



# Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистан

А.Г. Гаиров<sup>1</sup>, М.Х. Ганиева<sup>2</sup>, А.В. Вохидов<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт профилактической медицины,

<sup>2</sup> Национальный центр репродуктивного здоровья,

<sup>3</sup> Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, Душанбе, Таджикистан

В статье обосновывается необходимость дальнейшего усиления мероприятий, направленных на укрепление общественного здоровья, на основе разработанных в Таджикистане нормативно-правовых документов, соответствующих рекомендациям международных организаций. Приводятся высокие уровни рождаемости – 25,3 на 1000 населения, младенческой и материнской смертности – 17,9 на 1000 и 33 на 1000 живорождённых соответственно. Отмечается связь уровня образования, как ключевого фактора, определяющего контрацептивную безопасность репродуктивного поведения личности. При среднем возрасте на момент первых родов – 22 года, суммарный коэффициент рождаемости составляет 3,8 рождений на одну женщину. При этом деторождение присуще практически всем таджикским женщинам. Первичное бесплодие встречается лишь менее, чем в 2,0% случаев. К возрасту 45-49 лет в 54,0% случаев родились пять и более детей. Уровень охвата женского населения контрацептивами в 2015 г. составил 23,9%, в основном внутриматочными средствами. Интергенетический интервал, обеспечивающий благоприятный исход для матери и плода составляет 2,5-4 года. До настоящего времени аборт – до 113,9 на 1000 родившихся живыми, используются как метод регуляции рождаемости. Указываются меры по снижению репродуктивных потерь.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, контрацепция, охрана материнства и детства.

**Актуальность.** Состояние репродуктивного здоровья населения является предметом интереса всей мировой общественности, так оно напрямую связано со здоровьем детей, а, следовательно, и будущем государства. В решении проблем здравоохранения Таджикистана приоритетными областями становятся охрана материнства и детства, репродуктивное здоровье, неинфекционные заболевания, малярия, туберкулез, ВИЧ/СПИД и другие инфекции, передаваемые половым путем [1, 2]. При этом уровень приоритетности становится достаточно высоким, что обусловлено ратификацией конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и о правах ребёнка. Проведение мер по охране здоровья населения, матери и ребёнка гарантировано в Конституции Республики Таджикистан [3, 4]. В этой связи, к 2014 году в стране создана нормативно-правовая база, включающая 9 законов, 18 правительственных постановлений и около 40 приказов в сфере здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. За последние немногим более 20 лет в Таджикистане произошли серьёзные изменения в подходах к оказанию медицинской помощи матерям и детям. При этом, разработаны и реализованы важные документы и рекомендации, по оценке её качества [5, 6]. В соот-

ветствующем Национальном плане по обеспечению безопасности беременности отражены принципы доказательной медицины и международные стандарты по ведению физиологической и патологической беременности, родов и неонатальных осложнений. Вместе с тем, международная интеграция выветила неравенство и масштабы бедности, что вполне очевидно влияет на репродуктивное здоровье детского и женского населения Таджикистана [1]. При самой высокой рождаемости, составившей в 2012 году 25,3 на 1000 населения, материнская и младенческая смертность остановились на уровне 33 на 100 тысяч живорождённых и 17,9 на 1000 живорождённых соответственно. Достижению определённого прогресса в динамике основных медико-социальных показателей в сфере охраны здоровья матери и ребёнка способствует работа службы, обеспечивающей контрацептивную безопасность в стране [3]. Таким образом, многочисленные проблемы репродуктивного здоровья имеют особую не только медицинскую, но и социальную значимость.

**Цель исследования.** Изучить состояние и проблемы репродуктивного здоровья и контрацептивного поведения населения Таджикистана.



**Материал и методы исследования.** В исследовании использованы и подвергнуты анализу нормативно-правовые документы, годовые отчёты республиканского и региональных центров репродуктивного здоровья, материалы научно-практических конференций, конъюнктурных обзоров, относящихся к медико-демографическим сферам жизнедеятельности населения Таджикистана в период с 1991 по 2015 годы. Для оценки сексуального образования, репродуктивных установок и поведения женского населения в возрасте 15-49 лет организован анонимный опрос 1660 человек, отобранных методом случайной выборки. При этом, в качестве его инструмента, применяли типовую анкету медико-демографического исследования, адаптированную к условиям Таджикистана экспертами Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Результаты исследования и их обсуждение. Согласно медико-демографическим исследованиям образование является ключевым фактором, определяющим знания, отношение и поведение личности по вопросам охраны здоровья. Таджикские женщины репродуктивного возраста в большинстве своём имели 10-летнее образование. Высшее и среднее профессиональное образование имели 25% и 9% женщин города и села соответственно. Выяснилось, что уровень образования тесно связан с благосостоянием семьи, от уровня которого зависит удельный вес получающих информацию из конкретного источника СМИ – газет, журналов, радио или телевидения.

Так, в частности, только 5% женщин, не имеющих или имеющих лишь начальное образование, читают газеты (журналы), иногда раз в неделю. Разительно отличается этот показатель при наличии у них высшего образования, увеличивающийся до уровня более 70%. Около 67% женщин были замужем, немногим более четверти – никогда не состояли в браке, а 5% – были разведёнными или проживали отдельно от партнёра.

Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) в Таджикистане составляет 3,8 рождений на одну женщину, при среднем возрасте на момент первых родов, составляющем 22 года. Значения СКР по регионам республики выглядят следующим образом: Горно-Бадахшанская Автономная область (ГБАО) и Согдийская область – 3,3; Душанбе – 3,4; районы республиканского подчинения (РРП) – 3,9 и Хатлонская область – 4,2. Помимо места проживания, образования и благосостояния, на СКР влияет возраст вступления в первый брак, составляющий 20,2 лет, что представляется важным социальным и демографическим индикатором.

Таджикистан – страна с традиционным укладом жизни, и у женщин имеется мало возможностей для начала добрачных половых отношений. Поэтому снижение рождаемости маловероятно без увеличения возраста вступления в брак; санитарно-гигиенического просвещения лиц, вступивших в брак; решения

вопросов использования методов контрацепции; снижения деторождения, присущего практически всем таджикским женщинам, так как бесплодие встречается относительно редко при низком уровне первичного бесплодия, менее 2% [5, 6]. Как и следовало ожидать, женщины старшего возраста имеют гораздо более высокие показатели количества детей по сравнению с молодыми женщинами, к примеру, в возрасте 45-49 лет в 54% случаев родились пять и более детей. Короткие интервалы между рождениями связаны с повышенным риском смерти как матери, так и ребенка, особенно, когда межродовой интервал короче 24 месяцев. Нельзя не отметить, что часто эти обстоятельства обусловлены летальными исходами предыдущего ребёнка. Доля рождений, происходящих в интервале до 18 месяцев, была в 3 раза выше для детей от матерей, чьи предыдущие дети умерли. В частности, относительно короткий межродовой интервал после смерти ребёнка связан с укороченным периодом грудного вскармливания (или его отсутствием) предыдущего ребенка. Это приводит к более раннему восстановлению овуляции, что, следовательно, увеличивает вероятность наступления беременности.

Минимальное использование контрацепции возможно вследствие желания скорее родить ещё одного ребенка. В 2015 г. уровень контрацептивной безопасности составил 23,9%. При этом большинство женщин (до 88,4%) используют внутриматочные средства, меньшая их часть (до 5,0%) – оральные, инъекционные, барьерные и другие способы предупреждения беременности, что позволило добиться снижения числа аборт более, чем в 2 раза за последние почти два десятилетия, – до 113,9 на 1000 родившихся живыми.

Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростым вопросом: родить ребёнка или сделать аборт? Особенно сложно решается этот вопрос у девушки-подростка. Именно аборты, особенно до первых родов, провоцируют наиболее распространённые факторы бесплодия [4, 10].

Обеспечение контрацептивной безопасности в стране является одной из основных задач сектора здравоохранения. При этом исключительное право планировать семью принадлежит супружеским парам и отдельным индивидам. Они также могут добровольно принимать решения, когда и сколько иметь детей, пользуясь для этого своими правами на информацию, образование и помощь соответствующих служб. Доказано, что минимальный интергенетический интервал составляет 2,5, оптимальный – 3 и максимальный – 4 года, что гарантирует рождение жизнеспособного плода массой тела не менее 2,5 кг. Интервалы, превышающие 5 лет, нежелательны, а свыше 6 лет – сопряжены с повышенным риском для плода [6, 11].



Однако, как показывает опыт ВОЗ, в реализации этой весьма важной задачи необходимо решать вопросы организации эффективно действующей материальной базы, при отсутствии финансовых средств, персонала, оборудования и инфраструктуры. В организационном плане преодоление этих барьеров возможно при условии привлечения к этой работе учреждений ПМСП. В настоящий период в Таджикистане, где более 34% женщин имеют детородный возраст и более 63% беременных страдают анемией, единственным реальным путём снижения репродуктивных потерь является стратегия по планированию семьи.

Следует указать на нормативно-правовую базу по вопросам репродуктивного здоровья, планирования семьи, основанную на положениях Закона Республики Таджикистан «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах» (2002 г.). Большие изменения произошли в подготовке и переподготовке медицинского персонала в области репродуктивного здоровья и применения современных контрацептивных технологий. Принят курс по максимальному приближению контрацептивной помощи сельскому населению. С 2003 года оказываются контрацептивные услуги сельским жителям. За период с 1995 по 2015 годы использование контрацептивных средств увеличилось с 15,1% до 23,9%, причём в 2 раза увеличилось количество пользователей оральными контрацептивами и в 1,4 раза – презервативами. При этом оставляет желать лучшего послеродовая и послеабортная контрацепция.

#### ВЫВОДЫ.

1. Достигнуты значительные успехи в расширении доступа населения к контрацептивным услугам: развивается сеть Центров репродуктивного здоровья, совершенствуется медицинская документация, подготовлена большая команда акушеров и гинекологов.
2. Увеличился спектр контрацептивных средств, современных репродуктивных технологий, учебно-методических пособий и инструментов оценки их использования населением.
3. Непрерывное внедрение соответствующих медико-организационных мероприятий позволит решить демографические, социальные и медицинские проблемы репродуктивного здоровья Таджикистана.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-демографические исследования Таджикистана. Душанбе. – 2012. – С. 4-11, 71.
2. Салимзода Н.Ф. Достижения, проблемы и основные направления Министерства здравоохранения и социальной защиты населения в области охраны здоровья матери и ребенка / Н.Ф. Салимзода // Материалы 6 съезда акушер-гинекологов Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С.9-11.
3. Курбанов Ш.М. Роль Центров репродуктивного здоровья в улучшении контрацептивного поведения населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш.М. Курбанов. – Душанбе, 2000. – 25 с.
4. Мухамадиева С.М. Медико-организационные аспекты репродуктивного здоровья населения и пути их развития в Таджикистане: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.М. Мухамадиева. – Душанбе, 2002. – 46 с.
5. Репродуктивное поведение и здоровье как важнейшие составляющие демографических процессов в Республике Таджикистан / А.Г. Гаибов и др. // Здравоохранение Таджикистана. – №3. – 2009. – С. 107-111.
6. Национальная стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья детей и подростков на период до 2015 // Постановление Правительства Республики Таджикистан № 297 от 02.06.2008 г. – Душанбе, 2014. – С. 37
7. Расулова Г.Т. О проблемах оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях / Г.Т.Расулова // Вестник Авиценны. – 2011. – № 2. – С. 54-57
8. Морскова М.Р. Особенности течения беременности и родов у женщин с привычным невынашиванием при хламидийной инфекции / М.Р. Морскова // Вестник Авиценны. – 2011. – № 1. – С. 40-42.
9. Назарова С.И. Акушерские и перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете / С.И.Назарова // Вестник Авиценны. – 2012. – № 1. – С. 72-78
10. Землянова Е.В. Репродуктивное здоровье женщин как фактор рождаемости в России: автореф. дис. ... канд. экон. наук / Е.В. Землянова. – Москва, 2003. – 28 с.
11. Статистический ежегодник Республики Таджикистан. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2014.



# Summary

## The main aspects of reproductive health protection of Tajikistan population

A.G. Gaibov<sup>1</sup>, M.Kh. Ganieva<sup>2</sup>, A.V. Vohidov<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Research Institute of Preventive Medicine,*

<sup>2</sup> *National Center for Reproductive Health,*

<sup>3</sup> *Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Pediatric Surgery*

The article is based on requirement of further reinforcement events, directed at strengthening of public health, on the base of normative legal documents developed in Tajikistan, which corresponds with recommendations of international organizations. Following indices are brought: high level of birth rate – 25.3 per 1000 population, infant and maternal death rate – 17.9 and 33 per 1000 population, respectively. Level of education is considered to be a key factor, which determines contraceptive safety of reproductive behavior of individuals. The average age during the first delivery – 22 years, the summary coefficient of birth rate is 3.8 birth per one woman. Therefore, procreation is inherent virtually to all Tajik women. Primary infertility meets barely in less than 2.0% of cases. At the age of 45-49 years, in 54.0% of cases five and more children were born. The scope level of women population by contraceptives in 2015 was 23.9%, mainly by intrauterine device. Intergenic interval, providing favorable outcome for the mother and fetus was 2.5-4 years. Up to the present time, abortion – up to 113.9 per 1000 live births, is used as a method of birth control. Measures to reduce reproductive losses are indicated.

**Key words:** reproductive health, contraception, protection of maternity and childhood.

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Гаибов Амонullo Гаибович –**

зав. отделом профилактики инвалидности и медико-социальной реабилитации ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗ и СЗН РТ; Республика Таджикистан, Душанбе, ул. Шевченко, 61  
E-mail: s\_amon@mail.ru