятие себя. Исследования доказывают важность позитивного выполнения родительских обязанностей для создания социальных и эмоциональных основ, на которых строятся здоровые и безопасные отношения в течение всей жизни (9).

Говоря о детстве, к сожалению, мы все еще должны учитывать влияние сексуальных домогательств и того пожизненного бремени, которое такие домогательства могут повлечь за собой. Профилактические кампании, включая «Правило нижнего белья», разработанное Национальным обществом по предупреждению жестокого обращения с детьми (NSPCC) (10) и содержащее пояснения для родителей о том, как разговаривать с детьми о личных границах и осознании собственного «я» с целью предотвращения домогательств, возможно, позволят избежать личных и социальных затрат на протяжении всей жизни.

Школа остается ключевым местом как для получения образования, так и для социального развития детей. Соответствующее возрасту, всеобщее образование в области личного здоровья, социальных и экономических навыков (PHSE), а также программы в сфере полового просвещения и отношений (SRE), способствуют расширению знаний и усилению устойчивости детей, а также их успеваемости в школе (11).

### *Наращивание потенциала в подростковом возрасте*

Подростковый возраст является этапом больших перемен как в физическом, так и в эмоциональном плане. В этот период жизненно важно предоставить молодым людям высококачественное образование и возможность развития навыков для принятия решений, касающихся личных отношений и СРЗ, наряду с доступностью, соответствующих их возрасту, услуг и наличием благоприятной социальной и эмоциональной среды, в которой они могут расти и развивать свою личную и сексуальную идентичность.

Соответствующее возрасту, всеобщее образование в области личного здоровья, социальных и экономических навыков, а также программы в сфере полового просвещения и отношений, приносят ощутимую пользу. Результаты исследования Natsal-3 (12) показали, что изучение в школах программ по половому просвещению и отношениям коррелирует с лучшим состоянием СРЗ, включая менее рискованное поведение, меньшее количество диагностированных ИППП и меньше случаев незапланированной беременности или сексуального принуждения. В действительности, стратегия в области подростковой беременности в Англии, обязана своим успехом применению единого системного подхода, который включал профессиональную подготовку учителей по вопросам преподавания в школах программ по половому просвещению и отношениям. При этом, родители поощрялись разговаривать со своими детьми о сексе и отношениях, вовлекая практикующих специалистов сообщества в диалог с молодыми людьми, способствуя заблаговременному обращению молодежи за консультативной помощью и, предоставляя дружественные молодежи услуги в области СРЗ, с учетом обратной связи от детей и молодых людей (13).

Создание безопасной среды для молодых людей с целью развития их сексуальной идентичности, является ключом к здоровой половой и репродуктивной жизни, как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Все более крепнет понимание влияния издевательств и дискриминации на психическое здоровье и благополучие и, осознание взаимосвязи таких случаев с рискованным сексуальным поведением, особенно в отношении лесбиянок, геев, бисексуалов и транссексуалов юношеского возраста (14) и в отношении долгосрочной перспективы физического здоровья (15). Поэтому, устранение гомофобии и трансфобии в школах, является хорошим примером того, почему рассмотрение более широких детерминантов имеет важнейшее значение для продвижения позитивных установок в области СРЗ.

### *Работа со взрослыми людьми трудоспособного возраста*

Население трудоспособного возраста представляет собой разнообразную, гетерогенную группу людей, которые на протяжении жизни могут сталкиваться с целым рядом значительных событий – от брака, беременности и появления детей до покупки дома, смены места трудоустройства или потери работы. Все эти события в жизни связаны с существенными последствиями для психического здоровья и благополучия,

# ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА, ОХВАТЫВАЮЩЕГО ВСЕ ЭТАПЫ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА В СЕКСУАЛЬНОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ

причем эти последствия могут быть, как положительными, так и отрицательными.

В течение взрослой жизни, с людьми также происходят физиологические изменения. Осмотры беременных, скрининг рака шейки матки и обследования при менопаузе являются возможностью для специалистов здравоохранения проверить состояние СРЗ женщин и принять меры по его улучшению. Что касается мужчин, то существует меньше потенциальных возможностей для внеплановой проверки их здоровья, однако, программа медицинских осмотров Национальной службы здравоохранения в Англии, позволяет медицинским специалистам поднимать такие важные вопросы, касающиеся риска возникновения проблем со здоровьем, как, например, связь импотенции с хроническими заболеваниями, включая диабет и гипертонию.

Услуги в области СРЗ для людей трудоспособного возраста охватывают назначение контрацепции, ведение беременности, прерывание беременности, а также диагностику и лечение ИППП. Кроме того, существуют специализированные услуги, связанные с психосексуальной медициной и направленные на оказание помощи и поддержки тем, кто пострадал от сексуального насилия.

Характер ИППП, случаев нежелательной беременности и ВИЧ-инфекции различается на протяжении жизненного цикла и варьирует в зависимости от конкретной группы населения. Данные показывают, что взрослые люди сталкиваются с этими проблемами на протяжении всей жизни. Значительное количество людей старшего поколения заражаются ИППП, а повторное прерывание беременности остается проблемой для женщин среднего возраста (12,16-17).

ВИЧ-инфекция в Великобритании, по-прежнему, в первую очередь, затрагивает гомосексуальных, бисексуальных и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), а также представителей чернокожего населения и этнических меньшинств (18). Поэтому, нам следует думать не только о людях, которые уже инфицированы, но также рассматривать более обширные социальные и экономические факторы на протяжении всей жизни, которые, возможно, лежат в основе этого несоразмерного бремени на уровне индивида и всего населения. Доклад Департамента здравоохранения Англии (19) по неравенствам в отношении здоровья, затрагивающим МСМ, является примером принятия подхода, охватывающего все этапы жизни, который учитывает более широкие детерминанты СРЗ в рамках превентивного подхода к конкретной общине.

Единому системному подходу к СРЗ взрослых людей трудоспособного возраста исторически уделялось, и до сих пор уделяется, меньше внимания в контексте всего населения. Возможно, следует более тщательно изучить опыт применения единого системного подхода к подростковой беременности, в частности, в целях профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и нежелательной беременности, и применить полученные знания в работе со взрослыми людьми.

*Продолжение работы с пожилыми людьми*

Парадигма сексуальной активности в более позднем возрасте скорее обусловлена желанием и либидо, чем продолжением рода из-за физиологических возрастных изменений репродуктивной способности. На данном этапе жизни, взрослые люди могут стать более социально изолированными, поскольку они уходят с работы, у них ухудшается состояние здоровья, они теряют близких.

Хотя имеются некоторые подтверждения того, что сексуальная активность с возрастом снижается, также нельзя не согласиться, что многие взрослые люди остаются сексуально активными и в пожилом возрасте (20), приспосабливаясь и адаптируясь к своей инвалидности и заболеваниям, чтобы продолжать получать удовольствие от сексуальной жизни (21). Данные проведенных исследований говорят о том, что хотя не все пожилые люди желают вести активную сексуальную жизнь, для тех, кто имеет такое желание, сексуальная дисфункция может оказаться значительным фактором, влияющим на психическое здоровье и благополучие (22). Сексуальная дисфункция не является неизбежным следствием старения для обоих полов, а, скорее, отражением бремени накопленных факторов риска и непосредственных стрессогенных факторов (23). Возможно, это недостаточно используемый рычаг для пропаганды здорового образа жизни среди взрослого населения?

Сексуальная активность в пожилом жизни продолжает нести в себе риск ИППП, и, тем не менее, данная область является недостаточно изученной и недостаточно обсуждаемой в медицинском дискурсе.

## Резюме

Принцип охвата всех этапов жизни человека представляет собой полезную основу для того, чтобы меры по улучшению состояния здоровья, в том числе СРЗ, охватывали полностью все население и не замыкались в рамках одной возрастной группы или части сообщества. Он напоминает нам о том, что для развития здоровой сексуальной и репродуктивной жизни требуется единый системный подход и, что предпринятые в его рамках меры, могут резонировать на протяжении жизни человека. Кроме того, он выдвигает на первый план важность закладывания в детстве прочных основ, которые могут повлиять, как прямо, так и косвенно на результаты, выходящие за рамки индикаторов СРЗ. Наконец, он является важным напоминанием о том, что секс — это не только прерогатива молодежи и что, несмотря на возможное возрастное снижение репродуктивной способности, риски заражения инфекцией, сексуального насилия и домогательств, принуждения и причинения вреда продолжают существовать на протяжении всей жизни. В заключение следует отметить, что принцип охвата всех этапов жизни человека подразумевает, что СРЗ важно в любом возрасте и в любом сообществе, причем, как самостоятельный аспект здоровья и личности, так и как часть нашей жизни, которая может приносить радость и удовольствие в любом возрасте на всех этапах жизни.

**Ann Hoskins, MB BCH BAO, M Comm H, FFPH,**
Заместитель директора по вопросам здоровья и благополучия,
Отдел здоровья нации, Департамент здравоохранения Англии
Ann.Hoskins@phe.gov.uk

**Justin Varney, MBBS, MSc, FFPH,**
Национальный руководитель по вопросам здоровья и благополучия взрослых,
Департамент здравоохранения Англии
Justin.varney@phe.gov.uk

## Литература

1. Kuh D, Ben-Shlomo Y. *A Life-course Approach to Chronic Disease Epidemiology* Oxford: Oxford University Press, 1997.
2. *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010.* London: The Marmot Review, 2010. http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review
3. http://www.dwp.gov.uk/docs/early-intervention-next-steps.pdf
4. Javaid MK, Cooper C. Prenatal and childhood influences on osteoporosis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2002; 16(2): 349-67.
5. Wave Trust. *Conception to age 2: the age of opportunity.*
6. *Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region. Final Report.* Copenhagen: WHO

Regional Office for Europe, 2014.
7. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N et al. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviours in England. *BMC Medicine* 2014; 12:72.
8. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:1694–704.
9. Sitnick SL, Brennan LM, Forbes E et al. Developmental Pathways to Sexual Risk Behavior in High-Risk Adolescent Boys. *Pediatrics* 2014; 133(6): 1038–1045.
10. http://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/keeping-children-safe/underwear-rule/
11. Bonell C, Humphrey N, Fletcher A, Moore L et al. Why schools should promote pupils' health and well-being. *BMJ* 2014; 348:g3078.
12. Wellings K, Jones KJ, Mercer CH et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (NATSAL-3). *Lancet* 2013; 382(9907): 1807-1816.
13. Hadley A. The Teenage Pregnancy Strategy for England: Concerted effort can make a difference. *Entre Nous* 2014; 80: 28-29.
14. *Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men.* London: Public Health England, 2014.
15. Zou C, Andersen JP, Bloshnich JR. The Association Between Bullying and Physical Health Among Gay, Lesbian and Bisexual Individuals. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2013; 19(6): 356–365.
16. Department of Health (2015) Statistical data on abortion statistics in England and Wales for 2014. Table 3b & 4b. Accessed 28 August 2015 at: https://www.gov.uk/government/statistical-data-sets/abortion-statistics-england-and-wales-2014
17. Bespoke analysis of GUM returns to GUMCADv2 (data as of 19 May 2015) and chlamydia data from community services' returns to CTAD (May 2015); 2013 ONS data (Census 2011) by Public Health England.
18. *HIV in the United Kingdom: 2014 Report.* London: Public Health England, 2014. p5.
19. *Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men.* London: Public Health England, 2014.
20. Bretschneider J, McCoy N. Sexual interest and behaviour in healthy 80 to 102 year olds. *Arc. of sexual behaviour* 1988; 17(2):109-129.
21. Linday ST, Schumm P, Laumann EO et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357:762-774.
22. Korfage IJ, Pluijm S et al. Erectile Dysfunction and Mental Health in a General Population of Older Men. *J Sex Med* 2008; 6(2): 505-512.
23. Laumann E, Das A, Waite E. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57–85 Years of Age. *J Sex Med* 2008; 5(10): 2300-2311.

**Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. заключительный доклад, Университетский колледж Лондона, Институт справедливости в отношении здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014**

Этот обзор о несправедливости в отношении здоровья, проведенный во всех 53 государств-членов Региона, был направлен на поддержку разработки новой европейской политики здоровья и благополучия, Здоровье 2020. Он опирается на глобальные доказательства и рекомендует политики по четырем обширным темам (этапы жизненного цикла, общество в целом, более широкий контекст на макроуровне, и управления, медицинские услуги и системы мониторинга), чтобы уменьшить неравенства в состоянии здоровья во всех странах, в том числе, с низким уровнем доходов. Доступно на английском и русском языках по адресу: **http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinantsand-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report-rus .pdf**

**Справедливое Общество, Здоровые жизни. Обзор, подготовленный Михаел Мармот (Michael). Стратегический обзор неравенства в здравоохранении в Англии после 2010, Команда обозревателей под руководством Michael Marmot, 2010.**

Это отличный обзор и основа для действий выступает за подход жизненного пути для того, чтобы надлежащим образом решить неравенства здоровья, с которыми сталкиваются в Англии и для обеспечения социальной справедливости, здоровья, устойчивости, которые находятся в центре разработки политики, чтобы максимально увеличить потенциал отдельных лиц и общин на всех уровнях. Доступно на английском по адресу: **http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-themarmot-review**

# ПРИНЦИП ОХВАТА ВСЕХ ЭТАПОВ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА В СЕКСУАЛЬНОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ (СРЗ)

**«Для успешного улучшения состояния здоровья на ключевых этапах жизни, требуются непрерывные меры на протяжении всего жизненного цикла, в сочетании с усилиями по укреплению систем предоставления услуг здравоохранения и, решение более широкого спектра социальных и экономических детерминант здоровья».**

Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

## Принцип охвата всех этапов жизни человека в здоровье

ВОЗ определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». (http://who.int/about/definition/en/print.html) Поэтому, внимание ВОЗ направлено не только на сокращение смертности и заболеваемости. В последние десятилетия, все в большей степени, рассматривается влияние таких детерминантов, как экологические, экономические и социальные на здоровье и благополучие людей в различные периоды жизни.

Значимость жизненного цикла в рамках здоровья и здравоохранения часто низводится до уровня «здравого смысла», и популяризация данного понятия считается «ненужной». «Однако, в действительности, принятие этого принципа имеет огромные последствия в том, как рассматриваются вопросы здоровья отдельного человека, для подготовки специалистов в области здравоохранения, и механизма развития систем здравоохранения с целью оптимального удовлетворения медицинских потребностей людей (1)».

Европейское региональное бюро ВОЗ всецело поддержало подход охвата всех этапов жизни (жизненного пути) человека к здоровью и определило «инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан» в качестве одного из четырех приоритетных направлений действий политики Здоровье-2020 (2). Ключевые этапы жизни людей имеют особое значение для их здоровья. Подход к здоровью, охватывающий все этапы жизни, направлен на признание важности этих этапов. Особое внимание в Европейском регионе уделяется четырем направлениям, а именно: здоровью матерей и новорожденных, здоровью детей и подростков, сексуальному и репродуктивному здоровью (СРЗ) и здоровому старению (3).

## Трудности на пути реализации подхода охвата всех этапов жизни человека к здоровью

Теоретическая основа подхода жизненного пути к здоровью, включая СРЗ, все в большей степени подкрепляется убедительными доказательствами и представляет собой рациональную и разумную стратегию (4). Однако, применение подхода, охватывающего все этапы жизни, к разработке и реализации проверенных мер по улучшению здоровья и благополучия и предотвращению неэффективных результатов, в реальности не является простой задачей. Факторы, затрудняющие претворение в жизнь подхода с учетом всех этапов жизни, включают, в частности, следующие:

1. Как генетические, так и обусловленные, окружающей средой факторы, включая социально-экономическую среду, оказывают влияние на формирование модели состояния здоровья и заболеваемости на разных этапах жизни. Однако, в настоящее время, мы обладаем ограниченной способностью изменять эти потенциальные генетические детерминанты в рамках нескольких поколений. Кроме того, в связи с необходимостью межсекторального сотрудничества как внутри, так и за пределами правительства и общества, в целом более масштабная проблема социально-экономического неравенства часто игнорируется, поскольку считается слишком сложной и, следовательно, трудноразрешимой.
2. Исторический опыт показывает, что правительства не всегда применяют долгосрочную концепцию или подход, когда дело касается финансирования и вложения средств. Слишком часто, упор делается на незамедлительные, легко ощутимые результаты. Это противоречит подходу охвата всех этапов жизни человека, который в долгосрочной перспективе приносит более весомые дивиденды и результаты, но требует осуществления и сохранения инвестиций с учетом долгосрочной перспективы. Кроме того, результаты таких инвестиций, в большинстве случаев, не будут ощутимыми в краткосрочной и даже среднесрочной перспективе. Для принятия долгосрочной концепции необходимо изменение политического мышления и ожиданий, что не всегда дается легко.
3. Во многих странах система здравоохранения фрагментирована, ослаблена и действует недостаточно оптимально. Это, слишком часто, приводит к трудностям обеспечения базовой помощи и услуг всем нуждающимся, особенно в критические переходные периоды жизни, например, в подростковом возрасте или в процессе старения
4. Необходимость в комплексном подходе, который подразумевается концепцией жизненного цикла, не отражена в достаточной мере в обучении медицинских работников, в организации систем здравоохранения и в предоставлении услуг здравоохранения.
5. К сожалению, международные инициативы в области развития (и приоритеты стран-доноров и стран-получателей) часто стоят на пути подхода к здоровью с учетом всех этапов жизни человека, вольно или невольно провоцируя фрагментацию оказываемых услуг здравоохранения. Например, акцент на планировании семьи, в течение многих десятилетий, привел к созданию в ряде стран отдельных клиник планирования семьи, не связанных с предоставлением других услуг в области женского здоровья. В некоторых странах, результатом такого акцента на планирование семьи стало учреждение министерств по вопросам народонаселения и планирования семьи, независимых от министерств здравоохранения. Кроме того, разделение целей, касающихся материнского и репродуктивного здоровья (цель 5) и детского здоровья (цель 4), в рамках Целей развития тысячелетия (ЦТР), не стало решением досадной проблемы дихотомии между охраной здоровья матерей и новорожденных, и которая препятствует достижению прогресса в охране здоровья новорожденных и младенцев. В цели устойчивого развития (ЦУР), принятые на Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 25-27 сентября 2015 года, включена цель 3 («Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»), которая объединяет цели по борьбе с материнской, младенческой и детской смертностью и, по обеспечению всеобщего доступа к услугам в СРЗ, включая планирование семьи (5). Такая постановка цели позволяет частично устранить фрагментацию, которая присутствовала в ЦРТ. Тем не менее,

тот факт, что цель 3 ЦУР подразумевает не менее девяти задач и все цели ЦУР в совокупности включают 169 задач, на которые в общей сложности приходятся более 300 первоначальных предложенных показателей (!!), ставит под сомнение объем внимания, которое будет уделяться СРЗ, в том числе здоровью матерей и новорожденных, в повестке дня в области развития на период после 2015 года.

6. Некоторые сферы СРЗ касаются деликатных вопросов, как, например, сексуальность и доступ к безопасным абортам, и, следовательно, ряд правительств не стремятся принимать в этих областях прогрессивные политические меры, основанные на принципах защиты прав.
7. И, наконец, что не менее важно, подход охвата всех этапов жизни человека к здоровью, во многом касается профилактики, а не лечения, и поэтому его успех в значительной степени зависит от самих людей – от их заинтересованности в своем здоровье и благополучии и от того, как они заботятся о своем здоровье. Для этого людям необходимо предоставить соответствующие инструменты. Одним из таких инструментов, который, пожалуй, играет главную роль, является просвещение по вопросам здоровья с раннего возраста. Что касается СРЗ, к сожалению, слишком много обществ по-прежнему считают, что сексуальное образование молодежи является неуместным.

## Непрерывный уход и принцип охвата всех этапов жизни человека

IB важнейшей области СРЗ особое внимание уделяется здоровью матерей и новорожденных, в частности, физическому здоровью женщин во время беременности и родов, а также здоровью матерей и их младенцев в течение первых нескольких недель после родов. Ключевым принципом, за который выступает ВОЗ с целью улучшения здоровья матери, новорожденного и ребенка (ЗМНР), является принятие подхода по принципу « непрерывного ухода» как в рамках программ, так и со стороны лиц, ответственных за принятие политических решений (6). Этот подход имеет две характерные черты. Во-первых, такой подход означает, что базовая помощь в области ЗМНР должна обеспечиваться «вертикально» от отдельного домашнего хозяйства до сообщества и до медицинских учреждений (см. рисунок 1). Во-вторых, подразумевается, что помощь также должна предоставляться непрерывно и беспрепятственно в различные периоды жизненного пути, включенные в подход с учетом всех этапов жизни человека (т.е. период до беременности/репродуктивный период, беременность, неонатальный период, младенчество, детство и подростковый период) (см. рисунок 2). Такой комплексный подход, охватывающий все этапы жизни, в сочетании с укреплением систем всеобщего медицинского обслуживания, мог бы в значительной степени способствовать улучшению показателей здоровья, как на уровне отдельных людей, так и населения в целом, однако на сегодняшний день почти ни одной стране не удалось достичь этого идеала.

В настоящее время, хорошо известно, что среда в утробе матери, взаимодействуя с генетической предрасположенностью, может иметь долгосрочные последствия для физиологии плода и обусловить риск развития заболеваний в более

**Рис.1 Континуум помощи на уровне системы здравоохранения**

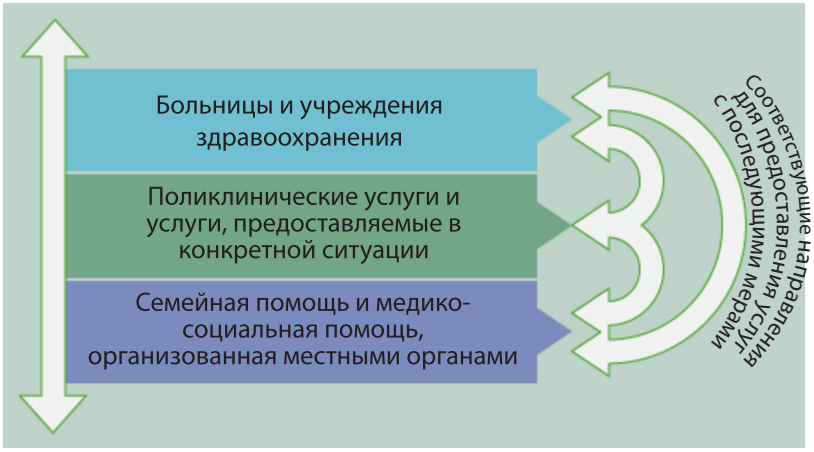
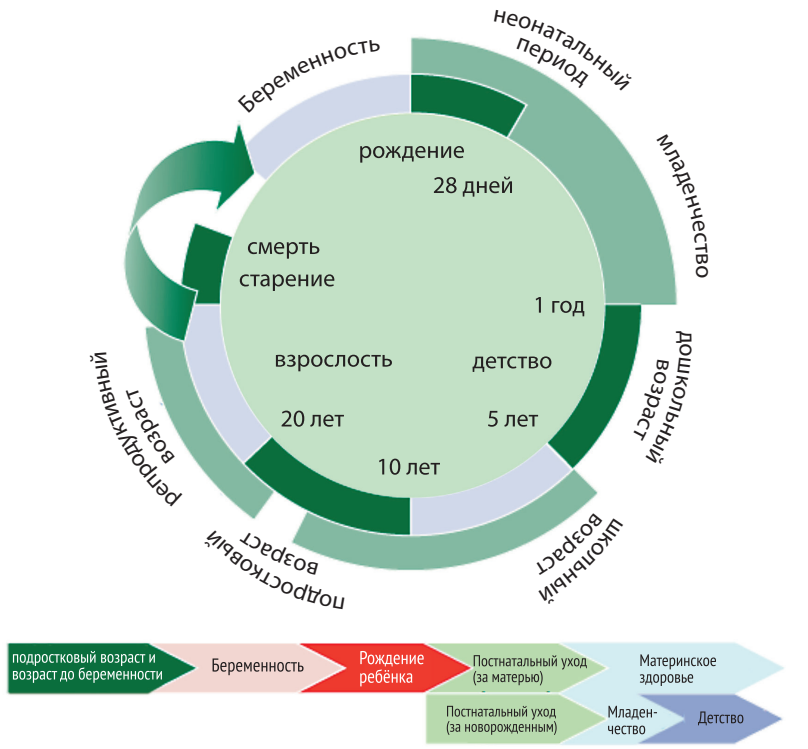



**Рис.2 Континуум помощи на уровне отдельного индивида**



# ПРИНЦИП ОХВАТА ВСЕХ ЭТАПОВ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА В СЕКСУАЛЬНОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ (СРЗ)

позднем возрасте. Например, состояние здоровья матери и ее питание до и во время беременности, а также наличие стресса и использование запрещенных наркотиков, алкоголя и табака во время беременности могут привести к неблагоприятным исходам беременности (т.е. задержке внутриутробного развития, преждевременным родам, мертворождению) и повлиять на плод и раннее развитие мозга. Неоптимальное начало жизни связано с повышенным риском возникновения ряда заболеваний, особенно неинфекционных заболеваний, на более поздних этапах жизни (данное понятие известно как «Первопричины здоровья и заболеваний, обусловленные развитием»). Такие нарушения здоровья включают сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, сахарный диабет 2-го типа и метаболические расстройства, остеопороз, хроническую обструктивную болезнь легких, некоторые формы рака и психические заболевания. Своевременно принятые меры могут уменьшить этот риск для человека, а также ограничить его передачу следующему поколению, что объясняет важность предоставления качественной информации и услуг до зачатия, а также ведение беременности для всех женщин, особенно женщин из неблагополучной среды, которые, вероятнее всего, получают неполноценное питание или страдают от проблем психического характера или злоупотребляют запрещенными веществами.

Школьные годы представляют собой еще один критический жизненный этап в области СРЗ, поскольку полученное на данном этапе всеобъемлющее половое воспитание , соответствующее возрасту, впоследствии будет влиять на изменение рискованного поведения, которое может привести к незапланированной беременности или заражению инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП).

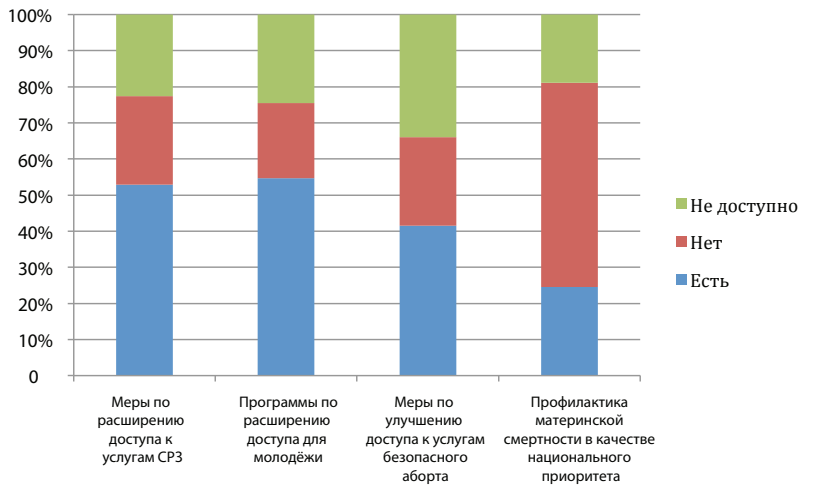
Говоря о подростковом возрасте, существуют дальнейшие возможности для разработки политики, способной повлиять на ключевые события, включая минимальный возраст вступления в брак, для того чтобы девушки (и юноши) были физически и психологически готовы к беременности и появлению детей. Дружественные к молодежи программы зарекомендовали свою эффективность, как способ влияния на начало половой жизни, своевременное использование контрацепции для предотвращения нежелательной беременности и принятие мер по защите от ИППП. Такие программы также обладают потенциалом для того, чтобы предотвратить гендерное насилие в отношении женщин и девочек.

Во многих регионах, за исключением более богатых стран, другим аспектам СРЗ уделяется гораздо меньше внимания, по сравнению с ЗМНР. К таким аспектам, которые могут сопровождать человека на протяжении всей жизни, относятся бесплодие, часто возникающее в результате инфекционного воздействия на половые пути в раннем возрасте (например, ИППП или небезопасный аборт), рак гениталий и других органов и долгосрочные последствия родоразрешения, например, пролапс гениталий и недержание кала и/или мочи. Кроме того, вопросам мужского воспроизводства и нарушениям психического характера, связанным с половым поведением и воспроизводством потомства, часто уделяется мало внимания или не уделяется вообще.

## Оценка прогресса на пути к улучшению сексуального и репродуктивного здоровья

В 2006 году ВОЗ опубликовала список 17 показателей репродуктивного здоровья для последовательного глобального мониторинга и оценки услуг и результатов в области СРЗ (8). Впоследствии, в этот список были внесены изменения, а после принятия второй Задачи 5.В – «Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к охране репродуктивного здоровья» в рамках ЦТР 5, было предложено несколько новых показателей (9). Мониторинг этих целей и показателей и осуществление необходимой политики и программ для их достижения будет, в значительной мере, способствовать реализации комплексного подхода, охватывающего все этапы жизни человека. Тем не менее, многим странам, до сих пор не удалось внедрить наиболее важные политические меры и программы в области СРЗ. В равной степени, обеспокоенность вызывает тот факт, что страны либо не осуществляют мониторинг, либо не сообщают о результатах мониторинга международным организациям, таким как ООН или ВОЗ. На рисунке 3 показано несколько примеров политических мер в области СРЗ и внимания, уделяемого им со стороны 53 стран Европейского региона (10). Из рисунка следует, что только 40-50 % стран региона внедрили программы/меры для расширения доступа к услугам в области СРЗ, для повышения доступа молодежи к услугам в области СРЗ и для улучшения доступа к услугам безопасных абортов. От 20 до 25% стран не внедрили конструктивную политику в этих трех областях. Что касается предотвращения материнской смертности, менее четверти стран считают данный вопрос национальным приоритетом, но такая ситуация, вероятно, отражает тот факт, что материнская смертность в Европейском регионе является самой низкой среди регионов ВОЗ. Изображенный на рисунке процентный показатель со значением «Нет данных» (19-34 %) имеет столь же большое значение, как и показатели «Да» и «Нет». Это свидетельствует о необходимости более полных наборов данных для обеспечения мониторинга действий, выполняемых странами для претворения в жизнь важнейших политических мер по улучшению СРЗ и благополучия населения.В равной степени, поразительным является отсутствие информации, касающейся представленных странами отчетов о важнейших отдельных показателях СРЗ. Например, Европейская база данных «Здоровье для всех» (http://data.euro.who.int/hfadb/) содержит данные

**Рис. 3: Элементы политики в сфере репродуктивного здоровья в странах Европейского региона (N=53)(10).**



о распространенности использования противозачаточных средств лишь в 41 странах из 53 стран региона; для 12 из этих стран данные ограничиваются одним моментом времени в 1990-х годах (11 стран) или в 2000 году (одна страна).

## Основные меры и действия

На основании указанных выводов, можно определить ряд действий, которые страны могли бы предпринять для укрепления принципа охвата всех этапов жизни человека в СРЗ. Ниже приведены некоторые из таких действий:

- **Установление межсекторального сотрудничества для решения проблемы плохих социально-экономических условий.** Как уже упоминалось ранее, женщины из бедных слоев населения, с большей вероятностью, подвержены неблагоприятным исходам беременности, а их новорожденные дети, подвержены более высокому риску развития определенных заболеваний в последующие годы жизни.
- **Укрепление систем здравоохранения по вертикали и горизонтали.** Четко выраженная вертикальная интеграция между разными уровнями системы здравоохранения (рис. 1), обеспечит доступ пациентов к необходимому уровню медицинской помощи, например, при возникновении осложнений во время беременности или родов или, в случае необходимости, специализированного исследования причин бесплодия. Эффективная горизонтальная интеграция между различными службами и услугами здравоохранения имеет принципиальное значение, обеспечивая возможность для пациентов извлекать пользу из комплексного подхода к их нуждам в области СРЗ на всех этапах жизни.
- **Создание механизма (-ов) для обеспечения устойчивых долгосрочных инвестиций.** По своей природе, меры, охватывающие все этапы жизни, редко дают ощутимые результаты в краткосрочной перспективе. Следовательно, необходимо найти способы, которые помогут политическим мерам и программам, включая требуемое финансирование, не стать жертвой политических прихотей, касающихся изменений государственных приоритетов.
- **Обзор и пересмотр, по мере необходимости, учебных программ для медицинских работников.** Было бы целесообразно включить в курс обучения работников, предоставляющих услуги в области СРЗ, такие темы, как распознавание проявлений сексуального насилия, а также насилия со стороны интимного партнера.
- **Половое просвещение всех детей школьного возраста.** Несмотря на то, что половое просвещение часто обсуждается и оценивается с точки зрения его роли в снижении подростковой беременности и показателей ИППП, оно преследует более широкую основную цель. Эта цель: дать молодым людям возможность получить информацию, исследовать свои ценности и приобрести навыки межличностных отношений, которые позволят им избежать активной половой жизни, пока они не будут к ней готовы, предотвратить незащищенные половые контакты и помочь им стать ответственными, сексуально здоровыми взрослыми людьми.
- **Ликвидация пробелов в предоставлении услуг в критические переходные периоды жизни.** Ярким примером такого пробела является отсутствие специализированных услуг, адаптированных к нуждам молодежи. Зачастую, такая ситуация возникает из-за убеждения, что молодые люди не должны вести активную половую жизнь и, следовательно, не должны иметь никакой потребности в информации и услугах в сфере СРЗ. Напротив, необходимо приложить усилия по обеспечению доступа подростков, в том числе, не состоящих в браке, к полному спектру услуг в области СРЗ.
- **Поддержка международных и национальных усилий по укреплению здоровья, которые оказывают влияние на результаты СРЗ.** АКак уже упоминалось ранее, плохое здоровье матери до и во время беременности и употребление запрещенных наркотиков, алкоголя и табака во время беременности, создает риски для плода, как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Комплексная политика для улучшения результатов СРЗ должна также включать пропаганду здорового образа жизни, направленную на стимулирование физической активности и поощрение правильного питания, а также предотвращение избыточного веса и потребления табака и других вредных веществ.
- **Укрепление мер по мониторингу и оценке.** Такие меры необходимы для того, чтобы влияние политических решений и вмешательств было задокументировано, что позволит делиться этой информацией с другими странами. Очень важно задействовать в мероприятиях по мониторингу и оценке людей из неблагополучной среды, включая группы меньшинств, мигрантов и вынужденных переселенцев, которые могут не иметь доступа к регулярной медицинской помощи и, которым требуются специализированные услуги. «Только подсчитав неподсчитанное, мы сможем достичь недостигнутое» (5).
- **Поддержка полного спектра исследований в области СРЗ.** Это включает в себя исследование базовых, клинических и эпидемиологических систем и систем здравоохранения с целью обеспечения доказательной базы для разработки продуманных политических решений и программ.

**Paul F. A. Van Look, MD, PhD**
Consultant,
vanlookp@bluewin.ch

## Литература

1. *The implications for training of embracing a life course approach to health.* Geneva: WHO, 2000.
2. *Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.
3. *Health at key stages of life – the life-course approach to public health.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, undated. Accessed on 11 August 2015 at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/140671/CorpBrochure_life-course_approach.pdf
4. Power C, Kuh D, Morton S. From developmental origins of adult disease to life course research on adult disease and aging: insights from birth cohort studies. *Annual Review of Public Health* 2013; 34: 7-28.
5. *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development.* New York: United Nations, 2015.
6. *Make every mother and child count.* Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA et al. Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007; 370:1358-69.
8. *Reproductive health indicators. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring.* Geneva: WHO, 2006.
9. *Technical consultation on reproductive health indicators, Geneva, 21-22 September 2005, Summary report.* Geneva: WHO, 2007.
10. *Reproductive health policies 2014.* New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2014.

# ПРИНЦИП ОХВАТА ВСЕХ ЭТАПОВ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА В СЕКСУАЛЬНОМ И РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ (СРЗ), ПРИНЯТЫЙ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ: ПРАКТИКА АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА (АНУ)

## Антенатальный уход

Беременность является нормальным физиологическим процессом, и для большинства женщин она желанна и протекает без осложнений, завершаясь благополучными родами и послеродовым периодом. Однако, беременность может быть осложнена из-за уже существующих нарушений здоровья матери; из-за неблагополучного социально-экономического статуса женщины; её возраста; осложнений, связанных как с предыдущими родами, так и теми, что сопровождают текущую беременность (1). АНУ предоставляет идеальную возможность медицинского вмешательства в течение беременности, что может оказать влияние на текущее и будущее состояние здоровья, как женщины, так и её ребёнка.

АНУ включает в себя просвещение, консультирование, медицинское обследование и лечение. В АНУ также входят вмешательства, основанные на доказательной медицине, с учётом их эффективности, конкретной эпидемиологической ситуации или специфических заболеваний (1). Каждая беременная женщина имеет право на АНУ, который предоставляется в странах Европы либо бесплатно, либо за небольшую плату.

Женщина имеет возможность посетить антенатальную клинику для проведения теста на беременность на ранней её стадии (1). Однако, беременность не всегда бывает желанной. Если женщина предпочтёт прервать беременность в странах, где право на аборт предусматривается законом, ей следует получить направление на безопасный аборт и консультирование, за которыми последуют рекомендации по контрацепции и выписывание рецепта (1).

Случаи нежелательной беременности, завершающиеся родами, чреваты неблагоприятным исходом, как для здоровья матери, так и ребёнка. В такой ситуации, женщины чаще впервые обращаются за услугами АНУ на поздних сроках беременности, и они могут быть подвержены более высокому риску возникновения проблем с психикой, ведущим к преждевременным родам и неблагоприятным последствиям для здоровья ребёнка (2). Согласно результатам исследования, проведённого в Праге, нежеланные дети чаще сталкиваются с риском насилия в детстве, подростковом возрасте и позже, лет до 35, что делает более вероятным развитие у них психических расстройств и заболеваний (3).

Безопасный и эффективный медицинский аборт был сделан в Европе 1,5 миллионам женщин, при том, что связанных с этой операцией осложнений, зарегистрировано мало (4). В то же самое время, небезопасные аборты продолжают оставаться существенной причиной женской заболеваемости и смертности и относятся к одной из основных причин материнской смертности во многих странах Центральной и Восточной Европы, а также – Центральной Азии. К основным осложнениям небезопасных абортов относятся кровотечения и инфекции. Долгосрочными последствиями становятся хронические инфекции и вторичное бесплодие (5). Таким образом, неотъемлемой частью эффективного АНУ должна быть, в случае нежелательной беременности, работа по обеспечению своевременного и соответствующего направления женщин на безопасный медицинский аборт, если возможность такого прерывания беременности предусмотрена законодательством конкретной страны.

Важной частью услуг и просвещения в вопросах здоровья, предоставляемых в рамках АНУ, является научно обоснованная информация. К таковой относятся сведения о нормальном, для периода беременности, прибавлении в весе; о последствиях избыточного веса/ожирения; о вреде, причиняемом табаком/алкоголем/наркотиками; о питании и преимуществах грудного вскармливания (1). Все эти факторы признаются важными детерминантами, текущего и будущего состояния здоровья, как матери, так и младенца/ребёнка, а также – вероятности развития у них всевозможных заболеваний. На сегодняшний день, курение табака является ведущей причиной смертности на глобальном уровне, тогда как, ожирение признаётся одной из главных причин смертности в развитых странах. Курение табачных изделий и ожирение – это основные факторы риска всевозможных хронических и неинфекционных заболеваний (6). Табак, также, оказывает влияние на все стадии репродукции человека. Согласно результатам исследований, с употреблением табака связан повышенный риск бесплодия и эктопической беременности. Курение матери угрожает как здоровью плода, так и новорожденного ребёнка. С курением ассоциируется повышенный риск выкидыша, замедление внутриутробного развития плода (в зависимости от дозы употребляемого табака), больший риск преждевременных родов, низкий вес при рождении, а также – различные врождённые дефекты (7). Курение матери также увеличивает на 47% риск появления синдрома внезапной смерти ребёнка (8).

Ожирение (индекс массы тела ≥30) получает всё большее распространение, и в Великобритании, например, одна из пяти женщин страдает ожирением на момент обращения за услугами АНУ (9). Ожирение влияет на течение беременности и родов, а также на состояние матери и её ребёнка в послеродовой период. Ожирение также ассоциируется с повышенным риском выкидыша, преэклампсией, гестационным диабетом. Риск мертворождения увеличивается, при этом, почти вдвое, и ребёнку грозит развитие таких врождённых дефектов, как, например, дефект нервной трубки и врождённые пороки сердца (9). Кроме того, ожирение может стать причиной преждевременных родов (10), макросомии плода, плечевой дистоции и родовой травмы. Есть вероятность того, что ожирение будет препятствовать началу и поддержанию грудного вскармливания. К долгосрочным последствиям ожирения относятся, также, повышенный риск ожирения у ребёнка, развития у него детского диабета 2 типа и метаболического синдрома (9).

Грудное молоко признаётся лучшим видом пищи для младенцев, и ВОЗ рекомендует придерживаться исключительно грудного вскармливания в течение, по крайней мере, первых 6 месяцев с момента рождения (11). Исключительно грудное вскармливание также помогает матери избавиться от лишнего веса, набранного в период беременности. Помимо прочего, оно способствует формированию привязанности между матерью и ребёнком, и даёт как кратко- так и долгосрочные преимущества для здоровья и ребёнка, и матери. Грудное вскармливание уменьшает частоту и тяжесть респираторных заболеваний, инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также снижает заболеваемость воспалением среднего уха и аллергией у младенцев (11). В свою очередь, кормление грудью защищает мать от рака груди. На каждые 12 месяцев кумулятивного периода грудного вскармливания приходится сокращение риска возникновения рака груди на 4,3% (12). Существует также возможность связи между грудным вскармливанием и снижением риска рака эндометрия, и есть доказательства того, что грудное вскармливание оказывает защитный эффект, препятствуя развитию рака яичников. Европейский кодекс борьбы против рака содержит следующие рекомендации: «Грудное вскармливание сокращает риск развития рака у матери. Если можете, кормите своего ребёнка грудью» (12).

К сожалению, грудное вскармливание не пользуется популярностью во многих европейских странах, и только 13% младенцев кормятся исключительно грудным молоком в течение первых 6 месяцев их жизни. Наибольший процент грудного вскармливания (>50%) наблюдается в Кыргызстане и Грузии, а самый низкий – в Великобритании, Финляндии и Греции (1%) (11). Среди стран Европы наблюдается отрицательная корреляция между грудным вскармливанием и экономическим статусом страны, и такое положение дел

необходимо изменить.

Преждевременные роды (ПР) – рождение живого младенца до завершения 37 недель гестационного периода – является главной причиной неонатальной смертности и заболеваемости, а кроме того, имеет такие долгосрочные неблагоприятные последствия для здоровья ребёнка, как повышенный риск церебрального паралича, нарушение зрения, проблемы с обучением и увеличение риска хронических заболеваний во взрослом возрасте. С осложнениями, вызванными ПР, связаны 35% из 3,1 миллиона смертей в год, и они являются второй наиболее распространённой причиной смерти детей до пяти лет, перенёсших пневмонию (13). Младенцы, имеющие низкий вес тела при рождении (НВТ<2500 гр.), являются второй по значимости группой в мире, для которой характерны перинатальная смертность и заболеваемость. К долгосрочным последствиям НВТ относятся повышенный риск развития сердечно-сосудистых и неинфекционных заболеваний. НВТ также связан с нарушениями развития нейрональных механизмов регулирования в детском возрасте, риск которых возрастает в случае недоношенности (12). АНУ предоставляет возможность обратитить внимание на факторы потенциального риска преждевременных родов и низкого веса при рождении и принять соответствующие меры для оптимизации веса при беременности, пропагандируя здоровое питание и диету, проводя диагностику и лечение хронических заболеваний, поощряя отказ от таких вредных для здоровья привычек, как курение, употребление алкоголя и использование наркотиков. Вмешательства АНУ также предусматривают проведение инфекционного скрининга во время беременности и лечение выявленных инфекционных заболеваний. В рамках АНУ предлагаются также и услуги по планированию семьи с целью отсрочки наступления беременности и увеличения промежутка между беременностями. Скрининг и лечение инфекционных заболеваний имеют особо важное значение, так как, благодаря этим мероприятиям, удаётся предоставить пациенткам надлежащий уход и уменьшить в кратко- и долгосрочной перспективе количество неблагоприятных для здоровья матери и её, не рождённого ещё, ребёнка последствий, что особено актуально, в случае обнаруженных у матери сифилиса, гепатита В или ВИЧ-инфекции. Например, скрининг на ВИЧ в сочетании с правильной антиретровирусной терапией и, при необходимости, кесаревым сечением, позволили сократить процент вертикальной передачи ВИЧ- инфекции от матери к младенцу.

## Прегравидарный уход

На сегодняшний день, растёт число доказательств того, насколько важен прегравидарный уход, как для женщины, так и для её будущего ребёнка. Прегравидарный уход позволяет обнаружить такие существующие в организме женщины проблемы и хронические болезни, как диабет, гипертензия, аутоимунные и сердечно-сосудистые заболевания. Подобный уход также даёт возможность обратить внимание на такие пагубные привычки, как курение, использование вредных веществ и алкоголя, позволяет констатировать ожирение – то есть все те элементы определённого образа жизни и поведения, от которых необходимо отказаться перед зачатием. Это поведение и привычки могут непосредственно повлиять на исход беременности и оказать серьёзное влияние на внутриутробное развитие ребёнка, что, в свою очередь, будет чревато долговременными последствиями для его здоровья (14). Результаты исследований свидетельствуют о том, что женщины, получающие информацию от медицинских работников до наступления беременности, более склонны изменить своё поведение. Среди простых примеров таких перемен к лучшему можно назвать более здоровую диету, приём фолиевой кислоты в качестве пищевой добавки (14). К сожалению, многие женщины впервые обращаются за услугами АНУ после 12 недель гестации, когда уже упущены как многие возможности перехода к более здоровому образу жизни, так и возможности предотвращения заболеваний.

## Заключение

Принцип охвата всех этапов жизни в АНУ основан на признании важности прегравидарного ухода. Этот подход призван предоставить женщинам и их будущим детям доступ к качественным услугам здравоохранения, информации и просвещению, которые могут оказать влияние на текущее состояние здоровья и предотвратить развитие заболеваний в будущем, начиная с младенчества и до зрелого возраста. Таким образом, чрезвычайно важно, чтобы ради здоровья нынешних и будущих поколений, все женщины имели доступ к АНУ.

**Annette Aronsson, MD, PhD,**
Старший консультант,
Директор, Центр сотрудничества ВОЗ в сфере репродуктивного здоровья; Университетская клиника Каролинска, Швеция (Karolinska University Hospital,
Sweden
Annette.aronsson@karolinska.se

## References

1. *WHO Antenatal care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* Geneva: WHO, 2002.
2. Santelli J et al. The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspect Sex Repro H* 2003; 35 (2): 94-101.
3. David DP. Born Unwanted, 35 years later: The Prague Study. *Reprod Health Matters* 2006; 148 (27): 181-190.
4. Hodorogea S and Comendant R. Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 110: S34-S37
5. Grimes DA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368: 1908-1919.
6. *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014.* Geneva: WHO, 2014.
7. *WHO Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second hand exposure to smoke exposure in pregnancy.* Geneva: WHO, 2013.
8. Marfu TC et al. Maternal smoking and the risk of stillbirth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015; 15:239 doi:10.1186/s12889-015-1552-5.
9. McGuire W et al. Maternal obesity: consequences for children, challenges for clinicians and carers. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010; 15: 108-112.
10. *Born too soon. The Global Action Report on Preterm Birth.* Geneva: WHO, 2012.
11. Tulay A et al. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutrition* 2015 doi:10.1017/S1368980015001767.
12. Scoccianti C et al. European code against cancer 4th Edition. Breastfeeding and cancer. *Cancer epidemiology* 2015 doi:10.1016/j.canep.2014.12.007.
13. Murray E et al. Diffential effect on intrauterine growth restriction on childhood development: a systematic review. *BJOG* 2015; 122(8): 1062-1072.
14. Shawe J. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015; 20: 77-87.

# ХОРОШЕЕ НАЧАЛО БЛАГОТВОРНО ПОВЛИЯЕТ НА ЖИЗНЬ В ЦЕЛОМ

## Введение

Врач, обычно, задаёт пациенту вопросы о его образе жизни, о работе и о том, занимается ли он спортом, чтобы понять, какие факторы могут оказывать влияние на здоровье пациента. И хотя такие вопросы часто помогают, новые исследования показывают, что они могут быть и безнадёжно устаревшими. Наш, нынешний, образ жизни действительно влияет на наше благополучие и состояние здоровья, но факторы риска, которым подвергался организм на ранней стадии своего развития, способны оказать гораздо более серьёзное воздействие на функции жизненно важных органов и вероятность тех или иных заболеваний.

**Вставка 1 Примеры стрессовых факторов, которые могут влиять на раннее развитие**

**Стресс-факторы, которые могут оказать пагубное влияние на развитие на раннем этапе жизни:**

- Нутритивный дисбаланс
- Химические вещества в окружающей среде
- Табачный дым, алкоголь, наркотики
- Фармакологические препараты
- Психологический стресс

В течение долгих лет, принято было считать, что развитие человеческого организма происходит в соответствии с жесткой генетической программой, на которую внешние факторы оказывают не слишком сильное воздействие. Теперь же стало очевидно, что развивающийся организм как плода, так и маленького ребёнка пластичен, и это свойство позволяет ему реагировать на окружающую среду, адаптируясь к ней (1). Такая пластичность насущно необходима для нормального развития, но, в то же время, она может привести к различным видам дисфункции или стать причиной повышенного риска заболеваний на более позднем этапе жизни. Более всего изучены последствия употребления беременными алкоголя, курения табачных изделий, нарушения ими пищевого баланса, использования определённых фармакологических препаратов и других промышленных химических веществ (см. Рамку с текстом 1). Например, существует вероятность того, что воздействие на плод метилртути, которая может содержаться в морепродуктах, вызовет задержку когнитивного развития с последствиями, проявляющимися и в зрелом возрасте (2).

## Значение и возможные последствия раннего вмешательства

Новые глубокие исследования позволяют сделать вывод о том, что профилактические меры по улучшению состояния материнского здоровья в краткосрочной перспективе принесут долговременные позитивные результаты, выраженные в значительном сокращении частоты новых случаев заболеваний у детей (Рис.1) (3). Таким образом, раннее вмешательство имеет гораздо больший коэффициент отдачи, нежели вмешательство, осуществляемое на более поздних этапах.

Недавние исследования выявили ещё один важный аспект. Основной механизм, ответственный за программу развития организма, включает в себя химическую модификацию ДНК, происходящую в результате такого процесса, например, как метилирование. Подобные эпигенетические изменения могут вызываться разнообразными стресс-факторами, обусловленными окружающей средой, и теперь стало очевидно, что эти изменения могут передаваться последующим поколениям, влияя на развитие организма потомков (4).

Исследования человеческого организма показали, что токсиканты, присутствующие в окружающей среде, плохое питание и нарушенный метаболический статус матери на ранних стадиях беременности и внутриутробной жизни плода, увеличивают риск различных нарушений метаболизма и сердечно-сосудистых заболеваний в зрелом возрасте. Вмешательства в период беременности, осуществляемые в правильно выбранный момент, могут оказать очень существенное влияние на процесс формирования плода, снижая при этом риск развития неинфекционных заболеваний (НИЗ) в течение всей последующей жизни. На Рис.1 показано, что своевременное вмешательство на ранних этапах развития ребёнка может значительно сократить риск возникновения хронических болезней у взрослого человека, и является гораздо эффективнее медицинского вмешательства во взрослом возрасте.

## Раннее вмешательство – залог более крепкого здоровья

Имея ввиду все, упомянутые выше, новые доказанные факты, мы должны сместить акценты нашей нынешней практики профилактических мер для того, чтобы оказывать эффективное воздействие на степень риска развития заболеваний на гораздо более раннем этапе, позитивно влияя на здоровье следующего поколения в течение всей его жизни. Необходимо делать гораздо больший упор на профилактику в самом начале жизни, когда она может оказать наиболее существенное позитивное влияние, а не откладывать вмешательство до тех пор, пока симптомы заболевания не проявятся во взрослом возрасте.

Ключевым моментом программ профилактики заболеваний должны быть просвещение и повышение уровня осведомлённости общества, примером чего может служить успешное снижение числа случаев фетального алкогольного синдрома. В более широком смысле, осознание матерью рисков окружающей среды, является одним из важнейших факторов защиты, развивающегося в её утробе, ребёнка (5). Таким образом, платформа для поддержания здоровья матери и ребёнка, которую можно было бы использовать в качестве основы просвещения женщин, включает в себя мероприятия, проводимые в кабинете врача и специализированных акушерских центрах, где женщин уже консультируют во время рутинных пренатальных и постнатальных визитов. Кроме этого, имеется возможность использовать новый метод анализа биомаркеров подверженности воздействию стресс-факторов (например, концентрация ртути в волосах), что позволяет выявлять беременности особого риска и назначать, в таких случаях, проведение дополнительных профилактических мероприятий.

Тем не менее, доступ к здоровым продуктам питания и избежание воздействия вредных химических веществ, связанных с производством, являются факторами, которые, отдельным семьям, трудно контролировать. Таким образом, необходима консолидация усилий всего общества по целенаправленной защите жизни на её самых уязвимых этапах, т.е. на стадии беременности женщины и в самом раннем детском возрасте. Во многих странах уже действуют законы, защищающие беременных женщин от производственных рисков (вредностей). Эти законы должны также охватить и другие, связанные с окружающей средой риски, и они должны быть применимы сразу, как только регистрируется факт беременности, а может быть, и ещё раньше.

Смещение акцента в программе превентивных мероприятий, потребует значительной реорганизации на различных уровнях, включая переориентирование профессионального медицинского образования. Государственная политика в сфере здравоохранения должна измениться таким образом, чтобы ответственность за профилактику развития НИЗ лежала не только на подверженных риску лицах, но и разделялась государством, поскольку, некоторые факторы риска, требуют вмешательства со стороны общества или правительств (1). Реализация новых эффективных мер охраны здоровья – дело сложное, но полученные, в результате существенные преимущества, послужат вознаграждением за затраченные усилия.

НИЗ повсеместно являются главной причиной смертности, так как две трети общего количества смертей в мире связаны именно с этими заболеваниями (6). Как и в случае многих других болезней, во всех странах больше всего от НИЗ страдают самые бедные и уязвимые слои населения. Такие НИЗ, как диабет и сердечно-сосудистые заболевания, широко распространены, и их часто считают либо исключительно генетически обусловленными, либо вызванными факторами, ассоциирующимися с определённым образом жизни.

Jessica Perry

Phillipe Grandjean

**Рисунок 1. Принцип охвата всех этапов жизни человека для профилактики болезней и воздействие на распространенность болезней (3).**

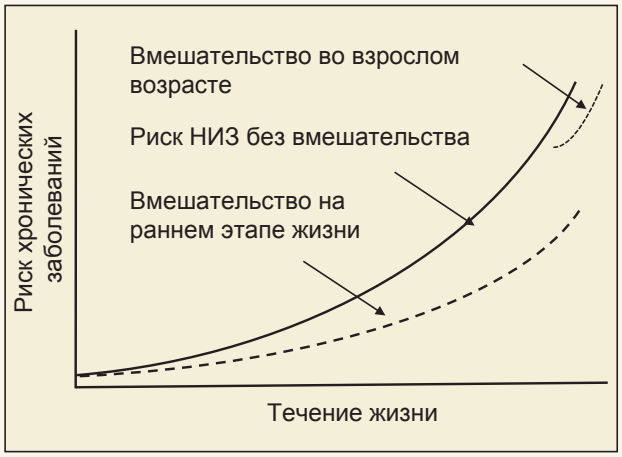
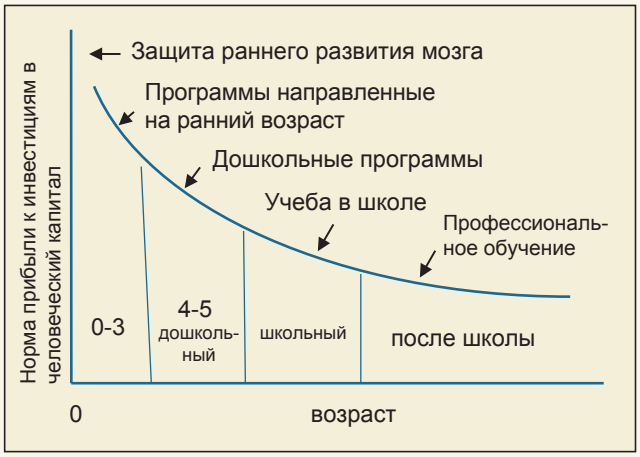



**Рисунок 2. Норма окупаемости экономического и социального пособия при вмешательствах на различных стадиях жизненного цикла (7).**




Достигнутый, за последнее время, прогресс в области эпигенетики и этиологии заболеваний, связанных с развитием организма, позволил глубже понять влияние стимулов окружающей среды на развитие плода в период беременности. Эта новая научная парадигма даёт надежду на то, что заболеваемость НИЗ не будет увеличиваться нынешними темпами, и что новые стратегии профилактики помогут сдержать рост будущих затрат на здравоохранение.

Помимо этого, результаты экономических исследований позволяют сделать вывод о том, что раннее вмешательство даёт гораздо больший экономический эффект (Figure 2) (7). Эти факты поддерживаются также результатами расчётов, в центре внимания которых вопросы защиты развивающегося мозга от эндокринных деструкторов, таких как, определённые виды пестицидов, в пренатальный период (8). Учёные подсчитали, что накопленные затраты для общества, связанные с потерями IQ (коэффициента интеллектуальности) в результате воздействия токсичных веществ, могут достигать огромной суммы, в размере миллиардов евро в год.

## Заключение

Политика в сфере здравоохранения и медицинская практика, долгие годы, исходили из предпосылки, согласно которой НИЗ вызываются сочетанием генетических факторов и факторов образа жизни, и лечить эти заболевания нужно во взрослом возрасте, когда проявляются их симптомы. Однако, недавние исследования показали, что риск развития многих заболеваний можно значительно снизить в результате раннего вмешательства. Для достижения наибольшего эффекта, некоторые мероприятия необходимо проводить во время пренатального развития плода. Ввиду того, что затраты на здравоохранение повсеместно растут из-за постоянного расширения пандемии НИЗ, вмешательство, направленное на сокращение факторов риска на раннем этапе жизни, станет важным дополнением реализуемых сейчас программ профилактики заболеваний. Несмотря на необходимость серьёзных перемен в политике здравоохранения, для реализации нового подхода и улучшения общего состояния здоровья населения, расчёты показывают, что экономическая эффективность профилактических вмешательств на раннем этапе жизни, очень значительна.

**Phillipe Grandjean, MD, DMSc,**
врач, доктор медицинских наук, профессор, заведующий Исследовательским отделом по вопросам гигиены окружающей среды, Университет Южной Дании, Оденсе, Дания,
PGrandjean@health.sdu.dk

**Jessica Perry, MHP,**
специалист по вопросам психического здоровья (MHP), Менеджер проекта, Отделение гигиены окружающей среды, Гарвард (Harvard T.H.) Факультет общественного здоровья (Chan School of Public Health) Boston, USA, jperry@hsph.harvard.edu

**Главное:**

- Воздействие токсинов, присутствующих в окружающей среде, на организм беременной матери может существенно повлиять на развитие её ребёнка, даже если организму матери не наносится ощутимый вред.
- Риск развития НИЗ можно значительно сократить мерами профилактики во время внутриутробного развития и в раннем детстве.
- Воздействие стресс-факторов окружающей среды в пренатальный период может вызвать и различные виды дисфункции, например, когнитивные расстройства и проблемы физического развития, проявляющиеся и во взрослом возрасте.
- Необходимо изменить практику и политику здравоохранения, чтобы перенести акцент на факторы риска для раннего этапа развития организма, что приведёт к общему улучшению состояния здоровья населения.

## Литература

1. Barouki R, Gluckman PD, Grandjean P et al. Developmental origins of non-communicable disease: implications for research and public health. *Environmental Health* 2012; 11: 42.
2. Debes F, Weihe P, Grandjean P. Cognitive deficits at age 22 years associated with prenatal exposure to methylmercury. *Cortex* 2015; in press.
3. Hanson M, Gluckman P. Developmental origins of noncommunicable disease: population and public health implications. *Am J Clin Nutr* 2011; 94(6 Suppl): 1754S-8S.
4. Skinner MK. Environmental stress and epigenetic transgenerational inheritance. *BMC Med* 2014; 12: 153.
5. Petersen I, McCrea RL, Lupattelli A et al. Women's perception of risks of adverse fetal pregnancy outcomes: a large-scale multinational survey. *BMJ open* 2015; 5(6):e007390.
6. Balbus JM, Barouki R, Birnbaum LS et al. Early-life prevention of non-communicable diseases. *Lancet* 2013; 381(9860): 3-4.
7. Campbell F, Conti G, Heckman JJ et al. Early childhood investments substantially boost adult health. *Science* 2014; 343(6178): 1478-85.
8. Bellanger M, Demeneix B, Grandjean P et al. Neurobehavioral Deficits, Diseases and Associated Costs of Exposure to Endocrine Disrupting Chemicals in the European Union. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100(4): 1256-66.

# НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (НИЗ) И СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ (СРЗ): СВЯЗИ И ВОЗМОЖНОСТИ

## Введение

НИЗ затрагивают все страны и людей всех возрастов. ВОЗ определила НИЗ как «самых больших убийц в мире» (1). НИЗ включают в себя ожирение, диабет и сердечно-сосудистые заболевания, скелетно-мышечные, психические и неврологические нарушения. Генеральная Ассамблея ООН, в документе о профилактике и контроле НИЗ, и министерство здравоохранения Великобритании подчеркнули важность принципа охвата всех этапов жизни в лечении НИЗ, от прегравидарного периода к беременности, младенчеству, детству и отрочеству, к взрослому состоянию и подготовке к старости. Подход к здоровью с учетом всех этапов жизни человека, признает возможность предотвращать и контролировать НИЗ на протяжении всех периодов жизни, предоставляя, таким образом, максимальную возможность профилактики первичного заболевания.

## Уровни заболеваемости в мире и влияние возрастных факторов на последующие риски заболеваний

В середине двадцатого века, обращалось большое внимание на образ жизни взрослых как на прогностический фактор здоровья и заболеваемости. Принято считать, что факторы образа жизни, такие как курение и нездоровая диета, в сочетании с генетической предрасположенностью к заболеванию, сильно влияют на здоровье взрослых. Исследования последних двух десятилетий, показали важность среды на ранних этапах жизни для развития риска заболевания в более поздние её периоды, а также и, в последующих поколениях. Это привело к возрождению интереса к ранним этапам жизни и к появлению подхода к здоровью с учетом всех стадий жизни, как отдельной области исследований в сфере эпидемиологии и здравоохранения.

На ранних стадиях формирования организма, адаптивные реакции на ряд стимулов имеют значение для развития риска заболевания, что постулируется термином «младенческие истоки» или понятием «младенческие истоки здоровья и болезни» (МИЗиБ) (DOHaD). Последующее влияние факторов среды в период младенчества, детства и взрослого возраста может изменить или регулировать этот риск заболеваемости в будущем. В среднем и более позднем возрасте социальные, психологические, физические и производственные факторы среды могут стать как причиной возникновения риска слабого здоровья и заболеваемости, так и способствовать усилению этого риска.

Модель младенческих истоков патогенеза болезней имеет имеет сильное биологическое обоснование. Эксперименты на животных неоднократно показывали, что изменения в диете беременных животных могут приводить к стойким изменениям в физиологии и метаболизме их потомства. Это пример возрастной или фенотипической пластичности, позволяющей одному генотипу вызывать разные физиологические и морфологические состояния, в зависимости от преобладающих условий среды в период развития. Появление эпигенетики дает возможность изучить молекулярные механизмы, лежащие в основе таких возрастных измнений.

## Факторы, способствующие здоровью и заболеваемости на ключевых этапах жизни

*Генетические факторы*

Развитие НИЗ обусловлено многими факторами, они могут быть результатом как влияния среды, так и проявлением генетической предрасположенности. Исследователи проявляют значительный интерес к определению генов, отвечающих за НИЗ, учитывая потенциал таких открытий для профилактики и лечения заболеваний. Так, с недавнего времени, повышенное внимание уделяется эпигенетическим механизмам, рассматриваемым в качестве факторов риска НИЗ. Все больше появляется данных о том, что экспрессия генов в потомстве под влиянием среды через организм матери, а также взаимодействие генов и факторов среды, являются важной предпосылкой развития в дальнейшем НИЗ.

*Факторы окружающей среды*

Сейчас считается общепризнанным, что утробная среда – решающий фактор роста и развития плода. Эксперименты над людьми и животными показали, что среда, в которой находится плод, определяется питанием матери во время беременности, а также, ее нутритивным статусом до беременности, метаболизмом и физиологией. Внутриутробная среда может иметь долгосрочное влияние на физиологию плода и риск заболеваемости во взрослой жизни.

Влияние материнской среды на здоровье и заболеваемость ребёнка в будущем, модифицируется средой, в которой ребенок растет. Неблагоприятные социоэкономические условия глубоко влияют на здоровье и благополучие ребенка. На детей оказывают воздействие как неблагоприятные условия жизни матери, так и социальная обстановка. Плохие жилищные условия и бездомность, низкие доходы или безработица родителей, а также, меняющийся состав семьи, влияют на детей, так как уменьшают способность родителей удовлетворять физические и эмоциональные нужды ребенка.

Известно, что воспитание примерно на 50% опосредует воздействие контекстуальных факторов, таких как бедность, влияющих на раннее развитие ребенка. Воспитание является одним из главных факторов, влияющих на социальное и эмоциональное развитие ребенка. Позитивное, проактивное воспитание связывается с высоким уровнем самоуважения у ребенка и развитием хороших социальных навыков. Оно также защищает от вредного поведения в подростковом возрасте, напимер, употребления наркотиков.

В подростковом возрасте влияние школы и сверстников становится сильнее, чем на более ранних этапах детства. Сверстники начинают оказывать влияние, хорошее или плохое, и оно может ослаблять влияние семьи. Чувство принадлежности к школе – важный защитный фактор для здоровья подростков. Окружающая среда станет оказывать сильное влияние, когда подростки начнут исследовать жизнь вне дома. Эффект такого воздействия может быть негативным, если в питании и физической среде доминируют нездоровые тенденции (примером могут служить заведения быстрого питания).

На здоровье взрослых может негативно отразиться неблагоприятная рабочая среда. Опасная или низкооплачиваемая работа, не защищающая работников от стресса и опасности, может вызывать заболевания. Основные расстройства, связанные с трудовой деятельностью, это проблемы с психическим здоровьем и скелетно-мышечные нарушения.

На здоровье человека может влиять физическая среда. Загрязнение воздуха связывается с респираторными инфекциями, а также, с повышенным риском инсульта и ишемической болезни сердца. Частота заболеваний, вызванных загрязнением среды, гораздо выше в странах в низким и средним уровнем доходов, чем в странах с высоким уровнем доходов.

Janis Baird

Cyrus Cooper

*Поведенческие факторы*
Практикуемые людьми модели поведения, относящегося к здоровью, влияют на риск заболевания. Детство и отрочество – важные этапы, когда складываются модели такого поведения. В первые несколько лет жизни, дети формируют модели питания и физической активности. В подростковом возрасте взаимодействие неврологических и физических изменений с меняющимися идентичностью и принадлежностью к социальным группам, повышает риск нездоровых моделей поведения. Большинство НИЗ тесно связаны с четырьмя моделями поведения: курением и употреблением табака, нездоровой диетой, физической инертностью и злоупотреблением алкоголем.

*Психосоциальные факторы*
Существуют отчетливые связи между позитивными психологическими состояниями и здоровьем, в том числе, низкий риск сердечно-сосудистых заболеваний и повышенная резистентность к инфекциям. Эти связи между позитивными эмоциями или настроениями и здоровьем, в дальнейшем, независимы от негативных эмоций, что позволяет предположить, что позитивные эмоции могут иметь прямые биологические последствия, полезные для здоровья. Уровень уверенности в себе и самоконтроля , связываются с объективными показателями здоровья на протяжении всей жизни и с долголетием.

## Переходные этапы жизни, создающие сложности для различных служб

*Предгравидарный период и беременность*
Все большее количество данных свидетельствует о том, что здоровье женщины и ее питание перед беременностью – важный прогностический фактор здоровья ее ребенка. Исследования в Саутгемптоне показали, что женщины детородного возраста, живущие в неблагоприятных условиях, питаются некачественно. Качество питания матери до и во время беременности и недостаточность определенных питательных микроэлементов влияют на развитие скелета её потомства. Интервенционные исследования в Индии показали, что предоставление пищевых добавок в предгравидарный период и во время беременности ведет к увеличению веса новорожденного.

Здоровье и благополучие отцов существенно влияют на здоровье и развитие их детей. Болезнь может передаваться от отца к детям общими генами, но также и общей средой и образом жизни. На здоровье и благополучие отцов влияют социальные обстоятельства их жизни, а такие факторы, как стресс или безработица, влияют на то, как отцы воспитывают своих детей и взаимодействуют с ними. Отцы также могут влиять на питание своих партнерш и детей: исследования женщин детородного возраста, живущих в неблагоприятных условиях, показали, что отсутствие поддержки в здоровом питании со стороны их партнеров, является препятствием к здоровой семейной диете.

Во время беременности здоровье матери оказывает значительное влияние на развитие плода. Такие факторы как стресс, питание, употребление наркотиков, табака и алкоголя могут неблагоприятно воздействовать на раннее развитие мозга плода. Сложное взаимодействие генетических факторов и факторов среды, определяет степень подверженности риску, восприимчивость к риску и перспективы беременной женщины. В частности, некоторые беременные женщины более восприимчивы к воздействию определенных факторов риска, чем другие.

Большинство беременных женщин хотят сделать все для блага своего ребенка, и эта повышенная мотивация может стать преимуществом, помогающим преодолеть привычки нездорового образа жизни и развить здоровые; например, можно помочь женщине бросить курить и побудить ее кормить ребенка грудью. Однако социальные условия жизни женщины могут препятствовать здоровому выбору, что, в свою очередь, может ухудшить исход беременности и последующее развитие ребенка. Вмешательство в предгравидарный период - еще более сложная задача. Данные говорят о том, что многие женщины не планируют беременность и не готовятся к ней.

Подростковая беременность – особенно сложная проблема. Во многих случаях беременность незапланирована и нежелательна. Это относится к 90% беременностей у девушек и женщин от 15 до 19 лет. Значит, подготовка к беременности невозможна. Инициативы по улучшению здоровья и питания подростков – девочек и мальчиков – могут сильно способствовать улучшению здоровья и благополучия младенцев. В Соединенном Королевстве (СК) образовательные инициативы, такие как, вмешательство Lifelab, направлены на подростков-мальчиков и девочек, с целью повысить их медицинскую грамотность и понимание влияния их поведения в отношении здоровья на их будущее здоровье и здоровье их детей. Такие вмешательства действуют через обеспечение возможностей, повышая самоэффективность подростков, чтобы они могли улучшить свое поведение в отношении диеты и образа жизни.

*Младенчество и детство*
Детство – решающий этап в биологическом развитии и в формировании поведения в отношении здоровья. Факторы риска НИЗ могут развиваться в течении детства и, потом, переходить в период взрослости, как у мужчин, так и у женщин. Поведенческие факторы риска, такие как курение, плохое питание и недостаточная физическая активность, также формируются на ранних этапах и переходят в другие этапы жизни. Кроме того, физическое, социо-эмоциональное и когнитивное развитие ребенка в ранние годы, сильно влияет на его уровень образования, участие в экономической жизни и здоровье на протяжении всей жизни. Низкий вес при рождении, показатель слабого роста в утробе, связывается с худшим здоровьем и более низким уровнем образования в дальнейшей перспективе. Низкий вес при рождении, более раннее созревание плода и слишком малый размер для внутриутробного возраста, связываются с повышенной младенческой смертностью. Неблагоприятные социоэкономические условия – важный фактор риска смертности. В исследовании младенческой смертности в Англии и Уэльсе (исключая многоплодные роды), более высокие уровни депривации связывались с повышенным риском смерти независимо от других факторов, влияющих на младенческую смертность.

Статус питания – важный фактор физического здоровья в раннем детстве. Первые годы – решающее время для развития здоровых моделей питания и физической активности, способствующих здоровью и защищающих от хронических заболеваний в будущем.

Кормление грудью защищает детей от ряда проблем в будущем, включая ушные и легочные инфекции, ожирение и диабет, а также синдром внезапной смерти младенца. Определены процедуры, способствующие началу и продолжительности кормления грудью. Кокрановские систематические обзоры показали, что индивидуальное просвещение и поддержка молодых матерей, эффективно увеличивают количество женщин, начинающих кормить

грудью, и что надлежащая поддержка может увеличить продолжительность кормления грудью. Инициатива ВОЗ\ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», побуждающая больницы вводить политику кормления грудью и обучать персонал для поощрения и поддержки кормление грудью, показала, что она продлевает период кормления исключительно грудью.

В раннем детстве недостаток железа и витаминов – обычное явление. Есть также данные, что многие дети в дошкольном возрасте потребляют перенасыщенную энергией пищу, которую им начали давать в младенчестве, и которая повышает риск ожирения. Практика кормления детей родителями и контроль приема пищи, влияют на модели питания в раннем детстве и на риск детского ожирения. Доказано, что уровень физической активности родителей и неподвижный образ жизни, также определяют уровень физической активности их детей. Менее половины детей, в возрасте 11-15 лет занимаются, в течение дня, умеренной или энергичной физической активностью, и этот показатель с возрастом снижается. В СК более 20% детей, поступающих в школу в возрасте 4-5 лет, имеют избыточный вес или страдают ожирением. Это повышает риск дальнейшего увеличения веса и ожирения, а также развития в будущем проблем с физическим здоровьем, таких как диабет, сердечно-сосудистые заболевания и ранний остеоартрит. Физическая активность, значительно способствующая оптимальному весу, также связывается с лучшим физическим и психическим здоровьем в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Раннее детство – важный период для вмешательства в целях предотвращения ожирения и развития здоровых моделей питания и физической активности, которые обычно сохраняются во взрослой жизни. Данные говорят о том, что многокомпонентные вмешательства в поведение, такие как HENRY в СК, могут предотвратить развитие ожирения у младенцев и детей до трех лет. Поддержание в детстве достаточного уровня потребления молочных продуктов и физическая активность с весовой нагрузкой, важны для развития костей и связываются с достижением оптимальной пиковой костной массы и пониженным риском остеопороза и переломов в дальнейшей жизни.

Воспитание – один из главных факторов влияния на социальное, эмоциональное развитие ребенка и его здоровье. Вмешательства, поддерживающие родителей в позитивном проактивном воспитании, могут оптимизировать социо-эмоциональное развитие детей. В СК программа «Здоровый ребенок» предлагает каждой семье программу, включающую в себя рекомендации для поддержки воспитания и здорового выбора, а также скрининг-тесты, вакцинации и наблюдения за развитием. Реализация программы основана на пропорциональном универсальном подходе, предполагающем адаптацию вмешательств к факторам риска в данном сообществе, с целью обеспечить равные перспективы для всех детей.

Вмешательства, нацеленные на уязвимые группы, также могут улучшить здоровье и благосостояние младенцев и детей. В СК программа «Партнерство семьи и медсестры» предлагает интенсивную целевую поддержку большинству уязвимых матерей, рожающих впервые. Она включает в себя интенсивные и структурированные домашние визиты специально обученных медсестер, начиная с ранних этапов беременности и до достижения ребенком двух лет.

*Здоровье подростков*

Здоровье и развитие подростков играют ключевую роль в профилактике НИЗ у взрослых. Подростковый возраст – самый важный период в жизни в формировании широкого круга привычек, влияющих на здоровье, связываемых с уровнем заболеваемости в жизни взрослого. Изменения в мозге и всех системах органов во время пубертата и в подростковом возрасте, взаимодействуют с социальным развитием и приводят к новым моделям поведения, которые могут быть как позитивными, так и потенциально негативными. Курение в СК увеличивается от 1% в возрасте 11 лет до примерно 20% в 15 лет. Сходным образом, примерно, в 80% случаев употребление алкоголя или каннабиса на протяжении жизни начинается в возрасте до 20 лет, а употребление других нелегальных наркотиков начинается в подростковом возрасте почти в 50% случаев. Начав действовать, эти модели поведения с большой вероятностью продолжаются у взрослых, что подчеркивает важность вмешательства в подростковом возрасте с целью уменьшить уровень заболеваемости. Модели поведения, представляющие риск для здоровья и физические проблемы в подростковом возрасте, совпадают в большей степени, чем у взрослых: такие общие факторы, как депривация, отсутствие близости с родителями, низкое самоуважение и плохое психическое здоровье вызывают ряд видов исследовательского поведения. Пубертат – период серьезных телесных изменений, сильно воздействующий на психологические и социальные аспекты жизни молодых людей. Пубертат человека уникален в том отношении, что мы – единственные животные, у которых серьезное развитие мозга происходит одновременно с пубертатом. Особенно быстро развиваются участки, связанные с социальными отношениями, готовностью идти на риск и контролем над чувствами и эмоциями. Быстрое развитие мозга и освоение новых когнитивных способностей, таких как сложное абстрактное мышление, вызывают в жизни молодых людей ряд перемен в идентичности и в отношениях с семьей, сверстниками и школой. Это динамическое взаимодействие между телесными изменениями, меняющейся идентичностью и меняющимися, в подростковом возрасте, социальными группами, с которыми подростки себя отождествляют, сопряжены в жизни молодых людей с большим потенциальным риском.

## Программа деятельности

Применение подхода к здоровью с учетом всех этапов жизни человека должно основываться на холистических ценностях, объединяющих обучение медперсонала, организацию системных структур и услуги здравоохранения. Например, такой подход может повысить уровень планирования и интеграции служб, занимающихся матерями и еще нерожденными детьми и укрепить существующие сильные связи между медицинскими и социальными службами. Этот подход также нацелен на укрепление сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) в его более широкой связи с теми областями НИЗ, на которые до сих обращалось меньше внимания, например, психическое здоровье. Подход к здоровью с учетом всех этапов жизни сосредоточен на профилактике. Чтобы помочь людям сделать свое здоровье и благополучие приоритетом, необходимо предоставить им надлежащие инструменты и, начиная с молодого возраста, уделять больше внимания медицинскому просвещению. В области СРЗ это потребует повышения приоритетности сексуального просвещения молодых людей.

## Заключение

NCDs do not fit the medical model in which an individual is healthy until they contract the disease. The trajectory is set much earlier, being influenced by factors such as the mother's diet and body composition before and during pregnancy, and foetal, infant and childhood nutrition and development. Adopting a life-course perspective allows identification of phenotype and markers of risk early, with the possibility of nutritional and other lifestyle interventions. Timely, relatively modest interventions in early life can have a large effect on disease risk later. Early life preventive measures require a long term investment, but are more likely to be effective than population screening programmes that identify the early stages of disease or treatments initiated after the disease is manifest.

**Janis Baird, MB BCh, PhD, FFPH,**
доктор наук, сотрудник факультета здравоохранения Ассоциированный профессор здравоохранения СМИ Отдел эпидемиологии на всех этапах жизни, университет Саутгемтон

**Cyrus Cooper, OBE, FMed Sci,**
член Медицинской Академии наук СК
Директор и профессор ревматологии
СМИ Отдел эпидемиологии на всех этапах жизни, университет Саутгемтон
cc@mrc.soton.ac.uk

## Литература

1. *WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.* Geneva: WHO, 2013.
2. *Healthy Living and the Prevention, Control and Management of Nonconmmunicable Diseases in Children and Adolescents. Global status report on NCDs.* Geneva: WHO and UNICEF, 2010.
3. *Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England 2010.* London: Dept of Health, 2010.
4. Kuh D, Davey-Smith G. The life course and adult chronic disease: an historical perspective with particular reference to coronary heart disease. In: *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology* Oxford: Oxford University Press, 2004.
5. Gluckman PD, Hanson NA, Cooper C. Effect of In Utero and Early-Life Conditions on Adult Health and Disease. *NEJM* 2008; 359: 61-73.
6. Harvey NA, Dennison EM, Cooper C. Osteporosis: A Lifecourse Approach. *JBMR* 2014; 29: 1917-1925.
7. Barlow J, Blair M. Life stage: Early years. In: *Our Children Deserve Better: Prevention Pays. Annual Report of the Chief Medical Officer 2012.* London: Dept of Health, 2013.
8. Viner R. Life stage: Adolescence. In: *Our Children Deserve Better: Prevention Pays. Annual Report of the Chief Medical Officer 2012.* London: Dept of Health, 2013.
9. *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010.* London: The Marmot Review, 2010.
10. Steptoe A, Dockray S, Wardle J. Positive Affect and Psychological Processes Relevant to Health. *J Pers* 2009; 77(6): 1747-1776.
11. Potdar RD, Sahariah SA, Gandhi M et al. Improving women's diet quality preconceptionally and during gestation: effects on birth weight and prevalence of low birth weight—a randomized controlled efficacy trial in India (Mumbai Maternal Nutrition Project). *AJCN* 2014; 100: 1257-1268.
12. Barker M, Lawrence W, Crozier S et al. Educational attainment, perceived control and the quality of women's diets. *Appetite* 2009; 52: 631-636.
13. Baird J, Jarman M, Lawrence W et al. The effect of a behaviour change intervention on the diets and physical activity levels of women attending Sure Start Children's Centres: results from a complex public health intervention. *BMJ Open* 2014; 4: e005290.
14. Gray R. Life stage: Pre-conception and pregnancy. In: *Our Children Deserve Better: Prevention Pays. Annual Report of the Chief Medical Officer 2012.* London: Dept of Health, 2013.
15. Inskip H, Crozier SR, Godfrey KM et al. Women's compliance with nutrition and lifestyle recommendations before pregnancy: general population cohort study. *BMJ 2009*; 338: b481.
16. Woods-Townsend K, Bagust L, Barker M et al. Engaging teenagers in improving their health behaviours and increasing their interest in science (Evaluation of LifeLab Southampton): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16: 372 doi:10.1186/s13063-015-0890-z.
17. Harvey NC, Javaid MK, Bishop N et al. MAVIDOS Maternal Vitamin D Osteoporosis Study: study protocol for a randomized controlled trial. The MAVIDOS Study Group. *Trials* 2012; 13: 13 doi:10.1186/1745-6215-13-13.
18. *Early life nutrition and lifelong health.* London: British Medical Association Board of Science, 2009.
19. *Growing up in the UK: ensuring a healthy future for our children.* London: British Medical Association Board of Science, 2013.
20. Sheibman S, Billingham K. *Healthy Child Programme: Pregnancy and the First 5 Years of Life.* London: Department of Health, 2009.

# СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ГЕРМАНИИ: ЭФФЕКТИВНАЯ МЕРА ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ (СРЗ) ЛЮДЕЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ

В Германии сексуальное образование считается общественной задачей. Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения (BZgA), являющийся правительственной организацией, и власти 16 федеральных земель, на законодательном уровне, реализуют сексуальное образование в тесном сотрудничестве с немецкими консультативными агентствами по семейным вопросам и другими организациями, работающими в данной области. В этом процессе, центру BZgA отводится общепризнанная роль в разработке концепций по сексуальному образованию и в обеспечении качества. Такой многоотраслевой подход гарантирует высококачественное просвещение по вопросам сексуальности для различных возрастных и целевых групп.

BZgA и власти всех федеральных земель разработали и издали совместную концепцию (1), в которой они выразили мнение, что сексуальность должна расцениваться как естественная часть человеческого развития на каждом этапе жизни и, поэтому сексуальное образование актуально для всего населения и всех возрастов.

С одной стороны, сексуальное образование в Германии направлено на расширение знаний по вопросам, связанным с СРЗ, включая, в частности, такие физические аспекты, как изменение тела в период полового созревания, репродуктивный цикл и эффективность различных методов контрацепции. С другой стороны, сексуальное образование преследует цель дать возможность населению в целом (и конкретным целевым группам) сформировать позитивное отношение к сексуальности, сочетающееся с чувством ответственности за себя и за своего партнера. Сексуальное образование призвано поддержать развитие самостоятельной личности, системы личных ценностей и личного взгляда на жизнь. Поэтому, оно объединяет цели по снижению числа случаев инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и нежелательной беременности с более широкой концепцией благополучия на протяжении всего жизненного пути. Этот подход доказал свою эффективность на нескольких уровнях. Например, показатель подростковой беременности в Германии за последние 10 лет снизился вдвое – с 15 000 случаев в 2004 году до 7500 случаев в 2013 году (2).

Несколько ключевых участников, на различных уровнях, несут ответственность за обеспечение полного доступа всего населения Германии к информации и консультативным услугам по вопросам сексуальности, включая такие темы, как сексуальное здоровье, взаимоотношения, планирование семьи и многие другие. Эти ключевые участники задействованы на следующих уровнях:

- **Правительственный уровень:** в соответствии с законом, BZgA реализует сексуальное образование для различных целевых и возрастных групп, а также бесплатно распространяет свои материалы как для населения в целом, так и для отдельных заинтересованных групп, включая учителей и консультативные центры. BZgA обеспечивает многоотраслевой подход, осуществляя свою деятельность в сфере ответственности Федерального министерства здравоохранения под техническим руководством Федерального министерства по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодежи. BZgA, действуя в качестве Сотрудничающего центра ВОЗ по вопросам СРЗ, совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ разработал «Стандарты сексуального образования в Европе» (3).
- **Уровень федеральных земель:** реализация сексуального образования в школах по всей стране закреплена законодательством и находится в ведении властей каждой федеральной земли. Возраст, с которого начинается сексуальное образование, способы включения его содержания в учебные программы и основные темы для обсуждения, могут отличаться в зависимости от указаний Министерства образования и культуры *(Kultusministerium)* соответствующей земли. Тем не менее, в целом, просвещение по вопросам сексуальности рассматривается в широком смысле, включая физические, эмоциональные, социальные и межличностные аспекты. В последние десять лет, такие «чувствительные» темы, как гендерное равенство, сексуальное разнообразие, а также сексуальные и репродуктивные права, все чаще обсуждаются во многих школьных аудиториях Германии.
- **Уровень сообществ:** множество правительственных и неправительственных организаций (НПО), включающих более 1600 консультативных центров, активно работают в области сексуального просвещения, а также консультирования по вопросам СРЗ. Федеральная ассоциация семейного планирования и консультирования (pro familia) является хорошо зарекомендовавшей себя организацией, осуществляющей свою деятельность в данной сфере. Особое внимание эта структура уделяет таким вопросам, как контрацепция, беременность, бесплодие, сексуальные отношения, аборты, сексуальное насилие, а также, женское и мужское здоровье. Pro familia насчитывает в Германии около 180 консультативных центров, ориентированных на различные целевые группы. Немецкая организация помощи больным СПИДом *(Deutsche AIDS-Hilfe)* является еще одним примером хорошо зарекомендовавшей себя НПО, которая занимается просвещением населения по вопросам сексуальности.

Эти ключевые участники взаимодействуют друг с другом, обеспечивая возможности для открытого обсуждения вопросов, обмена мнениями и точками зрения. Результатом данного процесса, в котором BZgA играет ведущую роль, стали, разработанные совместными усилиями, концепции сексуального образования в Германии (1, 4). Различные участники, сообща, ведут работу в этой области. Например, консультативные организации могут предоставлять услуги опытных педагогов по сексуальному просвещению для оказания школьным учителям поддержки в проведении уроков.

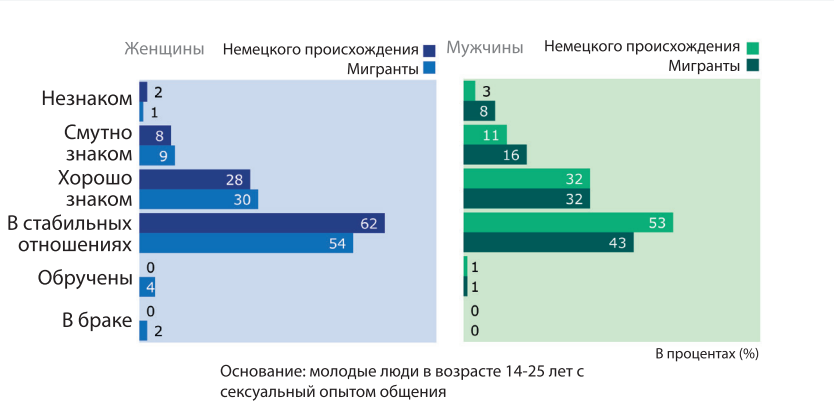
Несмотря на разнообразие участников, задействованных на разных уровнях (и их независимость в своих соответствующих сферах), в Германии существует общее представление о принципах сексуального образования. Сексуальное образование должно помогать детям и подросткам научиться проявлять позитивное отношение к сексуальности, а также сформировать систему ценностей, основанную на принципах равенства, расширения прав и возможностей и самоуважения. Сексуальное образование может также способствовать развитию у молодых людей жизненных навыков, таких как умение общаться с людьми и решать проблемы. Формирование упомянутого позитивного отношения, а также ценностей и навыков, помогает создать основу для здорового образа жизни во взрослом возрасте, наряду с другими факторами.

С экологической точки зрения, различные факторы, такие как личные взгляды и опыт, нормы и ценности, преобладающие в семье и обществе, а также политические и структурные аспекты, оказывают значительное влияние на показатели состояния здоровья человека.

Laura Brock-schmidt

Angelika Hessling

**Рисунок 1. Уровень знакомства с первым половым партнером (5).**




Сексуальное образование является одним из этих факторов воздействия, поскольку, оно помогает людям в принятии обоснованных решений, касающихся их сексуальной жизни. Это утверждение подкрепляется данными о сексуальном поведении, мнении молодых людей и их опыте изучения программ сексуального образования, полученными в результате исследования «Сексуальная жизнь молодежи», которое BZgA проводило уже восемь раз, начиная с 1980 года. Текущий опрос охватывает 5750 подростков и молодых женщин и мужчин в возрасте от 14 до 25 лет (5). Анализ данных показывает, что высококачественное сексуальное образование не связано с ранним началом половой жизни, а скорее, с более высоким уровнем знаний о физических аспектах сексуальности, ответственным отношением к контрацепции и способностью общаться о сексуальности открыто и продуктивно, как с партнерами, так и с родителями. Согласно результатам последнего опроса, в наше время, большинство молодых людей в Германии считают, что они хорошо информированы о вопросах, касающихся половой жизни (6).

Обсуждение в семье вопросов сексуального плана, соответствующее возрасту и уровню развития, популяризируется и широко практикуется в немецком обществе. В большинстве случаев, подростки удовлетворены методом и содержанием полового просвещения со стороны своих родителей. Тем не менее, подростки, имеющие немецкое гражданство, чувствуют себя более комфортно, обсуждая вопросы сексуального характера со своими родителями, чем их сверстники из среды мигрантов. Для изучения физических аспектов сексуальности, подросткам очень важно иметь возможность открытого общения. Однако, влияние общения выходит далеко за рамки процесса изучения упомянутых аспектов. Коммуникативные навыки также могут мотивировать и воодушевлять молодых людей говорить более свободно о своих желаниях и барьерах в отношении сексуальности, и поддерживать их в процессе формирования собственных взглядов и ценностей.

Решающим фактором успеха в предотвращении случаев нежелательной беременности и ИППП, является использование контрацепции (и, в частности, использование презервативов для профилактики ИППП). Сегодня, молодые немцы в возрасте от 14 до 17 лет, применяют контрацепцию во время первого полового акта чаще, чем 35 лет назад (5). В 1980 году, каждый третий юноша, не использовал никакую контрацепцию во время своего первого полового контакта. В 2014 году, так поступал, приблизительно, лишь один из 16 молодых людей. Количество девушек этого же возраста, не пользующихся контрацепцией во время первого полового акта, снизилось наполовину с 1980 года. Согласно данным опроса, проведенного в 2014 году, лишь один из десяти общего числа молодых людей, проживающих в Германии, не использовал контрацепцию во время первого сексуального контакта (5).

Сегодня, большинство молодых людей в Германии приобретают свой первый сексуальный опыт с кем-то из их социального круга, как показано на рисунке 1 (5). Кроме того, большинство немецкой молодежи считает, что их первый сексуальный контакт произошел в положенное время. Лишь очень немногие (один из 20 респондентов), придерживаются мнения, что они вступили в половую связь слишком рано (5).

Эти примеры из Германии говорят о том, что высококачественное сексуальное образование является эффективной мерой, рассчитанной на всю продолжительность жизни человека и, влияющей на сексуальное и общее здоровье. Особенно позитивным это воздействие может быть в том случае, когда участники, из разных слоев общества и правительства, работают вместе и, когда информация о сексуальности и контрацепции предоставляется исходя, из потребностей и уровня образования целевых групп, и является легко доступной.

**Laura Brockschmidt,**
Научный сотрудник,
Отдел национального и международного сотрудничества, научно-исследовательской работы и обучения,
Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения (BZgA),
Laura.Brockschmidt@bzga.de

**Angelika Hessling,**
Руководитель подразделения,
Отдел национального и международного сотрудничества, научно-исследовательской работы и обучения,
Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения (BZgA),
angelika.hessling@bzga.de

## Литература

1. *General Concept for Sex Education.* Cologne: BZgA, 1994.
2. Special analysis of BZgA based on data of the Federal Statistical Office (*Statistisches Bundesamt*).
3. *Standards for Sexuality Education in Europe.* Cologne: BZgA and the WHO Regional Office for Europe, 2010.
4. *Sex Education for Youths.* Cologne: BZgA, 1999.
5. *Youth Sexuality 2015.* Cologne: BZgA, in press 2015.
6. *Youth Sexuality 2010: Repeat survey of 14 to 17-year-olds and their parents.* Cologne: BZgA, 2010.

# ФОРМИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОЛИТИКИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, РАЗВИТИЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ (ЗРБД) В КОСОВО*

*© UNICEF Kosovo Office*

**«Инвестирование в раннее детство – самое действенное инвестирование со стороны общества, так как изначальное вложение окупится многократно в течение жизни (1)»**

## Аргументы в пользу инвестирования в ранние годы

Over the last two decades, a robust and rapidly evolving body of research has pointed to the importance of the early years of a child's life in impacting on healthy brain development, cognitive social and emotional functioning, together with a range of outcomes, from health to social adjustment, throughout the life-course (1-3).

В последние два десятилетия, активные и быстро развивающиеся исследования указывают на важность первых лет жизни ребенка для развития здорового мозга, когнитивного, социального и эмоционального функционирования, а также для целого ряда перспектив, от здоровья до социальной адаптации, на протяжении всей жизни (1-3). Данные Кластерного Исследования со Множественными Показателями (КИМП), а также результаты недавних исследований и отчетов (5-9) показывают, что дети в Косово сталкиваются со многими вызовами со времени их зачатия и на протяжении раннего детста. Несмотря на существенный и поступательный прогресс, особенно в снижении младенческой и детской смертности, показатели здоровья детей в Косово все еще одни из худших в регионе, что говорит о недостатках как в доступности, так и в качестве охраны здоровья. Доступ к программам раннего образования очень низок, а семейные практики, направленные на развитие, недостаточны, что приводит к низким индексам развития детей (см. Таблицу 1). В обществе широко распространены насильственные методы поддержания дисциплины и домашнее насилие. В сообществах рома, ашкали и египтян все еще низкий уровень вакцинации (30% детей в возрасте 24-35 месяцев полностью вакцинированы, тогда как для населения в целом это 79%), высок уровень задержки роста (14,6%), и детей, не регистрируемых при рождении (10). Есть резкие различия, коренящиеся в социоэкономическом уровне и уровне образования родителей по большинству показателей здоровья, питания, развития в раннем детстве и образования. Для многих детей в Косово это означает худшие перспективы здоровья, когнитивного, социального и возрастного развития, влияющие в течение всей жизни на хронические заболевания, а также на психические, поведенческие и кондуктивные расстройста (см. Таблицу 2).

## Программа действий

В свете научных данных, глобальных и региональных обязательств, политика в сфере здравохранения направлена на эффективное разрешение проблем, и учреждениям Косово, партнерам по развитию и организациям гражданского общества предоставляется возможность сосредоточить свои действия на улучшении здоровья, развития и благополучия детей (ЗРБД). Для осуществления новой политики предлагается пакет из 14 направлений с целью устранить пробелы в ее реализации в здравоохранении и в других секторах. Пакет предполагает расширение мер – от понижения уровней смертности, улучшения статуса питания, до профилактики инвалидности и улучшения развития детского здравоохранения и социальной защиты. Этот всеобъемлющий и синергичный пакет, основан на идее непрерывности охраны здоровья в предродовой и послеродовой период, он интегрирует действия в аспектах здоровья, развития и социальной защиты, и требует последовательных и совместных усилий для более эффективного улучшения детского здоровья и благополучия всех детей Косово.

Следующие разделы посвящены приоритетным направлениям деятельности в секторе здравоохранения, а также в других имеющих отношение к вопросу секторах.

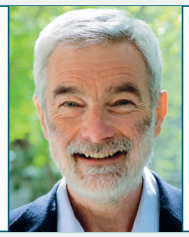
## Политика в секторе здравоохранения

### Направление политики 1: Возможности планирования

**Таблица 1. Ключевые показатели ЗРБД в Косово*, соседних странах и Европейском Союзе (4, 5).**

| | Косово* | Албания | Сербия | Бывшая Югославская Республика Македония | Европейский Союз |
|---|---|---|---|---|---|
| Младенческая смертность на 1000 живорожденных | 12 | 9 | 6 | 7 | 4 |
| Смертность детей до 5 лет на 1000 живорожденных | 15 | 17 | 7 | 7 | 5 |
| Охват дошкольным воспитанием в возрасте 3-5 лет (в процентах) | 14% | 17% | 56% | 24% | 80% |
| Охват регистрацией новорожденных (в процентах) | 88% | 98% | 99% | 99% | 99% |

*Косово (в соответствии с резолюцией Совета Безопасности 1244 (1999))



**и надзора, осуществляемого структурами центрального Министерства здравоохранения (МЗ).** Усилить возможности структур МЗ, в особенности Отдела здоровья матери, ребенка и репродуктивного здоровья, чтобы увеличить его способность продвигать и координировать политику различных отделов, обеспечить руководство программами и надзор за их выполнением, определять стандарты и показатели деятельности, оказывать поддержку местным менеджерам.

**Направление политики 2: Возможности местного управления.** Необходимо повысить возможности управления всех, отвечающих за первичную медицинскую помощь на всех местных уровнях. Отбор менеджеров должен быть аккуратным и основанным на учебных программах. Репродуктивное здоровье, здоровье матери и ребенка должны стать отправной точкой для введения инструментов управления, таких как планирование и мониторинг.

**Направление политики 3: Обеспечение и повышение качества.** Введенные инструменты управления должны быть полностью институализированы, клинические руководства, протоколы и стандарты, сформулированные на основе инициативы «Больница, дружелюбная к ребенку», должны быть расширены, чтобы включать все основные аспекты материнского и детского здравоохранения. Возможности учреждений на центральном и местном уровнях, необходимые для внедрения качественных подходов, прокотолов и мониторинга соблюдения стандартов, должны быть усилены. Тот же подход должен применяться при лицензировании и аккредитации частного сектора здравоохранения. Необходимо внедрить классификацию Робсона для мониторинга показателей к кесареву сечению и его обоснованности.

**Направление политики 4. Финансирование системы здравоохранения.** Финансирование системы здравоохранения в рамках государственных расходов должно постепенно увеличиваться. Рациональное использование существующих ресурсов в секторе здравоохранения должно обеспечиваться точным учетом расходов и приоритизацией программ и инвестиций, наиболее полезных для населения. Необходим тщательный анализ эффективности затрат престижных инвестиций в высокоспециализированную медицинскую помощь, приоритет следует отдавать финансированию областей, занимающихся самыми распространенными заболеваниями, в том числе первичной медицинской помощи. Программы страхования должны включать все существенные пре- пери- и постнатальные вмешательства для всех матерей и детей.

**Направление политики 5. Человеческие ресурсы.** Требуется разработать план развития человеческих ресурсов, учитывая будущие потребности в работниках здравоохранения и необходимость увеличить число медсестер на душу населения. Нужно обеспечить возможности профессионального роста менеджерам самоуправлений и учреждений здравоохранения и медсестрам, обращая внимание на основные навыки и познания, необходимые для своевременного обеспечения качественной первичной медицинской помощи на равноправной основе, услуг материнского и детского здравоохранения во всех самоуправлениях. В соответствии с законом о Коллегиях работников здравоохранения, необходимо учредить профессиональную комиссию и побудить ее взять на себя руководство по увеличению роли медсестер в улучшении состояния здоровья населения и в просветительских мероприятиях, в том числе домашних визитах.

**Направление политики 6: Инфраструктура и услуги здравоохранения.** Обеспечить предоставление основных лекарств и диагностики для пре-, пери- и постнатальных вмешательств для самых уязвимых групп, независимо от наличия страховки.

**Направление политики 7. Информативная система здравоохранения (ИСЗ).** Необходимо ускорить процесс создания полностью функционирующей ИСЗ и вложить средства в увеличение ее мощности. Необходимо улучшить анализ данных и планирование на основе данных как на центральном, так и на местном уровне. Эти дисциплины должны стать частью программ обучения врачей и медсестер и считаться приоритетом в обучении и постоянном повышении профессиональной квалификации менеджеров здравоохранения. Данные о распространенности заболеваний, особенно о неблагоприятных исходах в перинатальный период (врожденные пороки развития, сильная недоношенность), должны проспективно собираться перинатальными центрами и включаться в базу данных ИСЗ.

**Направление политики 8. Предоставление услуг.** Пересмотреть указания по выполнению задач на каждом уровне здравоохранения и для направления пациентов к специалистам. Улучшить качество инструментов и методов, таких как бумажные и электронные документы, направлений к специалистам и их поддержку механизмами страхования здоровья.

**Направление политики 9. Домашние визиты.** На основе анализов результатов начавшихся программ домашних визитов и с учетом международного опыта, программа должна быть расширена и внедрена МЗ в сотрудничестве с самоуправлениями и при координации с донорами. Это означало бы ее включение в сферу семейной медицины (11). Необходимо отслеживать соблюдение минимума 8-ми рабочих часов, посвященных работе для сообщества (в том числе - домашним визитам), деятельности по улучшению здоровья в сообществе и в школах, а также группам поддержки пациентами работников первичной медицинской помощи.

**Направление политики 10. Коммуникация, направленная на социальную мобилизацию и изменения в моделях поведения.** Медицинским работникам необходимо усилить коммуникацию, чтобы вступить в проактивный, открытый диалог с целью предоставления услуг и информации, выяснить уровень осведомленности, тревог и восприятий населения и соответственно реагировать на них. Кампании по коммуникации должны дополнить эти шаги поддержкой семей в перенятии практик, нацеленных на развитие детей. Техническая поддержка должна быть предоставлена соответствующими учреждениями и донорами отделу охраны здоровья или координационному центру МЗ\Государственного института общественного здоровья. Необходимо развить стратегию коммуникации, в том числе, через материалы для работников здравоохранения и пользователей, чтобы повысить уровень медицинской грамотности и совершенствовать воспитательные практики, ориентированные на ребенка, через СМИ, социальные сети и активистов. Брошюры о детях и беременности необходимо пересмотреть, включив в них основанную на научных данных информацию, особенно ту, что касается развития детей. Причины некоторых негативных или нездоровых практик, а также причины необращения за бесплатными услугами, характерные для некоторых отдельных групп, так же, как и социальные нормы, стоящие за этими

# ФОРМИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОЛИТИКИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, РАЗВИТИЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ (ЗРБД) В КОСОВО*

**Таблица 2. Основные факторы, возможные последствия и вызовы для ЗРБД в Косово*.**

| Основные факты | Возможные последствия для общества | Основные стратегические вызовы |
|---|---|---|
| **Здоровье и питание**<br>Высокий уровень перинатальной и постнатальной смертности<br>**Широко распространённые проблемы качества медицинских услуг**<br>Отсутствие данных о распространенности осложнений у матерей и новорожденных и длительной нетрудоспособности<br>Низкий процент вакцинации и частота остановок в росте, особенно среди рома, ашкали и египтян | Долгосрочные последствия инвалидности для здоровья, социальных и экономических условий жизни<br>Постоянные заболевания, предотвращаемые вакцинацией и отсутствие полной защиты в случае повторяющихся эпидемий<br>Негативное влияние на когнитивное развитие детей<br>Лишние расходы для системы здравоохранения и семей | 1. Обеспечить свободный доступ ко всем важным мерам профилактики и лечения при уходе на протяжении от зачатия до первых лет жизни<br>2. Улучшить качество антенатального, перинатального и постнатального ухода.<br>3. Повысить охват вакцинацией и качество питания, особенно среди рома, ашкали и египтян, через просветительские программы |
| **Раннее развитие детей**<br>Очень низкий уровень доступа к программам дошкольного образования<br>Отсутствие направленности семейных практик воспитания на развитие | Плохое когнитивное и социальное развитие детей<br>Пониженная готовность к школе и успеваемость, повышенный уровень расстройств поведения | 4. Расширить программы поддержки родителей, чтобы улучшить процесс воспитания, с особым акцентом на раннее развитие детей<br>5. Повысить доступность дошкольного образования |
| **Защита детей**<br>Высокий процент незарегистрированных новорожденных<br>Сохранение проблем с социальными нормами, такими как отношение к насильственным воспитательным методам и к домашнему насилию | Пониженная социальная сплоченность, повышенный уровень насилия в обществе и дома, последствия для следующих поколений общественной и гендерной дискриминации | 6. Обеспечить регистрацию всех новорожденных<br>7. Создать программы по защите детей, начиная с пренатального периода, с последующим акцентом на предотвращение насильственных методов поддержания дисциплины. |
| **Неравноправие**<br>Большой разрыв между богатыми и бедными, образованными и менее образованными по большинству показателей здоровья, питания, развития в раннем детстве и дошкольного образования | Социальная изоляция, увеличение стоимости социальных служб и в целом служб реабилитации | 8. Устранить неравноправие в перспективах здоровья и развития как через систему здравоохранения (просветительские программы и программы, ориентированные на конкретные потребности), так и через политику других секторов |

практикамии, должны быть изучены в специальных исследованиях, которые дадут информацию для основанного на данных планирования программ.

## Политика в других секторах и сотрудничество между секторами

Здоровье – продукт многих факторов, существующих вне сферы здравоохранения. Среди ключевыхпроблем, определенных КИМП, некоторые, особенно, касающиеся развития ребенка и социальной защиты, могут решаться лишь при активном вмешательстве других секторов государства и общества, и это должно происходить при условии разработки и укрепления механизмов сотрудничества между секторами на центральном и местном уровнях. По результатам КИМП, существенные дополнительные приоритетные проблемы для секторов за пределами здравоохранения, включают:

*Косово (в соответствии с резолюцией Совета Безопасности 1244 (1999))

**Policy direction 11: Nutrition.** Продолжать совместные усилия МЗ и других профильных министерств и партнеров по внедрению и мониторингу законодальства и политики, продолжать пропаганду грудного вскармливания, включая соблюдение Международного свода правил, и обогащать муку железом и фолиевой кислотой. Обращать внимание на надлежащее питание младенцев и детей младшего возраста во время посещения детей и домашних визитов, уделяя особое внимание детям из сообществ рома, ашкали и египтян, а также, детям из бедных семей.

**Направление политики 12. Воспитание и уход в раннем детстве.** Необходим четкий план с указанием сроков выполнения по достижению 100% посещаемости детских садов и постепенному повышению охвата дошкольным образованием детей в возрасте 0-3 лет до 33%, а в возрасте 3-5 лет до 66%, как предписано Европейским Союзом. Предоставление необходимого ухода и услуг детям младшего вораста потребует межсекторного сотрудничества между МЗ, Министерством труда и социального обеспечения (МТСО), так как службы здравоохранения считаются лучшей отправной точкой для продвижения надлежащих семейных практик, направленных на развитие детей. Для достижения этих целей чрезвычайно важно развивать партнерство между государственным и частным сектором. Приоритетом будет создание устойчивой системы всестороннего образования учителей, при особом внимании к учителям и воспитателям в системе дошкольного обучения.

**Направление политики 13. Политика социальной защиты и программы для родителей.** Необходимо прилагать больше усилий для обеспечения регистрации новорожденных, возможно, увязав ее со льготами, при условии полной вакцинации и участия в программах для родителей с начала беременности. Домашние визиты – ключевой фактор в решении многих вопросов благополучия и социальной защиты детей, так как они позволяют провести раннюю профилактику и идентификацию факторов риска. Создано Руководство ЮНИСЕФ по включению вопросов социальной защиты в домашние визиты для стран ЦВЕ\СНГ (11). Недавно разослан документ Регионального европейского бюро ВОЗ, основанный на опыте пяти стран-членов ЕС, содержащий рекомендации по поводу того, как инкорпорировать вопросы развития детей младшего возраста и их социальной защиты в систему охраны здоровья (12).

**Направление политики 14. Управление, дружественное по отношению к детям.** Изучить возможность организации конкурса по управлению, дружественному по отношению к детям, при сотрудничестве властей, международных партнеров и организаций гражданского общества, в целях разъяснения важности инвестирования в ЗРБД и для стимулирования участия гражданского общества.

## Заключение

По соображениям прав человека, здоровья, экономического и социального развития, инвестирование в детей должно быть одним из самых важных приоритетов политики Косово. Связь между выживанием детей и их ранним развитием признается во всем мире: эти две цели взаимно подкрепляют друг друга. Реализовав эффективную политику, власти Косово обеспечат успешное и долгосрочное решение проблем репродуктивного здоровья, а также, здоровья матери и ребенка.

**Giorgio Tamburlini, MD, PhD,**
Центр здоровья ребенка,
Триест, Италия
tamburli@burlo.trieste.it

## Литература

1. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Early child development: A powerful equalizer*, *Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health 2007*. Geneva: WHO, 2007.
2. Leadsom A, Field F, Burstow P et al. *The 1001 Critical Days. The Importance of the Conception to Age Two Period. A cross-party Manifesto*. London: DH, 2013.
3. Jednoróg K, Altarelli I, Monzalvo K et al. The influence of socioeconomic status on children's brain structure. *PLoS One* 2012; 7(8): e42486.
4. *2013-2014 Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey Final Report.* Prishtinë/Priština, Kosovo: Kosovo Agency of Statistics, 2014.
5. *The State of the World's Children 2013. Children with Disabilities.* New York: UNICEF, 2013.
6. Jeckaite A. *Assessment of the safety and quality of hospital care for mothers and newborn babies in Kosovo.* Prishtina, Kosovo, 2011.
7. *Report on perinatal situation in Kosovo - 2013*. Prishtina, Kosovo: Ministry of Health, 2014.
8. *Nutritional Survey of Pregnant Women and School Children in Kosovo.* Pristina, Kosovo: UNICEF and National Institute of Public Health, 2010.
9. *Maternal and child health in Kosovo: A way forward.* UNICEF, 2013.
10. *2013-2014 Roma, Ashkali and Egyptian Communities in Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey, Final Report*. Prishtinë/Priština, Kosovo: Kosovo Agency of Statistics, 2014.
11. *Implementation framework for home visiting 2014.*UNICEF, 2014.
12. Velea R, Tamburlini G. *Early child development in the European Region: needs, trends and policy development. An overview based on five country assessments.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.

# ПРИНЦИП ОХВАТА ВСЕХ ЭТАПОВ ЖИЗНИ В ЖЕНСКОМ ЗДОРОВЬЕ: ЗНАЧЕНИЕ ДАННОГО ПРИНЦИПА ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ И СПОСОБЫ ЕГО ВНЕДРЕНИЯ

В статье дается обзор принципа охвата всех этапов жизни в здоровье женщины, и приводится несколько конкретных примеров его внедрения в Великобритании. Королевский колледж акушеров и гинекологов недавно принял модель, охватывающую все этапы жизни человека, основой своих отчетов о будущем женского здравоохранения и подготовки специалистов в соответствующей области (1, 2), поспособствовав тому, что и в других европейских странах подход с учётом всех этапов жизни, был встречен с энтузиазмом (3).

Начнём с того, что означает принцип охвата всех этапов жизни человека? В центре внимания исследований, лежащих в основе этого подхода, изучение долгосрочных последствий биологического, поведенческого и психосоциального воздействия на человеческий организм во время его внутриутробного развития, детства, отрочества, а также начала взрослой жизни, которые отражаются на состоянии здоровья и хронических заболеваниях как в течение дальнейшей жизни, так и из поколения в поколение (4). С более простой и практической точки зрения, принцип охвата всех этапов жизни человека посвящен потенциалу, заложенному в раннем вмешательстве с целью сокращения риска заболевания или снижения его тяжести в дальнейшей жизни. На самом общем уровне, он включает в себя прекращение курения, чтобы снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний и рака. В этом смысле, большая часть мер по укреплению здоровья населения служит примером такого подхода. Тем не менее, принцип охвата всех этапов жизни человека, изложенный здесь, выходит за рамки общего укрепления здоровья населения, затрагивая те аспекты сексуального и репродуктивного здоровья, которые могут иметь особые последствия для будущего здоровья женщин, а через беременность – и для здоровья следующего поколения (Рисунок 1 (5)).

Скрининг и вакцинация являются классическими примерами мер общественного здравоохранения, которые соответствуют модели охвата всех этапов жизни человека. Более конкретно, программы скрининга на дисплазию шейки матки и на генитальный хламидиоз иллюстрируют подход к здоровью женщин с учётом всех этапов жизни, направленный, соответственно, на предотвращение рака шейки матки и воспалительных заболеваний тазовых органов (что приводит к внематочной беременности и бесплодию). Но опыт Великобритании по

**Рисунок 1 Точка зрения населения на охрану здоровья женщины на протяжении жизненного пути (5)**

внедрению этих двух программ скрининга и доказательства их влияния на здоровье женщин – вещи очень разного порядка. В середине шестидесятых годов двадцатого века, клиники британской Национальной службы здравоохранения предлагали женщинам регулярные гинекологические обследования с цитологическим анализом мазка. Однако, используемый подход был оппортунистическим, и поэтому, женщины, подверженные наибольшему риску развития рака шейки матки, не были включены в программу скрининга, а процедуры в рамках последующего наблюдения для женщин, скрининг которых дал положительный результат, были неадекватными. Только, после введения в 1998 году централизованно управляемой системы вызова и повторного вызова, охват скрининга увеличился примерно до 80%, и заболеваемость раком начала падать. За последние 20 лет, скрининг в Англии снизил заболеваемость раком шейки матки на треть, а смертность – более чем на половину (6).

Национальная программа скрининга на хламидиоз в Англии была запущена в 2003 году, она включала в себя оппортунистический скрининг сексуально активных мужчин и женщин в возрасте до 25 лет. Тем не менее, в силу множества факторов, отсутствуют доказательства того, что скрининг напрямую снизил заболеваемость хламидиозом или частоту клинических осложнений (таких, как воспалительные заболевания тазовых органов, внематочная беременность или бесплодие). Следовательно, главные вопросы по поводу эффективности программы остаются без ответа, а обеспечиваемое ею соотношение цена-качество – неизвестным (7). Эти два различных примера показывают, насколько огромен брошенный вызов, и как много поставлено на карту в деле выявления успешных программ скрининга, то есть таких программ, которые приносят больше пользы, чем вреда, и по разумной цене. Совсем недавно, Великобритания и большинство остальных европейских стран внедрили программы вакцинации против ВПЧ для девочек-подростков до начала ими половой жизни; в случае успешного внедрения этих программ, заболеваемость раком шейки матки должна снизиться на 70%.

Приведенные выше примеры защиты сексуального здоровья на протяжении всей жизни с целью предотвратить рак, внематочную беременность и бесплодие, актуальны для всех сексуально активных женщин, независимо от того, наступит у них беременность или нет. Вмешательства с учётом всех этапов жизни в сферу охраны материнского здоровья могут быть нацелены на будущее здоровье матери или ребенка, или обоих. Некоторые из таких мер, вытекают из стрессогенного влияния беременности на материнский метаболизм или работу сердечно-сосудистой системы, обеспечивая «систему раннего предупреждения» в отношении проблем со здоровьем в дальнейшей жизни (рисунок 2 (8)). Например, женщины, которые заболевают диабетом во время беременности (гестационный диабет), подвержены гораздо более высокому риску развития сахарного диабета 2-го типа в последующие годы после беременности, даже если их уровень сахара в крови

возвращается к норме сразу после родов; две из пяти женщин с гестационным диабетом заболеют диабетом 2-го типа в течение 5 лет. Кроме того, дети, родившиеся у матерей с гестационным диабетом, значительно больше весят при рождении, что связано с повышенным риском ожирения и диабета в детском возрасте. Гестационный диабет, поэтому, и называют заболеванием двух поколений. К счастью, очевидно, что скрининг матерей и лечение гестационного диабета приводят к улучшению результатов беременности и родов. В Великобритании, из-за высокого риска заболеваемости диабетом 2-го типа в последующие годы после беременности, руководящие указания, основанные на фактических данных, предписывают ежегодно обследовать всех женщин, болевших гестационным диабетом (9). Тем не менее, так как, в Великобритании передача информации из системы родильного стационара в систему первичной медицинской помощи крайне неэффективна, врачи общей практики (семейные врачи) зачастую не знают, что у их пациенток был диагностирован гестационный диабет. Недавно проведенное в Англии исследование показало, что менее 20% женщин находились под последующим наблюдением в течение шести месяцев после родов, и менее 1% наблюдались ежегодно, в течение 5 лет (10).

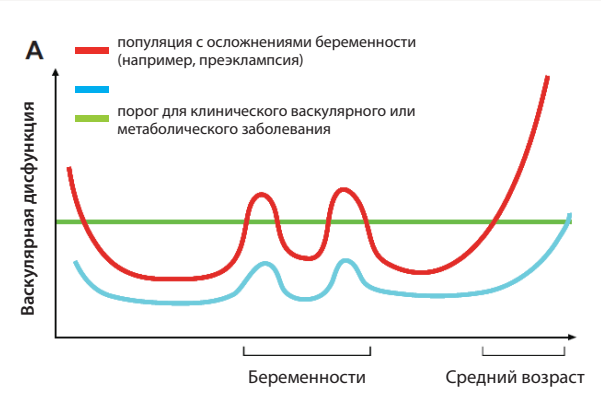
Аналогична ситуация с женщинами, у которых было установлено повышенное кровяное давление во время беременности или преэклампсия: эти женщины подвержены гораздо более высокому риску гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний в более позднем возрасте, но ежегодное обследование, рекомендованное Национальным институтом передового опыта в области здравоохранения и ухода, редко осуществляется на практике. Внедрение принципа охвата всех этапов жизни ведёт к снижению сердечно-сосудистых заболеваний, благодаря эффективному последующему наблюдению за женщинами с сахарным диабетом или высоким кровяным давлением во время беременности. В тоже время, это ведет к ежегодной оценке рисков и консультированию по здоровому образу жизни, что должно стать более реальным по мере того, как улучшаются электронные системы, позволяющие связать воедино истории болезней.

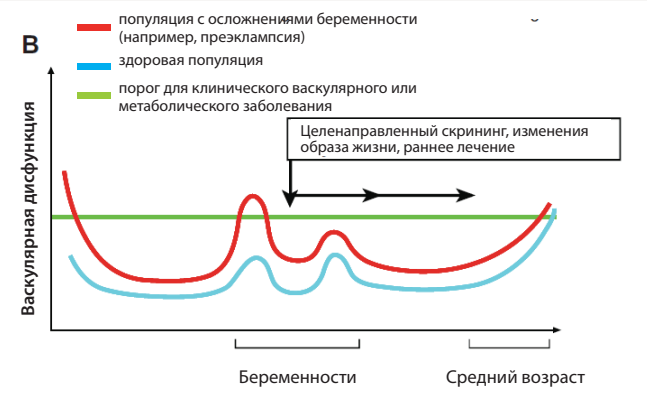
Уже давно, рекомендуются вмешательства до и после зачатия, направленные на улучшение здоровья ребенка. Это такие меры, как прием фолиевой кислоты для предотвращения дефектов формирования нервной трубки, что является одним из самых известных примеров. В результате рандомизированных испытаний, получено бесспорное подтверждение того, что фолиевая кислота снижает дефекты развития нервной трубки примерно на 70% (11). Несмотря на наличие убедительных данных, связывающих воздействие внешних факторов до зачатия (таких, например, как курение и алкоголь) с исходом родов (например, низким весом при рождении и врожденными дефектами), доказательства эффективности вмешательств до зачатия, для снижения неблагоприятных исходов родов, являются относительно редкими (12).

Внедрение вмешательств до зачатия может быть ограничено степенью того, насколько беременность была запланирована, а также, уровнем осведомленности в вопросах здоровья до зачатия. Но надежные данные подтверждают, что более двух третей беременностей, заканчивающихся родами, планируется в той или иной степени. Недавнее наблюдательное исследование показало, что женщины, которые, по их словам, получили до беременности консультацию специалиста в области здравоохранения, со значительно большей вероятностью переходили на более здоровый образ жизни до беременности, в том числе принимали фолиевую кислоту и соблюдали более здоровую диету (13). Это вселяет надежду, потому что одно из новых исследований показало, что диета матери до зачатия может навсегда повлиять на функционирование генов ее ребенка (14). В этом исследовании ученые воспользовались «естественным экспериментом» в Гамбии, где обычная диета людей заметно различается в сезон дождей и засухи. Измеряя уровень питательных веществ в крови у беременных женщин, забеременевших в дождливый период по сравнению с женщинами, забеременевшими в засуху, а позже, анализируя также и образцы крови их младенцев, исследователи обнаружили, что диета матери до зачатия привела к значительным изменениям (эпигенетические модификации) в ДНК ее ребенка. Хотя, влияние изменений ДНК на здоровье пока не выяснено, это исследование является важным шагом на пути к разработке оптимальной диеты для будущих матерей, а, в конечном счете, и диеты с подтвержденным положительным влиянием на здоровье их детей.

В заключение можно сказать, что эти несколько примеров иллюстрируют влияние (как потенциальное, так и реально оказанное) вмешательств, направленных на улучшение здоровья женщин на протяжении всей жизни. Вмешательство может отличаться в зависимости от целевой популяции, включая, например, всех девочек в возрасте 11-12 лет (в случае вакцинации против ВПЧ), всех женщин, готовящихся к

**Рисунок 2. Потенциально значимые для течения всей жизни вмешательства в период беременности с целью улучшения состояния здоровья в долгосрочной перспективе. Адаптировано из источника: Sattar N and Greer IA (8).**



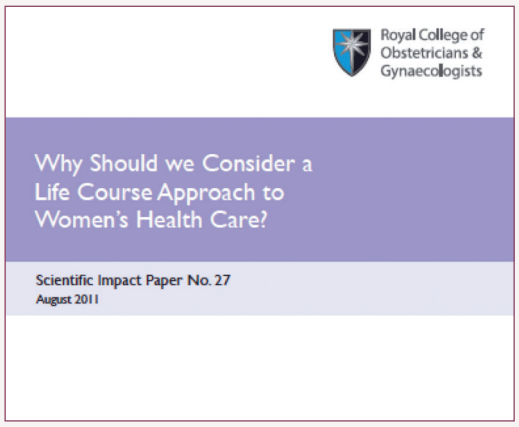
беременности (в случае приема фолиевой кислоты) или подгруппы высокого риска среди беременных женщин (в случае скрининга и лечения гестационного диабета). Такие вмешательства могут быть направлены на улучшение будущего здоровья женщин, их детей или и тех, и других. Для успешного внедрения этого принципа, могут потребоваться действия на всех уровнях. В первую очередь, на индивидуальном уровне (например, отказ от курения еще до зачатия), на уровне медицинского обслуживания (например, ежегодное обследование в рамках последующего наблюдения женщин с гестационным диабетом в системе первичной медицинской помощи), либо, на уровне государственной политики здравоохранения для осуществления национальных программ скрининга или вакцинации.

**Judith Stephenson, BA, MBBS,**
Профессор по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья; Институт по охране здоровья женщин; Университетский колледж Лондона
Judith.stephenson@ucl.ac.uk

### Литература

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *High Quality Women's Health Care: A proposal for change.* RCOG Working Party report. London: RCOG, 2011. [http://www.rcog.org.uk/high-quality-womens-health-care].
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Tomorrow's Specialist.* RCOG Working Party report. London: RCOG, 2011. [https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/tomorrows-specialist].
3. Bitzer *J and Horne AW. A new aged has come: the redefinition of women's health care.* J Fam Plann Reprod Health Care 2012; 38: 68–69.
4. Kuh DL, Ben-Shlomo Y. *A Life-course Approach to Chronic Disease Epidemiology; Tracing the Origins of Ill-health from Early to Adult Life.* Oxford: Oxford University Press, 1997.
5. Stephenson J, Kuh D, Shawe J et al. *Why should we consider a life-course approach to women's health care? Scientific Impact Paper No. 27.* RCOG 2011.
6. *Profile of cervical cancer in England. Incidence Mortality and Survival.* Trent Cancer Registry 2012.
7. *National Audit Office Department of Health - Young people's sexual health: the National Chlamydia Screening Programme.* http://www.nao.org.uk/wpcontent/uploads/2009/11/0809963.pdf
8. Sattar N and Greer IA. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? *BMJ* 2002; 325: 157-60.
9. *Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period.* NICE guideline. 2015. http://www.nice.org.uk/guidance/ng3
10. McGovern A, Butler L, Jones S et al. Diabetes screening after gestational diabetes in England. *Br J Gen Prac* 2014; doi:10.3399/bjgp4X6776410.
11. De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T et al. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 10: CD007950.
12. Temel S, van Voorst SF, Denktas S et al. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiol Rev* 2014; 36(1): 19-30.
13. Stephenson J, Patel D, Barrett G et al. How Do Women Prepare for Pregnancy? Preconception Experiences of Women Attending Antenatal Services and Views of Health Professionals. *PLoS One* 2014; 9 (7), doi: 10.1371/journal.pone.0103085.
14. Dominguez-Salas P, Moore SE, Baker MS et al. Maternal nutrition at conception modulates DNA methylation of human metastable epialleles. *Nat Commun* 2014; 5:3746. doi: 10.1038/ncomms4746. ISSN.






Этот замечательный документ прекрасно излагает обоснование подхода, охватывающего все этапы жизни, на охрану здоровья женщины, включая систему предоставления медицинских услуг. Доступно на английском языке:
https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/sip27/

Lisa Avery

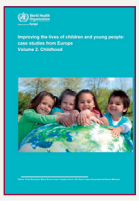
**Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века, ЕРБ ВОЗ, 2013**
«Здоровье–2020» является основой европейской политики здравоохранения, одобренной в 2012 году Европейским региональным комитетом ВОЗ. Этот документ главный стратегический ориентир для политиков и всех сторон, ответственных за принятие политических решений в направлении деятельности в поддержку здоровья и благополучия. Новая политика популяризирует холистический подход к здоровью человека с учётом всех этапов жизни. Подход, основан на равноправии, соблюдении гендерных прав и прав человека в целом, содействует совершенствованию управления в сфере здравоохранения. Документ доступен на английском, немецком, французском и русском языках на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013**

**Transforming health services delivery towards people-centred health systems, WHO Regional Office for Europe, 2014 (Преобразование систем по предоставлению услуг здравоохранения в системы охраны здоровья, ориентированные на человека, ЕРБ ВОЗ, 2014)** Данный справочный материал разъясняет концепцию, лежащую в основе 4 приоритетных областей программы ЗДОРОВЬЕ- 2020: подход к здоровью, учитывающий все этапы жизни человека, бремя болезней, системы здравоохранения и повышение степени вовлечения местных сообществ. Материал доступен на английском языке на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2014/transforming-health-services-delivery-towards-people-centred-health-systems**

**Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков 2015-2020, 2014**
Каждый ребёнок должен иметь возможность быть здоровым и вести осмысленную жизнь. Для обеспечения этой возможности страны-участницы Европейского региона ВОЗ приняли новую стратегию, пропагандирующую подход с учётом всех этапов жизни, в рамках которого признаётся, что здоровье и болезни взрослого человека предопределены состоянием его здоровья и различными влияниями, оказанными на него на предыдущих этапах жизни. Материал доступен на английском, французском, немецком и русском языках на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2014/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020**

**Young people's health as a whole-of-society response – series, WHO Regional Office for Europe, 2011 (Здоровье молодёжи как ответ всего общества – серия материалов, ЕРБ ВОЗ, 2011)** В этой серии публикаций обобщаются современные знания и политические стратегии, действия/меры, направленные на то, чтобы в рамках подхода, учитывающего все этапы жизни, обеспечить благополучие подростков, переживающих критический период в своём развитии. В центре внимания данного подхода- социальное и эмоциональное благополучие, хронические заболевания и инвалидность, подростковая беременность, ВИЧ/ИППП, проблемы лишнего веса и ожирения, насилие, травмы и злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами. Материалы доступны на английском языке на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/young-peoples-health-as-a-whole-of-society-response-series**

**Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. Volume 1. Early years, WHO Regional Office for Europe, 2013 (Улучшая жизнь детей и молодёжи: обзор отдельных случаев в странах Европы. Том 1. Ранние годы, ЕРБ ВОЗ, 2013)** В контексте европейского обследования социальных детерминантов здоровья и различий в состоянии здоровья группе экспертов было поручено проанализировать и описать отдельные случаи, концентрируя внимание на период детства и неравенстве. Сборник, содержащий обзор разных случаев, представлен в трёх томах, отражающих подход к здоровью с учётом всех этапов жизни: в томе 1, посвящённом ранним годам, приводятся примеры из Греции, Нидерландов, Португалии, Швеции и Великобритании. Материалы доступны на английском языке на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/improving-the-lives-of-children-and-young-people-case-studies-from-europe.-volume-1.-early-years**



**Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. Volume 2. Childhood, WHO Regional Office for Europe, 2013 (Улучшая жизнь детей и молодёжи: обзор отдельных случаев в странах Европы. Том 2 Детство, ЕРБ ВОЗ, 2013)** Том 2 из вышеназванной серии посвящён периоду детства, который рассматривается на примерах Армении,Франции, Германии, Венгрии, Ирландии, Норвегии и Польши, а также – на примерах из двух европейских проектов. Материалы доступны на английском языке на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/improving-the-lives-of-children-and-young-people-case-studies-from-europe.-volume-2.-childhood**

**Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. Volume 3. School, WHO Regional Office for Europe, 2013 (Улучшая жизнь детей и молодёжи: обзор отдельных случаев в странах Европы. Том 3. Школьные годы, ЕРБ ВОЗ, 2013)** В томе 3 данного сборника описаны конкретные случаи, отражающие жизнь детей школьного возраста в Хорватии, Кипре, Дании, Финляндии, Франции, Германии, Италии, Литве, Нидерландах, Испании и Швеции. Материалы доступны на английском языке на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/improving-the-lives-of-children-and-young-people-case-studies-from-europe.-volume-3.-school**

**Раннее развитие ребёнка в Европейском регионе: потребности, тенденции и политика развития. Обзор на основе оценок, проведенных в пяти странах, ЕРБ ВОЗ, 2014**
Инвестиции в здоровье на раннем этапе, начиная с периода беременности, в рамках подхода к здоровью с учётом всего течения жизни, являются наиболее эффективным способом дальнейшего сокращения бремени заболеваний и социального неравенства в сфере здоровья, что позволяет полностью развить потенциал и достичь благополучия, как детей, так и взрослых. В этом отчёте обобщаются имеющиеся на данный момент пробелы и возможности действия в целях оптимизации развития ребёнка на ранней стадии и достижения всеобщего благополучия. Материал доступен на английском и русском языках на сайте:
**http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2014/early-child-development-in-the-european-region-needs,-trends-and-policy-development**

# РЕСУРСЫ

**Стандарты образования по вопросам сексуальности в Европе. Основные принципы для лиц, ответственных за принятие политических решений, руководителей сфер образования и здравоохранения, и специалистов. ЕРБ ВОЗ и BZgA, 2010**
Данный документ служит полезной основой при внедрении образовательных программ по вопросам сексуальности, играющих важную роль в улучшения СРЗ и уровня благополучия населения на всех этапах жизни. Материал доступен на русском языке на сайте: **http://www.bzga.de/infomaterialien/einzelpublikationen/who-regional-office-for-europe-and-bzga-standards-for-sexuality-education-in-europe-russian-version/**

**Тематический обзор: Семьи, сексуальное и репродуктивное здоровье в течение всей жизни – ЮНФПА, Региональное бюро для стран ВЕЦА, ЕЭК ООН, 2013** Потребности СРЗ у людей различны, и с течением жизни им свойственно меняться, поэтому и политика в сфере СРЗ должна охватывать все периоды жизни – от рождения до старости. Применение в области СРЗ подхода, учитывающего течение всей жизни, чрезвычайно важно, так как именно в рамках этого подхода возможно обеспечить непрерывность необходимых мер. Это позволяет улучшить доступ к различным услугам через их интеграцию, способствует изменению стереотипов поведения на уровне местных общин, даёт возможность системе здравоохранения наращивать меры по профилактике хронических заболеваний пожилого возраста. Данный тематический обзор обогащает дискуссию о том, какие шаги надлежит сделать для внедрения подхода, учитывающего все этапы жизни для улучшения СРЗ населения. Материал доступен на английском и русском языках на: **http://eeca.unfpa.org/publications/thematic-brief-families-and-sexual-and-reproductive-health-over-life-course#sthash.lhxAAwvj.dpuf**

**Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012-2020, ЕРБ ВОЗ, 2012**
В данной стратегии подчёркивается, что подход, учитывающий все этапы жизни, необходим для обеспечения того, чтобы стареющее население по всей Европе имело возможность вести активную, здоровую жизнь при наличии доступа к качественным услугам здравоохранения и социальных служб. Материалы доступны на английском, французском, немецком, русском языках на сайте: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020**

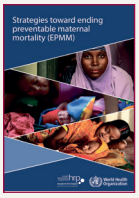
**Knowledge translation framework for ageing and health, WHO 2012. (Знания как основа здорового старения, ВОЗ 2012)** Цель данного документа помочь работе лиц, ответственных за формирование политики и принятие решений, в интегрировании подходов доказательной медицины в отношении старения с процессом формирования национальной политики в сфере здравоохранения, а также с конкретными стратегиями или программами, предназначенными для удовлетворения потребностей пожилых людей, и с другими специальными программами охраны здоровья, в центре внимания которых такие проблемы, как ВИЧ- инфекция, репродуктивное здоровье, хронические заболевания. Материал доступен на английском языке на: **http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation/en/**

**Developing sexual health programmes. A framework for action, WHO, 2010.**
**(Разработка программ по вопросам сексуального здоровья. Рамочная программа действий, ВОЗ, 2010).**
Этот документ, содержащий доказательные данные и стратегию действий, предназначен для помощи лицам, ответственным за формирование политики и разработку программ, в организации предоставления соответствующих услуг и пропаганде здоровой сексуальности в течение всей жизни человека в целях достижения полноценного сексуального здоровья. Материал доступен на английском языке на сайте:
**http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/**

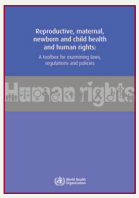
**WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes, WHO, 2015. (Рекомендации ВОЗ по улучшению исхода преждевременных родов, ВОЗ, 2015).**
Это руководство полезно для всех, кто занимается проблемами ухода за недоношенными младенцами для оптимизации исхода для ребёнка как в краткосрочной, так и в долговременной перспективе. Материал доступен на английском языке на:
**http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guidelines/en/**

**Global Standards for quality health care services for adolescents, WHO 2015. (Мировые стандарты качественных услуг здравоохранения для подростков, ВОЗ 215)**
Документ разработан в помощь лицам, отвечающим за формирование политики здравоохранения, за повышения качества услуг подросткам, с тем, чтобы обеспечить здоровье и благополучие в течение всей дальнейшей жизни. Доступно на английском языке на:
**http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/**

**Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, BMJ, WHO, 2015. (Разработка новой глобальной стратегии по поддержанию здоровья женщин, детей и подростков)**
В этом специальном приложении сформулированы основы новой глобальной стратегии здоровья женщин, детей и подростков, а также обозначены приоритеты и вмешательства, необходимые на всех этапах жизни для улучшения состояния здоровья и повышения уровня благополучия женщин, детей и подростков во всём мире. Доступно на английском языке на:
**http://www.bmj.com/content/women's-children's-and-adolescents'-health-0**




**Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM), WHO 2015. (Стратегии по искоренению случаев предотвращаемой материнской смертности, ВОЗ 2015)**
В этом докладе постулируется применение принципов прав человека как необходимое условие обеспечения репродуктивного, материнского и детского здоровья для всех. В докладе подчёркивается важность непрерывности услуг здравоохранения, учитывающего все этапы жизни. Доступно на английском языке на:
**http://www.everywomaneverychild.org/images/EPMM_final_report_2015.pdf**




**Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights. A toolbox for examining laws, regulations and policies, WHO, 2014. (Репродуктивное, материнское, неонатальное и детское здоровье и права человека. Набор правовых инструментов для проверки законов, правил, политики, ВОЗ, 2014)**
Законодательство и соответствующая политика играют ключевую роль в обеспечении прав человека и поддержке сексуального и репродуктивного здоровья в течение всей жизни. Предлагаемый набор инструментов позволяет странам использовать права человека в качестве основы для идентификации потенциальных барьеров и формулирования предложений с целью преодолеть или уменьшить существующие препятствия для достижения высокого уровня СРЗ на всех этапах жизни.
Доступно на английском языке на:
**http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/rmnch-human-rights/en/**

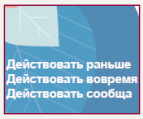
**Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030 (Глобальная стратегия здоровья женщин, детей и подростков)** предназначена стать ориентиром в деле искоренения предотвращаемых случаев смерти женщин, детей и подростков к 2030 году. Одновременно с этим обновлённая Стратегия направлена на улучшение общего состояния здоровья и благополучия женщин, детей и подростков. Она поспособствует достижению связанных со здоровьем женщин, детей и подростков «Целей устойчивого развития» на период после 2015 года, сосредоточивая внимание не только на снижении уровня смертности, но также постулируя необходимость поддержания здоровья на всех этапах жизни. Доступно на английском языке на: **http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/**

**Подростковый возраст: время созидания основ счастливой жизни Entre Nous No.80, 2014**
Этот номер Entre Nous посвящён здоровью и благополучию подростков и молодых людей в Европе. Представлена информация по поводу далеко идущих и долговременных преимуществ, связанных с улучшением состояния здоровья и социально-экономических факторов, в результате политики инвестирования в программы для подростков. Материал доступен на английском и русском языках на: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/adolescence-building-solid-foundations-for-lifelong-flourishing.-entre-nous-no.80,-2014**

**Старение и сексуальное здоровье. Entre Nous No.77, 2013**
В этом выпуске представлены статьи, посвящённые широкому спектру вопросов, связанных со старением и сексуальным здоровьем. Сексуальность и сексуальное здоровье признаются неотъемлемой составляющей здоровья и благополучия в пожилом возрасте. Доступно на английском и русском языках на:
**http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/ageing-and-sexual-health.-entre-nous-no.-77,-2013**

**Неинфекционные заболевания и сексуальное и репродуктивное здоровье. Entre Nous No 75, 2012**
В 75-й выпуске журнала Entre Nous рассматриваются многочисленные параллели между НИЗ и сексуальным и репродуктивным здоровьем в течение всей жизни с точки зрения факторов уязвимости и риска, связанных с плохим состоянием здоровья в целом, а также с такими социо-культурными детерминантами здоровья, как бедность и неравенство. Доступно на английском и русском языках на:
**http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/noncommunicable-diseases-and-sexual-and-reproductive-health.-entre-nous-no-75,-2012**



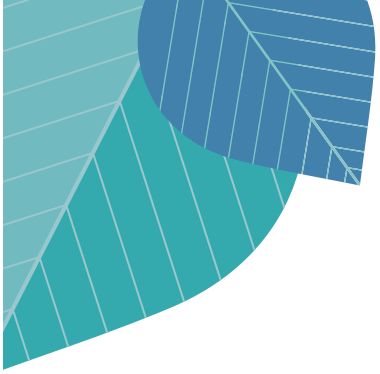



## Запланированные мероприятия:

**Европейская министерская конференция ВОЗ, посвящённая подходу с учётом всех этапов жизни в контексте программы Здоровье 2020, 21-22 октября 2015 г., Минск, Беларусь.** На Европейской министерской конференции ВОЗ будут представлены новые фактические данные по результатам исследований в различных областях, от генетики до экономики, указывающие на то, что могут сделать правительства стран для поддержания здоровья населения в течение всей жизни. Для лиц, ответственных за принятие политических решений, конференция должна стать стимулом для способствования здорового начала жизни и удовлетворения потребностей людей в критические периоды жизни. Более подробная информация доступна на:
**http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020**

## Полезные веб-сайты:

**Здоровье 2020: Европейская политика поддержки здоровья и благополучия**
http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being
**WHO life-course fact sheets (Информационные листки ВОЗ на тему подхода с учётом всех этапов жизни):** http://www.who.int/life-course/news/factsheets/en/
**WHO promoting health through the life-course (политика ВОЗ по поддержанию здоровья в течение всей жизни):** http://www.who.int/life-course/en/
**Every woman, Every Child (Каждая женщина, каждый ребёнок):** http://www.everywomaneverychild.org
**The UCL Institute of Health Equity (Институт равноправия в отношении здоровья Университетского колледжа Лондона):** http://www.instituteofhealthequity.org



# Entre Nous

*The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*


WHO Regional Office for Europe

Division of Noncommunicable Diseases and

Promoting Health through the Life-course

Sexual and Reproductive

Health Programme

UN City

Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

www.euro.who.int/entrenous

Entre Nous