

THE LANCET

Сентябрь, 2016

www.thelancet.com

Охрана материнского здоровья

Краткое содержание серии публикаций журнала Lancet



«Каждая женщина и каждый новорожденный везде должны иметь право на надлежащий качественный медицинский уход»

ОБЗОР

За последнюю четверть века был достигнут прогресс в отношении некоторых женщин и их новорожденных младенцев. Начиная с 1990-х, уровень материнской смертности на мировом уровне снизился почти на половину (44%), а использование услуг по охране материнского здоровья заметно увеличилось. В тоже время, цели развития сформулированные в декларации тысячелетия (ЦРТ) по охране материнского здоровья не были достигнуты. Несмотря на значительное политическое внимание на мировом уровне к охране материнского здоровья, в некоторых странах и в отношении к определенным группам женщин был достигнут лишь крайне незначительный прогресс, либо он вообще отсутствовал. В странах Африки к югу от Сахары вероятность женщины умереть во время родов и от связанных с беременностью причин очень высока и составляет 1:36, в то время как в странах высокого уровня дохода эта вероятность составляет 1:4900.

Каждая женщина и каждый новорожденный везде должны иметь право на надлежащий качественный медицинский уход - это главное послание серии публикаций журнала Lancet 2016 года об охране материнского здоровья, первая такая серия в десятилетие перемен. Серия публикаций освещает причины материнской смертности (см. рисунок 1), тенденции и перспективы охраны материнского здоровья в нынешнюю эпоху быстрого демографического, эпидемиологического, и социально-экономического перехода. В серии публикаций анализируются события прошлых 25 лет и указывается на растущую угрозу для прогресса, вызванную ненадлежащим качеством ухода и неравенством в доступе к медицинским услугам. Начиная с 1990-х, разрыв между группой стран с самым высоким и самым низким уровнем смертности удвоился. Учитывая, что ежегодно 210 миллионов женщин становятся беременными и рождается 140 миллионов младенцев, необходимо срочно улучшить качество ухода и уменьшить неравенство в доступе к медицинским услугам, чтобы обеспечить будущее экономическое и социальное развитие, а также поддержать реализацию целей устойчивого развития (ЦУР) к 2030 году и глобальной стратегии по охране здоровья женщин, детей и подростков.

Право на надлежащее качество услуг по охране материнского здоровья, ориентированного на женщин - универсально. Эта серия публикаций даёт действительно глобальную перспективу, рассказывая об опыте из всех регионов мира. Среди женщин, пользующихся услугами по охране материнского здоровья, лишь немногие получают высококачественный надлежащий уход, в то время как большинство женщин испытывают одну из двух крайностей в предоставлении услуг по охране материнского здоровья: «слишком мало и слишком поздно» или «слишком много и слишком рано». Обе крайности представляют собой пример услуг по охране материнского здоровья, не имеющих доказательной базы. А ещё есть женщины, которые вообще не получают никакого медицинского ухода.

В странах с высоким и средним уровнем дохода, а также среди более состоятельных слоёв населения в странах с низким уровнем дохода, растёт риск чрезмерного назначения лекарственных препаратов при нормально текущей беременности и родах, а также частое проведение



Рисунок 1: Главные причины материнской смертности и ключевые вмешательства (2013)
 Процентное соотношение причин материнской смертности
 Источник: Публикации серии Охрана материнского здоровья номер 1 и 6

медицинских вмешательств, не имеющих доказательной базы. Число родов в медицинских учреждениях продолжает расти, и чрезмерный материнский уход («слишком много и слишком рано») может не только причинить вред и привести к увеличению медицинских затрат, но также может способствовать появлению культуры неуважения и злоупотребления.

В то же время, ненадлежащее качество ухода («слишком мало и слишком поздно») подвергает опасности здоровье как женщин, так и их новорожденных младенцев, будь то в малонаселенной сельской местности, плотно населённых городских центрах, или на территории с экологической или политической нестабильностью. Более того, несмотря на увеличения за последние 25 лет числа женщин, охваченных медицинским обслуживанием, почти четверть беременных женщин всё еще не имеет никакого доступа к квалифицированной медицинской помощи при родах.

Возможности для дальнейшего прогресса в улучшении качества медицинского ухода и уменьшении неравенства в доступе к медицинским услугам лежат не только в повсеместном внедрении в практику эффективных мероприятий по охране материнского здоровья и моделей ухода, но также и в более широких изменениях. Такие изменения могут включать

Краткий обзор

- В 2015 году, уровень материнской смертности составил 216 случаев на 100 000 живорождений, что ниже на 44% по сравнению с 385 случаями на 100 000 живорождений в 1990 году. В то же время, этого недостаточно для достижения цели 5a, сформулированной в декларации тысячелетия, а именно - 75% сокращение материнской смертности. Мировая цель к 2030 году - 70 случаев на 100 000 живорождений, что требует 68% сокращения материнской смертности.
- В 1990, совокупный уровень материнской смертности в десятке стран с наивысшим уровнем смертности был в 100 раз больше, чем совокупный уровень материнской смертности в десятке стран с наименьшим уровнем смертности; к 2013 году, промежуток между странами удвоился до 200 раз больше.
- Значительное бремя материнской заболеваемости стало более очевидным. Только в 2015 году, приблизительно 27 миллионов эпизодов заболеваемости были связаны с пятью главными прямыми акушерскими причинами.
- Три четверти женщин теперь рождают при помощи квалифицированного акушера, и две трети получают по крайней мере четыре посещения дородового наблюдения. Почти 53 миллиона женщин, проживающих в основном в самых бедных странах или среди самых бедных слоёв женщин в своих странах не получают квалифицированной помощи при родах.
- Существует 51 высококачественное научно-обоснованное руководящее указание, которые доступны для служб, предоставляющих услуги по родовспоможению, разработанные правительством и неправительственными организациями различных стран. Но ни одно из них не было разработано в странах с низким уровнем дохода. В рамках этих указаний есть список 78 рекомендуемых и 37 нерекомендуемых для проведения медицинских вмешательств.
- После проведения исследований в семи расположенных к югу от Сахары африканских странах, в пяти из них больше чем четверть всех родов проходили в медицинских учреждениях, которые не могли обеспечить медико-санитарное обслуживание для неосложнённых родов. В четырёх странах больше чем две трети родов проходила в медицинских учреждениях, в которых отсутствовали три базовых элемента инфраструктуры, например, таких как вода, и больше чем половина родов проходила в медицинских учреждениях, в которых отсутствовала базовая неотложная акушерская помощь.
- Смоделированные оценки указывают на потребность к 2030 году в более чем 18-ти миллионах дополнительных медицинских работников, необходимых для реализации ЦУР. В африканских странах, расположенных к югу от Сахары с наибольшим числом родов (например, Демократическая Республика Конго, Танзания, Кения и Эфиопия) существует очень низкое относительное количество акушерок и гинекологов (менее 2х на 1 000 беременностей).
- Обзор 14-ти стран с высоким уровнем доходов показал, что средняя стоимость обычных родов в США стоили в семь раз выше чем в Норвегии, и в четыре раза выше для кесаревых сечений. Затраты на возмещение ущерба, связанного с медицинской ответственностью, были высоки, но в половине из этих 14-ти стран существуют системы по возмещению ущерба, причиненного в результате объективной случайности, для того чтобы смягчить такие затраты, а в трёх существовали системы частичного возмещения ущерба.

в себя: увеличение бюджетно-финансового пространства для инвестиций в здоровье в странах с низким и средним уровнем доходов и в урбанизированных областях (см. рисунок 2), всеобщий охват населения медицинскими услугами, а также использование новых многообещающих подходов по расширению охвата и эффективности медицинского ухода, используя поведенческую экономику, мобильное здравоохранение, и информационную революцию. Предвидятся также и проблемы, которые могут препятствовать развитию или даже полностью обратить процесс прогресса вспять. Среди них - недостаточное внимание к охране материнского здоровья, слабые глобальные и национальные структуры управления, природные и техногенные бедствия, такие как изменение климата, вспышки заболеваний, военные конфликты и массовая миграция.



В заключении серия публикаций предлагает программу преобразований, содержащую пять пунктов: надлежащий качественный медицинский уход для каждой женщины и каждого новорожденного везде; равенство посредством всеобщего охвата населения медицинскими услугами; устойчивая, прочная и реактивная система здравоохранения; стабильное финансирование системы охраны материнского здоровья и здоровья новорожденных; и более точные научные данные, пропаганда и ответственность за прогресс.

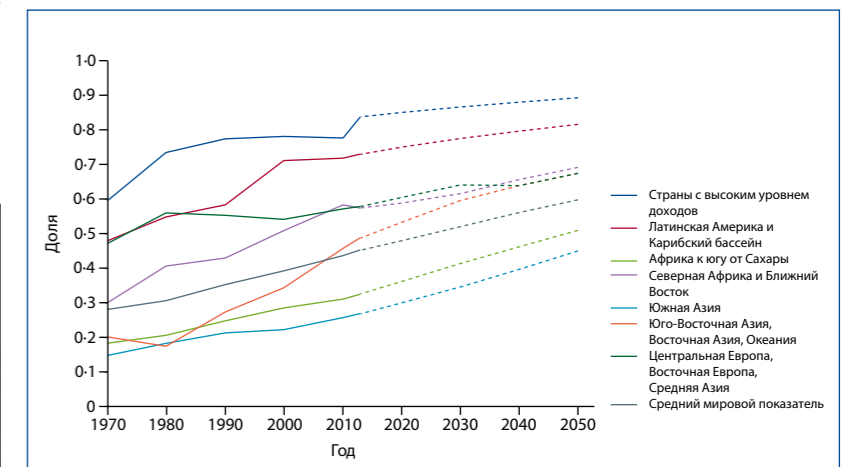


Рисунок 2: Прогнозы рождаемости в городских районах и сельской местности
 Доля родов в городских районах и сельской местности с 1970 по 2050 год. Мы использовали данные об общем коэффициенте рождаемости из демографических ежегодников Организации Объединенных Наций за период с 1970 по 2013 год, а также данные доклада Организации Объединенных Наций о перспективах процесса урбанизации в мире (2014 года выпуска), а также данные об общем коэффициенте рождаемости, взятые из издания мировых демографических прогнозов (2012 года выпуска), для расчета процента родов, происходящих в городских районах с 1970 по 2050 год в различных регионах мира. Мы использовали имеющиеся данные о средних значениях общих коэффициентов рождаемости в городских районах и сельской местности страны в определенном регионе мира в качестве косвенного показателя для всего региона.
 Источник: Публикация серии Охрана материнского здоровья номер 5

ПРИЧИНЫ УВЕЛИЧЕНИЯ НЕРАВЕНСТВА ДОСТУПА К УСЛУГАМ ОХРАНЫ МАТЕРИНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Вследствие того, что всё больше женщин выживает после родов, глобальное бремя плохого материнского здоровья заметно смещается от предотвратимой смертности к все более разнообразному спектру материнской заболеваемости. Четыре основных переходов способствовали увеличению степени разнообразия и расхождения в бремени плохого материнского здоровья во всем мире.

Демографический переход: Несмотря на уменьшающийся уровень рождаемости и смертности, молодая возрастная структура мирового населения и высокий уровень неудовлетворенной потребности в контрацепции продолжают способствовать приросту населения, тем самым обременяя и так недостаточно развитые системы здравоохранения.

Эпидемиологический переход: страны с низким и средним уровнем дохода демонстрируют те же тенденции, что и страны с высоким уровнем дохода: увеличение роста заболеваемости диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, артериальной гипертензией и другими хроническими заболеваниями. В то время как роль прямых причин материнской смертности снижается, косвенные причины материнской смертности и заболеваемости становятся более значимыми, включая психическое здоровье.

Социально-экономический переход: по мере того, как население и сообщества становятся более благосостоятельными, происходят перемены в образе жизни и поведении людей. К таким переменам относятся более поздние сроки перворождения; увеличение распространённости ожирения и числа неинфекционных заболеваний; растущее желание пользоваться услугами и технологиями, предоставляемые медицинскими учреждениями официального сектора здравоохранения, а также желание получить уход, ориентированный на женщин.

Экологический переход: изменения климата, деградация окружающей среды и стихийные бедствия воздействуют на здоровье всего населения мира, и чаще всего именно женщины страдают от таких изменений и потрясений. Например, женщинам приходится тратить больше времени на сбор топлива и обеспечение семьи водой, что оставляет намного меньше времени на обращение за медицинской помощью для себя или детей. Женщины также сталкиваются с дополнительными рисками во время беременности, связанные с трансмиссивными или вызванными несоблюдением мер личной гигиены инфекционными заболеваниями, таких как малярия, вирус Зика, холера, или вирус Эбола.

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО УХОДА СУЩЕСТВУЕТ ВО ВСЕХ СТРАНАХ

Среди женщин, пользующихся услугами по охране материнского здоровья, лишь немногие получают высококачественный надлежащий уход, в то время как большинство женщин испытывают двух крайностей в предоставлении услуг по охране материнского здоровья: «слишком мало и слишком поздно», когда женщины получают недостаточный и несвоевременный уход, или «слишком много и слишком рано», когда происходит чрезмерное назначение лекарственных препаратов и чрезмерное проведение ненужных медицинских вмешательств. Обе крайности представляют собой пример услуг по охране материнского здоровья, не имеющих доказательной базы. Часть же женщин вообще не получают никакого медицинского ухода.

Всё большее число стран с низким и средним уровнем дохода колеблется между двумя крайностями в охране материнского здоровья - либо с ситуацией «слишком мало и слишком поздно» среди наиболее уязвимых групп населения, либо с ситуацией «слишком много и слишком рано» среди благосостоятельных пациентов и клиентов частных лечебных учреждений. Таким образом, доступ к лечению, основанный на принципах доказательной медицины, остается неадекватным среди всех слоёв населения.

В такой ситуации больше неприемлемо только поощрение женщин рожать в медицинских учреждениях, многие из которых продолжают испытывать острую нехватку квалифицированных трудовых кадров неотложной

Слишком мало, слишком поздно

- Отсутствие научно-обоснованных руководящих указаний
- Отсутствие оборудования, поставок и лекарств
- Несоответствующее число квалифицированных кадров
- Женщины, рожаящие сами по себе, без посторонней помощи
- Отсутствие служб скорой помощи и перевод из одного медицинского учреждения в другое со значительной задержкой

Слишком много, слишком скоро

- Необоснованное проведение кесарево сечения
- Искусственная стимуляция или вынужденные роды
- Частое и непрерывное применение методов электронного наблюдения за эмбрионом
- Частое назначение эпизиотомии
- Частое назначение послеродовых антибиотиков

акушерской помощи, надежное водоснабжение, и даже самую базовую способность организовать оказание помощи при неосложнённых родах и обеспечить лечение, основанное на принципах доказательной медицины.

Для того чтобы можно было противостоять обеим крайностям, нужны конкретные и подходящие под конкретные условия стратегии и рекомендации. Среди решений, которые помогли бы улучшить исход для женщин и их новорожденных младенцев в определенных условиях, были предложены: медицинская помощь, руководимая акушерками; наличие медицинских учреждений, которые способны оказать необходимую медицинскую помощь при родах, а также неотложную акушерскую помощь, основанную на принципах доказательной медицины; инновации в службе скорой медицинской помощи; большее использование центров родового ухода; и внедрение внутри больниц отделений, руководимых акушерками (см. рисунок 3).

Бремя плохого материнского здоровья, а именно, смертность и высокая заболеваемость, сконцентрированы среди наиболее уязвимых групп населения, особенно среди тех, кто сталкивается с гендерной и прочей дискриминацией, испытывает финансовые трудности, затронут гуманитарными кризисами, или живёт в нестабильных государствах или в районах, подверженных стихийным бедствиям. Эти женщины чаще других становятся многодетными матерями, их беременности имеют более высокий риск возможных осложнений, а также испытывают трудности в доступе к



качественным медицинским услугам и реализации своих прав.

Уязвимые женщины существуют в каждой стране, включая страны с высоким уровнем доходов. Так, например, у афроамериканских женщин в Нью-Йорке вероятность умереть во время беременности и родов вдвое больше, чем у женщин, живущих в развивающемся регионе Восточной Азии.

Системы здравоохранения в странах с высоким уровнем доходов сталкиваются с трудностями в поддержании оказания надлежащего качества медицинского ухода, ориентированного на женщин. Медицинские расходы по обязательствам часто очень высоки, распространён страх оказаться вовлечённым в судебные разбирательства, системы сбора данных и наблюдений являются слабыми, а также существует типичная нехватка медицинских кадров. Бригадный подход в оказании медицинской помощи в родильных домах, а также увеличение объема оказываемой акушерской помощи могут стать эффективными мерами в решении проблем связанных с нехваткой медицинских кадров, чрезмерным применением медицинских вмешательств и высокой стоимости.

Женщины, часто не получающие надлежащее качество ухода:

- Подростки и незамужние женщины
- Иммигранты
- Беженцы и внутренне перемещенные женщины
- Женщины из числа коренного населения и этнические или религиозные меньшинства
- Женщины, живущие в бедности
- Женщины, живущие в неофициальных городских поселениях
- Женщины, живущие в нестабильных государствах
- Женщины, страдающие от гуманитарных кризисов

ВНЕШНИЕ ШОКИ И ИННОВАЦИИ В СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

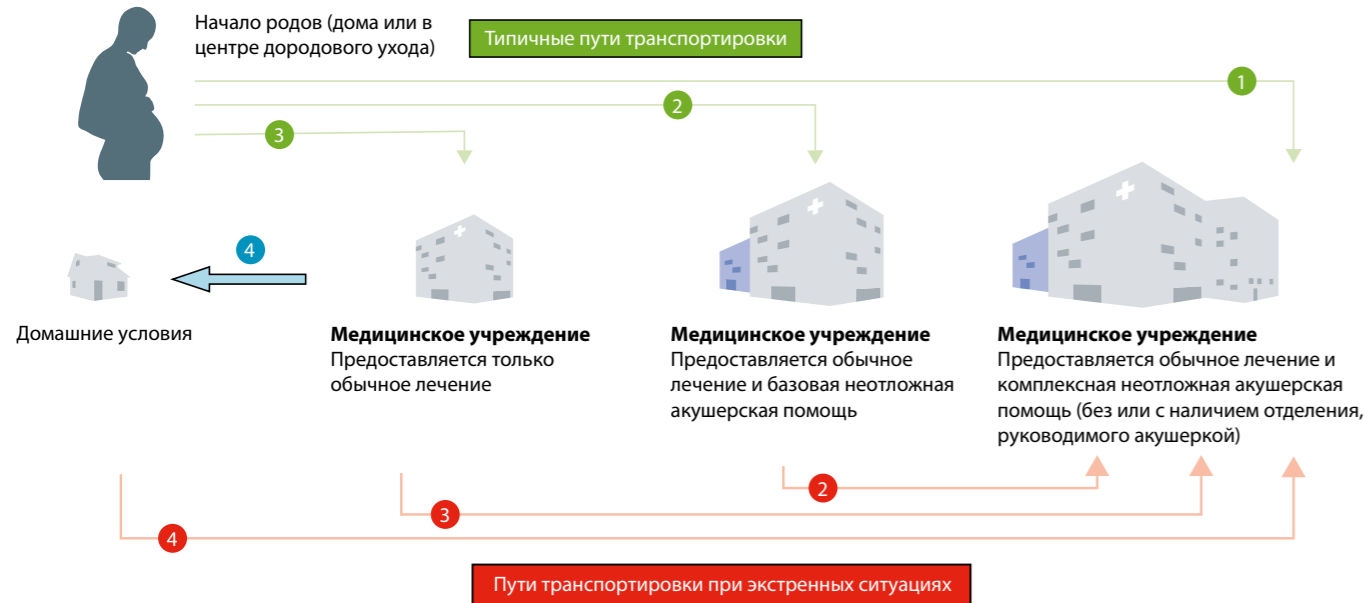
Предоставление каждой женщине медицинской помощи надлежащего качества, которого она заслуживает, зависит от ресурсов и условий её сообщества и страны. Такие условия включают в себя: экономический рост в странах с низким и средним уровнем дохода, урбанизация, шоки системы здравоохранения, связанные со вспышками заболеваний, экстремальными погодными условиями и военными конфликтами. В то же время, новаторские стратегии и технологические инновации, включающие в себя всеобщий охват населения медицинскими услугами, мобильное здравоохранение, мероприятия, основанные на поведенческой экономике, формируют новые подходы, способные улучшить здоровье женщин и новорожденных младенцев во всех слоях общества вне зависимости от уровня дохода.

Стабильный ежегодный рост ВВП в последующие два десятилетия, совместно с возможностью получения доходов от введения акцизных сборов на табачные изделия и алкоголь, налога на туристов, и сокращение субсидирования ископаемых энергоносителей может существенно расширить внутреннее бюджетно-финансовое пространство для инвестиций

в здоровье и социальную сферу. Учитывая отсутствие положительной динамики в объемах финансирования на нужды развития здравоохранения, увеличение внутренних инвестиций в здравоохранение имеет смысл не только для социального развития, но также и для экономического роста.

В период с 2000-го по 2011-ый год, почти четверть роста национального дохода в странах с низким и средним уровнем дохода был достигнут за счёт увеличения продолжительность жизни. Этот факт делает здоровье исключительно хорошим предметом для инвестиций.

Новый экономический и политический ландшафт в период пост-ЦРТ, наряду с изменяющимися ожиданиями женщин и их доступом к технологиям и информации, требует фундаментального изменения в стратегиях улучшения материнского здоровья для всех групп населения. Например, в то время как с урбанизацией улучшается и доступ к медицинским услугам, а информация становится всё более доступной, внимание должно уделяться не просто доставке рожениц в медицинские учреждения, а улучшению качества и своевременности оказания медицинского обслуживания в медицинском учреждении.



Требования для каждого пути и возможность для обычного лечения и неотложной помощи

| | Обычный путь при начале родов | Предоставление качественной помощи при обычных родах | Экстренный транспорт при осложнениях | Предоставление качественной медицинской помощи при осложнениях |
|---|--|---|--|--|
| Возможности гарантирования родов при содействии квалифицированной акушерки | Женщина/семья: • принимает решение о месте проведения родов • есть возможность достигнуть пункт назначения (передвижное средство или транспортное сообщение), включая транспортировку в центр дородового ухода | В медицинском учреждении есть достаточное: • медицинское кадровое обеспечение и возможности для принятия обычных родов • число сотрудников • оборудование, медикаменты и расходные материалы • ежедневный круглосуточный график работы и базовая инфраструктура | Медработник: • может распознать необходимость оказания неотложной медицинской помощи • знает месторасположение и может организовать транспортировку в медицинское учреждение, где может быть оказана комплексная неотложная акушерская помощь (например, используя службу скорой помощи) | В медицинском учреждении есть достаточное: • медицинское кадровое обеспечение и возможности для принятия родов с осложнениями • число сотрудников • оборудование, медикаменты и расходные материалы • запас препаратов крови • ежедневный круглосуточный график работы и базовая инфраструктура |
| Медицинское учреждение, где может быть оказано обычное лечение, а также комплексная неотложная акушерская помощь 1 | Женщина путешествует из дома или из центра дородового ухода в медицинское учреждение, где может быть оказана комплексная неотложная акушерская помощь | Несложные роды в медицинском учреждении, где может быть оказана неотложная акушерская помощь, возможно в отделении, руководимом акушеркой | Транспортировка не требуется. Если находится в отделении, руководимом акушеркой, возможен перевод в отделение неотложной медицинской помощи, расположенное в том же медицинском учреждении | Осложненные роды проходят в медицинском учреждении, где может быть оказана комплексная неотложная акушерская помощь |
| Медицинское учреждение, где может быть оказано обычное лечение, а также базовая неотложная акушерская помощь 2 | Женщина путешествует из дома или из центра дородового ухода в медицинское учреждение, где может быть оказана базовая неотложная акушерская помощь | Несложные роды в медицинском учреждении, где может быть оказана базовая неотложная акушерская помощь | Женщина, которой не может быть оказана помощь в медицинском учреждении с базовой неотложной акушерской помощью, переводится в медицинское учреждение, где может быть оказана комплексная неотложная акушерская помощь | |
| Медицинское учреждение, где может быть оказано только обычное лечение 3 | Женщина путешествует из дома или из центра дородового ухода в медицинское учреждение, где может быть оказано обычное лечение | Несложные роды в медицинском учреждении, где может быть оказано обычное лечение | Женщина переводится из медицинского учреждения, где может быть оказано только обычное лечение в медицинское учреждение, где может быть оказана комплексная неотложная акушерская помощь | |
| Домашние условия при содействии квалифицированной акушерки 4 | Квалифицированный акушер едет в дом роженицы | Несложные роды дома | Женщина путешествует из дома в медицинское учреждение, где может быть оказана комплексная неотложная акушерская помощь | |

Рисунок 3: Концептуальная схема путей, ведущих к надлежащим родам

Квалифицированное принятие несложных родов и доступ к экстренной акушерской помощи для лечения осложнений, и требования к каждому из путей и возможностей, ведущих к надлежащим родам

Источник: Публикация серии Охрана материнского здоровья номер 3

Призыв к действию: Каждая женщина и каждый новорожденный везде должны иметь право на надлежащий качественный медицинский уход

Хорошее материнское здоровье - это право человека, а также предварительное условие и определяющий фактор здоровья новорожденного, ребенка и подростков, а также устойчивого общего развития. Таким образом, какие шаги должны предпринять местная, национальная, и мировая общественность, чтобы достигнуть видения, обозначенного в ЦУР и чтобы уменьшить материнскую смертность до 70 на 100 000 живорожденных к 2030 году?

Серия публикаций Lancet об охране материнского здоровья предлагает следующий план действий, разбитый на пять пунктов, касающиеся всех заинтересованных и сотрудничающих сторон, чтобы реализовать видение глобальной стратегии по охране здоровья женщин, детей и подростков:

- **Качество:** партнеры должны отдать приоритет предоставлению услуг по об охране материнского здоровья надлежащего качества, основанных на принципах доказательной медицины, которые отвечают местным нуждам и способны решать появляющиеся проблемы. Очень важно, чтобы услуги охраны материнского здоровья начинались с профилактики (например, планирование семьи и проведением безопасных абортов там, где они разрешены законом), соответствовали специфике конкретной ситуации, были взаимосвязаны с непрерывным характером оказания медицинского ухода, и были способны решать проблемы, связанные с растущим разнообразием спектра материнской заболеваемости, обуславливающие глобальное бремя плохого материнского здоровья.
- **Равенство:** партнеры должны содействовать равенству, например, через инвестиции во всеобщий охват населения медицинскими услугами — механизм для достижения ЦУР — который сможет создать сильную базу для предоставления услуг по охране материнского здоровья, которая достигает каждую женщину везде с надлежащим качеством ухода, и не вызовет финансовые трудности и не повергнет семью в бедность.
- **Система здравоохранения:** партнеры должны финансировать укрепление всех систем здравоохранения, включая систему сбора данных и наблюдений, возможности медицинских учреждений, связанные службы скорой помощи, а также квалифицированные медицинские трудовые кадры, таким образом, чтобы они могли реагировать на меняющиеся условия жизни женщин, а также могли бы выстоять в условиях шоков и экологических угроз для здоровья матерей и их новорожденных.
- **Финансирование:** стабильное финансирование системы охраны материнского здоровья необходимо для поддержания успехов в области улучшения материнского здоровья и ускорения прогресса. Вместе в недавним экономическим ростом в странах с низким и средним уровнем дохода, для обеспечения политической поддержки и внимания очень важно показывать роль инвестирования в здоровье как катализатора социального развития и экономического роста.
- **Более точные данные:** необходимы более точные местные данные, полученные в ходе текущих аудитов, а также из улучшенных медицинских информационных систем управления, для улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых на местном уровне для женщин. Необходимы более усовершенствованные системы показателей, которые будут отражать реальное бремя плохого материнского здоровья для того, чтобы разрабатывать политику и осуществлять мероприятия по охране материнского здоровья, основанных на фактических данных, а также чтобы улучшить способность систем здравоохранения предоставлять надлежащее качество услуг по охране материнского здоровья для всех. Более точные данные для исследований помогут создать платформу, на которой все партнеры — местный и мировые, общественный и частные — смогут выступать в поддержку мобилизации ресурсов, а также извлекать уроки из программных успехов и неудач, усиливать законы и политику, и содействовать взаимной ответственности.



Ссылки на более подробную информацию о серии публикаций:

www.thelancet.com/series/maternal-health-2016
www.maternalhealthseries.org

Список публикаций серии

1. Graham W, Woodd S, Byass P, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. Lancet 2016; published online Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1)
2. Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Lancet 2016; published online Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
3. Campbell OMR, Calvert C, Testa A, et al. The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. Lancet 2016; published online Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31528-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31528-8)
4. Shaw D, Guise J-M, Shah N, et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? Lancet 2016; published online Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31527-6)
5. Kruk ME, Kujawski S, Moyer CA, et al. Next generation maternal health: external shocks and health-system innovations. Lancet 2016; published online Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31395-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31395-2)
6. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. Lancet 2016; published online Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2)

Выражения благодарности

Исследовательская группа: Oona M R Campbell, Wendy Graham, Fernando Althabe, Marge Koblinsky, Margaret E Kruk, Suellen Miller, и Dorothy Shaw.

Исполнительно-руководящая группа: Fernando Althabe (Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy); Dipa Nag Chowdhury (The MacArthur Foundation, India); France Donnay (Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University); Lynn Freedman (Averting Maternal Death and Disability Program, Mailman School of Public Health, Columbia University); Stephen Hodgins (Save the Children); Marge Koblinsky (USAID); Jerker Liljestrand (Bill & Melinda Gates Foundation); Lori McDougall (Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, World Health Organization); and Sundari Ravindran T.K. (Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology).

Группа подготовившая краткое содержание: Lori McDougall, Oona M R Campbell, and Wendy Graham. We thank the Series study group, Audrey Ceschia, Richard Horton, Adrienne Testa, and Justine Marshall из редакционного совета.

Финансирование на данную публикацию предоставлено Bill & Melinda Gates Foundation и the MacArthur Foundation через грант в the London School of Hygiene & Tropical Medicine.

*Права на фотографии принадлежат: Обложка, страница 3 - Pieter ten Hoopen, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Нидерланды
 Страницы 4 и 7 - Pieter ten Hoopen, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Индия
 Страница 5 - Pieter ten Hoopen, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Швеция*

*Доступ к материалам на сайте: www.maternalhealthseries.org
 Следить за дискуссией: #MaternalHealthNow*

Исследовательская группа:



Исполнительно-руководящая группа:

