

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической
медицины»

На правах рукописи

Ганизода Мунира Худойдод

**Оптимизация службы репродуктивного здоровья подростков в
Таджикистане**

Диссертация

на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

по специальностям:

14.02.03 – Организация здравоохранения

14.00.01 – Акушерство и гинекология

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Гаибов А.Г.

Научный консультант:

доктор медицинских наук,

доцент **Камилова М.Я.**

Душанбе – 2019

Оглавление

Список сокращений и условных обозначений	4
Введение.....	5
Общая характеристика работы	7
Глава 1. Современные проблемы репродуктивного здоровья (обзор литературы)	12
1.1. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья	12
1.2. Материнская смертность и её причины	14
1.3. Стратегия по охране здоровья матери, детей и подростков	15
1.4. Варианты гипертензивных нарушений	18
1.5. Преждевременные роды и деторождение как основная проблема здоровья подростков	19
1.6. Роль передовой практики в улучшении качества медицинских услуг матерям и детям	20
1.7. Преждевременные роды: репродуктивные последствия и лечение ...	32
Глава 2. Материал и методы исследования	42
Глава 3. Результаты собственных исследований	45
3.1. Особенности соматического здоровья девушек и девочек подросткового возраста в современных условиях Таджикистана.....	45
3.2. Особенности физического развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана	50
3.3. Особенности полового развития и частота распространенности гинекологических заболеваний у девушек и девочек-подростков в современных условиях Таджикистана	57
3.4. Оценка нормативных документов по репродуктивному здоровью подростков	62
3.5. Обоснование решений по улучшению качества помощи подросткам	78

Обсуждение полученных результатов	82
Заключение	93
Список литературы.....	96

Список сокращений и условных обозначений

ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВМС – внутриматочные спирали

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ИМТ - индекс массы тела

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

КОК – комбинированные оральные контрацептивы

ЛПУ-лечебно-профилактические учреждения

МД-медицинский дом

МКБ – международная классификация болезней

ООН - Организация Объединённых Наций

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РЗ - репродуктивное здоровье

СВА - сельская врачебная амбулатория

ФА - физическая активность

ФР - факторы риска

ЮНИСЕФ - детский фонд ООН

ЮНИФЕМ - женский фонд развития ООН

ЮНФПА - фонд народонаселения ООН

Введение

Здоровье человека зависит от его биологического начала, сформировавшегося в процессе длительной эволюции под воздействием окружающей среды и многочисленных социальных явлений [Тарент И.Г. и соавт., 2015]. В отличие от развитых стран в Республике Таджикистан наблюдается относительно высокое естественное воспроизводство населения. Однако, Таджикистан, как никакая другая страна Содружества независимых государств, нуждается в дальнейшем совершенствовании системы общественного здравоохранения. Медико-социальные, экономические, культурные, исторические, экологические и другие региональные особенности в целом тормозили решение задач в сфере репродуктивного здоровья, согласно Целям развития тысячелетия, в которых подчеркивалось значимость улучшения здоровья матерей и детей. До настоящего времени актуальными остаются проблемы, связанные с основными причинами материнской (28,8 на 100 тыс. живорожденных) и младенческой (20,1 на 1000 живорожденных) смертности. Эти показатели напрямую связаны с соматическим и репродуктивным здоровьем подростков.

В этот особенный период, согласно терминологии ЮНФПА длительностью 10-19 лет, происходит становление их репродуктивной системы, формирование личности и отношение к ценностям и образу жизни [Красникова М.Б., 2010]. Кроме того, формируется и манифестируется не только характер, но и возможная хроническая патология, при отсутствии психологических установок на осмысленную оценку здоровья и необходимости проявлять медико-санитарную активность в случае часто наблюдаемой психопатии. Это, в свою очередь, приводит к отклонениям от нормального поведения, сопровождаясь навязчивой фиксацией сознания на генитальной сфере.

В период кризисных явлений в экономике страны и перехода ее на рыночные отношения отмечается ухудшение медико-демографической

ситуации, прогрессируют негативные тенденции в состоянии здоровья женщин и детей [Касымова Г.П. и соавт., 2013]. В немалой степени в условиях развития информационных технологий подростки, особенно девочки, стали проще относиться к сексуальным проблемам. При этом для них обычными стали добрачные половые связи, «подростковое материнство», заболевания, передающиеся половым путем, и экстрагенитальная патология [Кулаков В.И., 1997; Курбанов Ш. М. и соавт., 2004].

Следует отметить, что беременность и роды у подростков протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, создавая высокий риск осложнений, как для матери, так и для плода. При этом беременность является, как правило, неожиданной до 85,0% случаев, прерываемой абортom, с нежелательными медицинскими, социальными, психологическими и экономическими последствиям [Мухаммадиева С.М., 2002; Бобоходжаева М.А., 2011; Хомидова А.Х., 2012].

По данным ЮНЕСКО [2011], подростки в 13,0% случаев, сожительствуя или состоя в браке, лишь в 0,7% случаев применяют методы контрацепции, о чем свидетельствует самая высокая рождаемость в СНГ, которая в 2016 г. достигла уровня до показателя 29,6 на 1000 населения.

Особенностью здоровья подростков является стремительный рост числа функциональных и полисистемных нарушений. В этой связи ВОЗ подчеркивает, что обеспечение охраны их здоровья является самой важной и перспективной инвестицией общества в свой потенциал развития. Экономическое благополучие общества определяют важнейшие показатели, такие как рождаемость, смертность, структура заболеваемости населения, являющиеся предметом специальных исследований, обуславливающих разработку и осуществление программы по оздоровлению общества.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Научное обоснование разработки оптимального комплекса медико-социальных мер по улучшению репродуктивного здоровья девочек-подростков Республики Таджикистан.

Задачи исследования:

1. Представить медико-социальную характеристику состояния здоровья девочек и девушек подросткового возраста, жительниц Таджикистана.
2. Оценить физическое развитие девочек и девушек подросткового возраста, жительниц Таджикистана.
3. Изучить репродуктивный и гинекологический статус девочек и девушек подросткового возраста, жительниц Таджикистана.
4. Оценить информированность девочек и девушек подросткового возраста о репродуктивных правах и репродуктивном здоровье.
5. Изучить доступность и качество медицинских услуг реализацию репродуктивных прав девочек и девушек подросткового возраста.
6. Разработать оптимальный комплекс мероприятий по улучшению службы репродуктивного здоровья девочек и девушек подросткового возраста.

База исследования – Национальный центр репродуктивного здоровья, отделение детской гинекологии НИИ АГ И П МЗ и СЗН Республики Таджикистан, ПСМП.

Объект исследования – девочки - подростки в **возрастной группе 15-18 лет** (позднего подросткового возраста).

Время исследования – с **2016 по 2018** годы.

Методы и инструменты сбора информации: анкетный опрос, выкопировка первичных амбулаторных документов, отчетных материалов, наблюдение респондентов и собеседование. На основании анализа **1500** амбулаторных карт получены данные о состоянии здоровья и поведении девочек-подростков. Проведена оценка состояния их здоровья с акцентом на репродуктивное поведение, условия и образ жизни, а также доступность и

качества услуг в учреждениях ПМСП. В диссертационной работе использованы социально-гигиенические, статистические, клинико-лабораторные методы исследования, метод экспертных оценок.

Научная новизна исследования. Представлены данные об особенностях физического и полового развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана, которые необходимо принимать во внимание при проведении диспансеризации подростков. Установлено, что ведущее место в структуре генитальной патологии девочек и девушек-подростков занимают кистозные изменения яичников, нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции, гипоплазия матки, нарушения менструального цикла, которыми являются альгоменорея и гиперменорея. Установлена высокая частота соматической патологии (анемии, заболевания щитовидной железы, пиелонефриты) среди девочек и девушек подросткового возраста. Показано, что социальную характеристику девушек и девочек подросткового возраста Таджикистана отличают неудовлетворительные материально-бытовые условия (2/3 обследованных), низкая информированность о репродуктивном здоровье и правах подростков, о состоянии репродуктивной системы. Выявлены слабые стороны качества репродуктивной помощи подросткам: низкий уровень внедрения образовательных программ по половому воспитанию молодежи, недостаточные знания порядка оказания медицинской помощи и недостаток соответствующих навыков персонала медицинских учреждений, обслуживающих подростков, а также низкое качество системы диспансеризации подростков.

Практическая значимость. Предложены организационные мероприятия, направленные на профилактику, снижение уровня заболеваемости и улучшение соматического, репродуктивного здоровья девочек-подростков. Установленные особенности физического и полового развития девушек и девочек подросткового возраста могут быть приняты во внимание при диспансеризации. Сформулированы предложения по развитию

образовательных программ по репродуктивным правам и здоровью подростков. Разработано учебно-методическое пособие по порядку оказания помощи девочкам и девушкам подросткового возраста. Подготовлен материал для проведения семинаров среди специалистов по правам получения помощи, навыкам консультирования и оценки соматического, репродуктивного здоровья девочек и девушек подросткового возраста. Предложен алгоритм качественной диспансеризации подростков.

Положения, выносимые на защиту:

1. Социальными особенностями подростков в современных условиях Таджикистана являются высокий процент девочек и девушек, проживающих в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, низкая информированность о репродуктивном здоровье и правах из-за слабой системы образовательных программ по репродуктивному здоровью. Медицинскими особенностями подростков являются высокая частота соматических заболеваний, которые оказывают влияние на физическое, половое развитие и частоту гинекологической патологии среди девочек и девушек подросткового возраста.
2. Ведущее места в структуре генитальной патологии девочек и девушек подростков занимают кистозные изменения яичников, нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции, гипоплазия матки.
3. Усиление системы образовательных программ по половому воспитанию в школах, внедрение алгоритма качественной диспансеризации подростков с комплексной оценкой их здоровья, обучение специалистов, оказывающих медико-санитарную помощь подросткам, будет способствовать повышению качества помощи девочкам и девушкам подросткового возраста.

Личный вклад диссертанта. Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, осуществлено планирование исследования, составлена его программа, разработаны статистические учетные формы, проведен сбор и статистическая обработка фактических данных. Отразила результаты исследования в публикациях. Анализ, интерпретация, изложение полученных данных, формулировка выводов и практических рекомендаций в основном выполнены автором лично. Доля участия автора в сборе и обработке накопленных данных составляет более 88,0%, в обобщении и анализе материала исследования - до 100%.

Апробация работы и информация о результатах их применения.

Фрагменты данной работы предложены для включения в целевые программы и в приказы Управления здравоохранения и социальной защиты населения города Душанбе, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения и Министерства образования и науки Республики Таджикистан.

Публикации результатов диссертации. Опубликовано 9 научных статей в научно-практических журналах, включая входящих в перечень ВАК РФ, в сборниках конференций, круглых столов, в виде методических рекомендаций, информационных листов, служебных писем, докладных записок предназначенных для органов законодательной и исполнительной власти, руководителям ЛПУ и медицинских учебных заведений.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы о материалах и методах исследования, глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, включающего 150 источников, из которых 113 отечественной и 37 иностранной литературы. Материалы диссертации изложены на 113

страницах компьютерного текста, иллюстрированного 7 таблицами и 14 рисунками.

Глава 1. Современные проблемы репродуктивного здоровья (обзор литературы)

1.1. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья

Под репродуктивным здоровьем людей понимается возможность и свобода принимать решение на воспроизводство себя определенным образом, когда и как часто то есть супруги имеют право на соответствующую информацию и доступ к безопасным, эффективным, общепринятым и приемлемым способам планирования семьи, а также к услугам, сохраняющим их здоровье в целом [37].

В XX веке здоровье матери и ребенка стало одним из приоритетов системы здравоохранения, однако до этого в течение многих столетий уход за ними рассматривался как домашняя работа. В XXI веке оно было перенесено в контексте Целей развития тысячелетия в центр борьбы против нищеты и неравенства в рамках вопроса о правах человека. Это изменение представляет реагирование мирового сообщества на очень разный процесс его решения в странах с различным уровнем социально-экономического развития. Показатели смертности детей в возрасте до 5 лет в Таджикистане составили в 1990 г. - 117 на 1000 детей в возрасте до 5 лет, в 2007 г. - 67 случаев и в 2012 г. - 43 случая. Аналогичная тенденция к снижению характерна для младенческой (в 1990 г. - 91, в 2007 г. - 43 и в 2012 г. - 34 на 1000 живорожденных) и материнской смертности (в 2002 г. - 45, в 2014 г. - 292 на 100 тыс. живорожденных) В то же время их уровень остается намного выше, чем в большинстве стран Европейского региона ВОЗ вследствие низких среднегодовых темпов снижения, в частности материнской смертности, составляющей всего 1,9%, тогда как для выполнения соответствующих обязательств Таджикистана они должны достигнуть уровня 5,5% [7,44,73].

Достижение Целей развития тысячелетия на период до 2015 г. предполагало необходимость значительного улучшения здоровья матерей и детей. Актуальность этого обусловлена тем, что в международном сообществе ежегодно погибают более 10 млн. детей и - периодами до 500 тыс. матерей (в 2013 г. - 289 тыс.) . При этом большинства этих случаев можно было бы избежать, если бы 70 млн. матерей и новорожденных младенцев имели доступ к медико-санитарной помощи и информации. Еще больше тех, кто остается без защиты от нищеты, вызванной плохим состоянием здоровья отсутствием должных профилактики заболеваний, передающихся половым путем, в т. ч. ВИЧ-инфекции, отягощающих положение женщин в обществе [55, 117].

Правительства большинства стран соглашаются с нетерпимостью этой ситуации, одна ко во многих из них она улучшается, но медленно, или вовсе не изменяется, в других - становится еще хуже, отражая степень благополучия общества и его потенциал будущего. В этой связи функционирование сферы здравоохранения является обязанностью государства. При этом все семьи должны иметь комплекс услуг в период от беременности, родов, неонатального периода до определенного периода детского возраста. Всеобщее обеспечение доступа к организациям системы здравоохранения позволит удовлетворить потребности и запросы населения, защитить от финансовых трудностей, возникающих вследствие плохого состояния здоровья. Безусловно, необходимо увеличить инвестиции и в людские ресурсы системы здравоохранения [87,111].

Широкомасштабная реформа социально-экономической системы, на протяжении последних 25 лет в ряде государств с переходной экономикой, включая страны Центрально-Азиатского региона, вызвала в них значительные изменения уровня жизни. Особенно это касается женского населения, учитывая его значимость в развитии людских ресурсов. Процесс перехода к рыночной экономике не был нейтральным по своим последствиям в характере гендерных отношений. Так, в странах Центральной Азии

отмечалось уменьшение благосостояния женщин по сравнению с мужчинами. Однако, в частности, в Республике Таджикистан, еще не выявлены более или менее устойчивые модели гендерного неравенства. Наиболее тяжелым проявлением ущерба, наносимого им, является его катастрофическое влияние на продолжительность и качество жизни.

Не случайно Всемирная ассамблея здравоохранения призывает использовать данные распределения по половой принадлежности для обоснования политики и программ по обеспечению гендерного равенства в работе на всех уровнях оказания медико-санитарной помощи и услуг [18].

Соответственно указывается, что для достижения полового равенства необходимым является создание полноценной и общедоступной системы образования и помощи для детей [37].

1.2. Материнская смертность и её причины

Ряд исследователей констатируют неудовлетворенную потребность в сфере услуг репродуктивного здоровья, особенно женщин из групп высокого риска смертности, вследствие отсутствия должного внимания к ним и правильного выбора тактики ведения в антенатальном, родовом и послеродовом периодах. Материнская смертность (МС) отражает не только уровень доступности к необходимым медицинским услугам во время беременности и родов, но и ряд других факторов, включая социально-экономические, индекс соматического здоровья и питание [146]. В структуре причин МС по Республике Таджикистан (РТ) в 2014 г. преобладали экстрагенитальные заболевания (37,0%), кровотечения (32,9%) и гипертензивные нарушения (23,3%). Среди первых преэклампсия занимает лидирующее место, причем не только в Таджикистане, представляя серьезную медико-социальную проблему в мире, т. к. остается одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. При этом одно из ведущих мест занимает синдром задержки

развития плода из-за плацентарной недостаточностью (СЗРП), частота которой варьирует в пределах 5-17% [8,61,89].

Нарушение роста и развития плода часто осложняется крайне неблагоприятными последствиями, после недоношенности занимая в структуре перинатальной смертности второе место. Перинатальная смертность при СЗРП в 6-10 раз выше, чем у детей с нормальными параметрами массы и веса. У мертворожденных, родившихся в срок, этот синдром наблюдается в 26,0% случаев, при преждевременном появлении на свет - в 53,0% случаев. Соответственно около трети детей, родившихся живыми, имеют высокую вероятность нарушений неврологического и физического развития, что требует длительного диспансерного наблюдения и корригирующей терапии [20,39,41].

1.3. Стратегия по охране здоровья матери, детей и подростков

Охрана здоровья матери и ребенка в течение многих лет находится под пристальным вниманием правительства Республики Таджикистан и является одним из приоритетных направлений его деятельности. В частности, репродуктивное здоровье женщин отражено в таких нормативно-правовых документах, как Закон Республики Таджикистан о репродуктивном здоровье и репродуктивном праве, Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг., Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 г., Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014 г., Национальная стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья детей и подростков на период до 2015 г. [62,63,144]. Последний документ нацелен на расширение доступа девушек-подростков к медицинским услугам путем разработки образовательных программ и подготовки кадров по оказанию медицинской помощи на всех уровнях обслуживания. Это связано с широким

распространением ранних браков - проблемой мало обсуждаемой в обществе, решение которой находится в сфере координированных усилий различных министерств и ведомств, а также средств массовой информации. Деятельность различных структур системы здравоохранения и социальной защиты населения, образования и науки, труда и занятости граждан направлена на охрану здоровья и развитие детей и подростков. При этом разработка национальной информационной системы здравоохранения, в основе которой лежат четко поставленные задачи, позволит производить контроль за состоянием здоровья и развития детей [38,44,133,143,145].

Одной из проблем охраны здоровья матери и ребенка является разрыв в оказании помощи беременным женщинам и доступность медицинской помощи в регионах. Именно это обстоятельство стало причиной недостаточного темпа снижения материнской смертности за последние 5 лет - до 2013 г., преимущественно из-за акушерских кровотечений и преэклампсии, при которых не наблюдалось качественно оказываемой помощи. В частности вследствие преэклампсии, составляющей 2,0-8,0%, ежегодно во всем мире более 50 тыс. беременных женщин погибают из-за осложнений, связанных с гипертензией, занимающих второе место в структуре материнской смертности и удельном весе, составляющем 14,0%.

В сельской местности, где проживает большая часть населения страны (более 7,0%), тяжелые гипертензивные нарушения наиболее часто развивались у молодых первородящих женщин с низким уровнем образования, низким индексом здоровья, вследствие перенесенных и сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний в зимний и весенний периоды года. [46,47,48, 121,134].

В настоящее время одним из основных факторов, определяющих особенности перинатального периода и перинатального исхода, является состояние кровотока в системе «мать - плацента - плод». В этом случае перинатальная смертность составляет 10,3% - при доношенной беременности и 49% - при недоношенной беременности. В развивающихся странах в

десятку лидирующих факторов риска для здоровья входит хронический дефицит железа, приводящий к нарушению эритропоэза, отсутствие санитарных знаний об опасных симптомах в период беременности и родов, некачественное консультирование в учреждениях здравоохранения I уровня, недооценка степени тяжести преэклампсии, нарушения режима магниальной терапии и отсутствие должной анестезии и т.д. Следовательно, высокая частота эклампсии, HELP-синдрома, недонашивания, задержки внутриутробного развития, поражений ЦНС новорожденных и перинатальной смертности подтверждает необходимость в проведении качественной предгравидарной подготовки в целевых группах, обязательной госпитализации сельских жительниц с гипертензивными нарушениями во время беременности в стационары III уровня организации здравоохранения [50, 132,138].

В настоящее время подтверждаются прогнозы ВОЗ на ближайшее будущее эндокринологии, акушерства и гинекологии, связанные с ростом частоты случаев патологического течения беременности и бесплодия в браке. Соответственно, с учетом медико-социальной, демографической ситуации в Республике Таджикистан приняты меры по разработке протоколов, основанных на доказательной медицине и позволяющих расширить масштабы стандартизации подходов к снижению уровней «акушерской агрессии», полипрагмазии, использования безопасных методик ведения беременности и родов. При наличии должного практического опыта и квалификации медицинских работников это позволит эффективно оказывать помощь новорожденным и недоношенным детям с массой тела менее 1000 граммов, предупреждать и устранять неблагоприятные последствия врожденной и перинатальной патологии. МЗ и СЗНРТ разработаны и пересмотрены стандарты по гипертензивным нарушениям, акушерскими кровотечениями – в 2008 г., ведению родов высокого риска – в 2010 г., неонатологии, обеспечению безопасности аборта и управлению послеабортными осложнениями – в 2011 г., обезболиванию и

анестезиологическому пособию в акушерстве – в 2014 г., а также по использованию контрацептивных средств [64-68].

Внедрение стандартов в практику работы медицинских учреждений Таджикистана дало определенные положительные результаты. Однако ведущее место преэклампсии в структуре материнской смертности в стране свидетельствует о наличии резервов для снижения ее уровня, выявление которых и использование совершенных инструментов позволит улучшить качество стационарной помощи беременным и новорожденным [65,67 69,70].

1.4. Варианты гипертензивных нарушений

Частота гипертензивных нарушений во время беременности в регионах с низким уровнем социально-экономического развития составляет до 30,0%, при среднем значении - более 18,0% и высоком - 8,0% женщин . В этой связи, согласно национальным стандартам Республики Таджикистан, в число наиболее частых гипотензивных нарушений вошли: хронологическая, гестационная, умеренная, тяжелая преэклампсия и эклампсия. Результаты исследований последних лет натолкнули на мысль рассматривать варианты преэклампсии в зависимости от начала заболевания, в частности до 34 недель (ранняя преэклампсия). Это обусловлено нарушением инвазии трофобласта, незавершенной трансформацией спиральных артерий, расстройством иммунной системы, повышенным уровнем маркеров эндотелиальной дисфункции и сопровождающейся СЗРП, малыми размерами плаценты, большим числом индукции преждевременных родов, повышенной частотой случаев заболевания и летального исхода в неонатальном периоде, поздней эклампсией (развивается после 34-й недели беременности), связанной с материнской заболеваемостью, протекающей при нормальном кровотоке, нормальной массе плода и плаценты [19,29,119,124].

При ранней преэклампсии наблюдается тяжелый клинический вариант частота нарушений в котором маточного-плодово-плацентарног о

кровотока в 1,5 раза больше, чем в группе женщин с поздней преэклампсией. Соответственно, необходимость преждевременного родоразрешения женщин до 34-й недели беременности возникала чаще в первом случае, чем во втором. Разделение преэклампсии на эти формы и механизмы патогенеза обосновано необходимостью выбора лечебного воздействия времени пролонгирования беременности и достижения клинически значимых результатов от применения донатора оксида азота – тивортина [46,129].

В развитых странах материнская смертность от гипертензивных расстройств снижена благодаря широкому внедрению стандартов антенатального наблюдения и своевременному родоразрешению женщин с тяжелой преэклампсией и эклампсией. При этом качество оказываемой медицинской помощи обуславливает ситуацию материнской смертности, причинами которой остаются акушерские кровотечения, поддающиеся управлению, при использовании современных недорогих и эффективных технологий [142,130].

1.5. Преждевременные роды и деторождение как основная проблема здоровья подростков

Ежегодно в мире около 16 млн. девушек в возрасте 15-19 лет рожают детей, их удельный вес в структуре всех родильниц составляет 11,0%. При этом в 95,0% случаев это происходит в странах с низким и средним уровнем дохода на душу населения, к которым, в частности, относится Республика Таджикистан. Доля юных беременных составляет 1,5 - 4,0 % среди всех случаев беременности, причем ее частота по мере увеличения возраста жизни, связывается с ростом половой активности подростков. Как правило, зачатие приводит к развитию неожиданной беременности, в 70,0% случаев заканчивающейся медицинскими абортами, часто - на поздних сроках, в 15,0% случаев – самопроизвольными выкидышами, и только остальные - родами [30,52].

В то же время следует отметить, что ранняя беременность на фоне неустоявшейся функциональной активности репродуктивной системы и неготовности многих подростков к полноценному вынашиванию и родам, становится причиной различных патологических состояний в их организме, в т. ч. способствующих недонашиванию, детородному разрыву плодных оболочек, аномалии родовой деятельности, акушерскому травматизму и неблагоприятным перинатальным исходам. Наиболее частым осложнением родов у подростков оказалась травма родовых путей, при этом разрыв шейки матки - в каждом 10-м случае, разрыв промежности - в каждом 6-м случае. Обращает внимание наличие практически у всех подростков, у которых наблюдались травмы родовых путей, инфицированность родового канала - в 29,6% случаев [90,93,97,103,105].

1.6. Роль передовой практики в улучшении качества медицинских услуг матерям и детям

В улучшении качества оказываемых услуг матерям и детям большую роль играет наука и использующая ее результаты практика, что является важнейшим аспектом охраны здоровья населения. Выявление факторов риска различных проявлений патологических процессов, в том числе при оказании медицинской помощи, позволяет повысить уровень и качество перинатальных услуг за счет улучшения эффективности клинических процедур и совершенствования управления. В частности, адекватно проведенный опрос женщин об их обслуживании в перинатальный период позволяет выявлять упущенные возможности и недостатки и решать проблемы общественного здоровья [18].

Для контроля качества деятельности служб, ориентированных на охрану материнства ВОЗ предложила анализировать случаи, когда беременные женщины едва не погибли в результате акушерских осложнений . Нельзя не согласиться с тем, что без понимания причин, условий и

учреждений, где это происходит с беременными, роженицами и родильницами, не представляется возможным разработать и реализовать адекватные стратегии, обеспечивающие качество и доступ к услугам здравоохранения. При этом ведущими причинами случаев, едва не приведших к летальному исходу женщин, считают ту же «большую пятерку», что и для материнских потерь: акушерские кровотечения, сепсис, гипертензивные осложнения, экстрагенитальные заболевания и аборт. Следует отметить, что оценка достижений в сфере улучшения материнского и перинатального здоровья является важнейшей информацией для разработки оптимальных программ по охране репродуктивного здоровья. При этом, огромная роль принадлежит научным исследованиям, обеспечивающим репрезентативность данных, тщательном их анализе и формулировании выводов и практических рекомендаций [24,32,98,112,149].

В последние годы отмечается рост частоты кесарева сечения (до 40,0%) как в общей популяции родов, так и в стационарах высокого уровня. В этой связи одним из путей ее снижения является поддержка политики в учреждениях, предусматривающих строгие показания операций, включая проведение регулярного анализа выполненных операций. Кроме того, несмотря на достигнутые успехи в решении актуальных вопросов при кесаревом сечении, некоторые проблемы остаются не до конца изученными. Так, требует дополнительного изучения частота выполнения кесарева сечения в различных регионах республики и его влияние на частоту материнской смертности в перинатальном периоде. Также особого внимания заслуживает изучение данных показателей и при других вариантах родоразрешения. Более тщательному изучению подлежит определение относительных показаний к проведению кесарево сечения, тактика ведения рожениц при наличии у них операционного рубца на матке [6,16,45,106].

Как и во многих других странах, в РТ приоритетное внимание уделяется повышению качества медицинской помощи матерям и новорожденным. При этом нет единого и всеобъемлющего его определения

как понятия. В то же время существуют подходы к ее качеству, включающие права человека, внедрение услуг доказательной медицины, рассмотрение матери и ребенка как взаимосвязанных лиц, а беременность в целом является здоровым состоянием. Наряду с этим показано, что обеспечение качества услуг возможно даже учреждениям с ограниченной инфраструктурой и доступностью оборудования, причем показатели смертности матери или ребенка не всегда могут быть объективными как оценка качества обслуживания пациентов. В этой связи необходима тщательная расшифровка данных, помогающих обнаруживать упущения и принимать адекватные решения по их устранению. Принцип управления, основанный на неадекватном анализе качества медицинской помощи, приводит к манипуляциям статистическими данными [44,99,118,147,150].

Распространенность железодефицитных анемий среди женщин детородного возраста доходит до 30,0%, среди беременных в разных странах её частота колеблется в пределах 20,0 - 70,0% . В Таджикистане более половины числа беременных женщин страдают железодефицитной анемией разной степени, при этом почти каждая третья из них в анамнезе имеет многоорождения. Длительность анемии влияет на выраженность патологических фетоплацентарных изменений, вызывая гипоксию и окислительный стресс . У беременных женщин, в крови которых гемоглобин составляет менее 80 г/л, внутриутробная гибель плода регистрируется в 3 раза чаще, при гемоглобине 90 г/л удваивается частота рождения детей с малым весом, относительный риск преждевременных родов равен 2,7 раза, вероятность гибели плода – 2,5 раза. В структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее частой экстрагенитальной патологией является варикозная болезнь и хроническая венозная недостаточность. При этом, исходя из результатов дуплексного сканирования с цветовым доплеровским картированием сосудов бассейна малого таза, у беременных варикозное расширение маточных вен установлено в 70,6 % случаев у пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей. В этой ситуации отмечается

взаимосвязь с высокой частотой преждевременного и раннего разрыва плодных оболочек с несовременным излитием околоплодных вод, а также с материнским травматизмом в виде разрывов шейки матки, влагалища и промежности [5,53,57,84,104].

В 2010 году ВОЗ разработала и опубликовала важный документ «Идентификационные критерии случаев тяжёлых акушерских осложнений, едва не завершившихся летальным исходом». На его основе систематический анализ соответствующих случаев в родильных домах имеет следующие преимущества: гораздо более доброжелательная конструктивная критика со стороны коллег, чем в случае летального исхода; не поиск «виновного», а направление деятельности по установлению позитивных сторон предпринятой тактики по предотвращению трагического исхода; возможность получить от женщины-пациентки важную информацию о ходе события, в котором она участвовала; определение наиболее неблагоприятных акушерских стационаров, в которых работает недостаточно профессиональный персонал, а также неудовлетворительная степень выполнения клинических протоколов и т.д.. Результаты анализа экстрагенитальной патологии необходимы для оперативного руководства в работе родовспомогательных учреждений, оценки эффективности антенатального ухода, выявления и устранения факторов риска, заболеваемости и смертности, являющиеся одним из критериев оценки состояния репродуктивного здоровья населения. Эти показатели признаны в международной практике и используются для отслеживания достижений государства и отдельных его регионов в сфере улучшения материнского и перинатального здоровья. Кроме того, они стали важнейшим аспектом для планирования программ по сохранению и улучшению репродуктивного здоровья, проведению исследовательской, социальной и санитарно-просветительской работы на национальном уровне. Что же касается ситуации в Таджикистане, то уровень названных показателей определен как не соответствующий Целям развития тысячелетия на период до 2015 г., что

связано с неудовлетворительным качеством медицинского обслуживания в антенатальном и родовом периодах. В свою очередь, это является следствием неадекватного образования, недостаточных навыков медицинских работников, а также с частым отсутствием в стационарах элементарных материалов и оборудования. К настоящему времени в Республике Таджикистан изменилась структура материнской смертности, в которой лидирующими причинами определились экстрагенитальные виды патологии. Так, если еще несколько лет назад весьма значимыми были акушерские кровотечения (32%), гипертензивные нарушения (19,8%) и экстрагенитальные заболевания (23,4%), то с внедрением национальных стандартов они изменили свои места, и на первую позицию вышли бывшие вторыми экстрагенитальные заболевания. Это позволяет считать сложившуюся в стране ситуацию вполне управляемой по большинству случаев материнской смертности. Одной из ведущих причин последней являются неотложные состояния, связанные с кровотечением, развитием септических осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде, когда возможен преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). Следует отметить наличие риска серьезных осложнений, связанных с хориоамнионитом, при котором развитие сепсиса с ПРПО происходит в 1,0% случаев, с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты - в 2,0-5,0%. Наиболее значимыми факторами риска для плода в этих условиях являются осложнения, связанные с недоношенностью, а респираторный дистресс-синдром является наиболее частым осложнением преждевременных родов. Существуют доказательства взаимосвязи между восходящей инфекцией и ПРПО при недоношенной беременности. Женщины с внутриматочной инфекцией рожают раньше, чем не инфицированные, а дети, рожденные с сепсисом, подвергаются риску смерти в 4 раза выше, чем без него [64, 66, 86, 93,101, 126].

С первых дней жизни организм девочки готовится стать матерью. Именно в детстве закладываются основы ее будущего репродуктивного и

общесоматического здоровья, начинаются многие органические, а тем более функциональные заболевания женских половых органов, закладывается фундамент сексуального поведения, формируются репродуктивные установки. При этом следует отметить, что происходящие социально-экономические и политические процессы привели к ухудшению репродуктивного здоровья подростков Республики Таджикистан. Этому способствовали также традиционно ранние и родственные браки, распространение ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым путем, вредных привычек среди детей и подростков [25, 102,110].

Рост числа заболеваний репродуктивной системы и соматической патологии во многом определяет увеличение числа осложнений во время беременности и родов. Наиболее существенный прирост отмечается в отношении анемии, заболеваний мочеполовой системы, гипертензивных нарушений, аномалий родовой деятельности. Согласно структуре гинекологических заболеваний среди подростков, в частности, в Согдийской области преобладают воспалительные процессы в гениталиях - в 30,9% случаев, из них неспецифические вульвовагиниты составляют 20,0% и сальпингоофориты - 10,9% случаев, что в основном связано с возрастными анатомо-физическими особенностями, низким уровнем иммунитета и несоблюдением правил личной гигиены. Второе место занимают нарушения менструальной функции, составляющие 25,3%, в частности ювенальные кровотечения (9,0%), аменорея (4,0%), гипоменструальный синдром (8,0%), альгодисменорея (4,3%), часто возникающие вследствие воспалительных процессов половых органов, функционального несовершенства гипоталамуса. В дальнейшем это может оказать негативное влияние на репродуктивную функцию подростка [56].

В этой связи не вызывает сомнения необходимость полового воспитания, то есть системы мер по формированию у детей, подростков и молодежи правильного отношения к вопросам пола. Неосведомленность о сексуальных отношениях способствует возникновению случайных

беременностей, заболеваний, передающихся половым путем, изнасилований и сексуальной эксплуатации [103].

Сохраняется высокая частота осложнений после аборта, особенно если первое прерывание беременности произошло в юном возрасте. При этом впоследствии возникают хронические воспалительные заболевания женской половой сферы. Неблагоприятным фоном для развития гинекологической патологии является наличие экстрагенитальных заболеваний - очагов хронической инфекции, ослабляющих иммунную защиту организма [110].

В последние годы среди подростков увеличивается распространенность болезней системы кровообращения, мочеполовых и эндокринных органов. Следовательно, к началу репродуктивного периода каждый подросток имеет хроническое заболевание, прямо или косвенно негативно влияющее на репродуктивное здоровье. В целом вступление каждой третьей девушки в активный репродуктивный период сопровождается отклонениями со стороны репродуктивной системы. Однако лишь каждая десятая больная девушка самостоятельно обращается к детскому гинекологу или к помощи медицинских работников. Отклонения в состоянии здоровья человека, как правило, формируются в детстве и юности, часто являясь результатом не здорового образа жизни, причем фундамент здоровья человека закладывается в семье. Состояние физического и психического здоровья во многом зависит от условий их воспитания в семье и школе, ошибки в котором приводят к неврозам и психопатическим реакциям. Соблюдение здорового образа жизни в семье включает отказ от вредных привычек ее членов, наличие положительных эмоций, а его нарушение приводит к семейным конфликтам и насилию, что негативно отражается на здоровье, особенно детей [74, 80].

По данным ВОЗ, у 2 млрд. людей на земном шаре отмечается недостаточное потребление йода, включая одну треть детей школьного возраста; кроме того, до 80% всех заболеваний человека либо напрямую вызываются гельминтами, либо являются следствием их жизнедеятельности

в организме человека . Это приводит к снижению физических способностей, замедлению роста, а самое главное – задержке интеллектуального развития и процессов познания детей и подростков. Дефицит йода, железа, витаминов, минералов в результате тяжелой глистной инвазии отражается на их соматическом здоровье и физическом развитии [60, 96, 123, 139].

Серьезную медико-социальную значимость имеют врожденные пороки развития, стабильно занимающие первое место среди причин детской инвалидности и второе место в структуре младенческой смертности . При этом установлено, что их основа закладывается событиями отягощенного акушерского анамнеза, такими, как особенности наследственности, окружающей экологической среды, вредные привычки, профессиональные вредности, перенесенные инфекции, поздняя перинатальная диагностика.

Актуальными являются проблемы влияния на организм человека недостаточно благоприятных условий окружающей среды: бактериальное и лучевое воздействие, неудовлетворительное социальное положение, что может привести к функциональному и органическому поражению органов и систем [3,113] .

При этом повреждение любого из звеньев морфогенеза становится причиной пороков развития. Соответственно, к критическим периодам органогенеза относится стадия имплантации (конец 1-й - начало 2-й недели внутриутробного развития), в течение которой происходит гибель зародыша, на стадии плацентации – возможное формирование врожденных пороков. Согласно представленным в Национальной стратегии развития страны на период до 2015 г. данным, слабой является межведомственная координация в области охраны окружающей среды, а также неудовлетворительные механизмы их реализации. Кроме того, неудовлетворительным является и экологический контроль. В связи с этим была разработана Национальная Концепция по реабилитации хвостохранилищ отходов от переработки урановых руд на период 2014-2024 гг. Данная Концепция направлена на обеспечение оптимального функционирования системы переработки

радиоактивных отходов, снижение их лучевого влияния на жителей регионов. К местам, где расположены захоронения радиоактивных отходов, относится ряд регионов Согдийской области. Среди жителей регионов с повышенной радиоактивностью часто наблюдались значительные изменения со стороны показателей гонадотропных гормонов в крови. На сегодняшний день мало изученными остаются вопросы воздействия антропогенных и техногенных факторов на гормональный фон женщин и на их репродуктивное здоровье [54, 72, 100, 113].

При радиоактивном излучении отмечается нарушение функции яичников, снижение числа ооцитов, развитие бесплодия и отсутствие менструаций в течение 1-3 лет. Было выявлено, что в 50% случаев у девочек одного из регионов с повышенным риском радиоактивности наблюдаются патологические изменения со стороны менструальной функции либо возникает менархе (16-17 лет). В общей структуре нарушений функции женской половой системы особое место занимают патологии матки и придатков, нарушения гормональной деятельности. В небольшом населённом пункте Согдийской области было выявлено, что на 100 родившихся детей приходится два случая с врожденными пороками развития, которые приводят чаще всего к летальному исходу. Также отмечается рост числа мёртворожденных младенцев. Кроме того, в 85,0% случаев у беременных женщин наблюдается анемия, которая также встречается до 64,0% случаев среди новорождённых детей. Этим обусловлено то, что в половине случаев у женщин наблюдается угроза прерывания беременности. Проживание на наиболее неблагоприятных в экологическом и экономическом отношении территориях Таджикистана приводит к крайне высокой частоте случаев перинатальной и младенческой смертности, пороков развития плода и выкидышей. Значительный вред для репродуктивной функции у женщин наносит сочетанное воздействие химических и радиационных веществ. Таким образом, большое число патологии родов и заболеваемости новорожденных может косвенно

свидетельствовать о неудовлетворительном экологическом состоянии в регионе. В связи с этим для своевременного обнаружения заболеваний органов мочеполовой и эндокринной системы у женщин необходимым является ежегодное проведение УЗ исследования органов малого таза, молочных желёз, щитовидной железы и органов мочевыделительной системы [16,54, 83,88].

Репродуктивное здоровье считается одним из важных показателей состояния здоровья населения. Было установлено, что в развитии многих заболеваний у человека большую роль играет воздействие вредных факторов окружающей среды, а также неблагоприятные социально-экономические условия [113].

Таким образом, для охраны здоровья населения необходимым условием является поддержание благоприятного экологического состояния окружающей среды путем проведения профилактических мероприятий.

Факторы риска, возникающие в перинатальном периоде, воздействуют на состояние плода, а также и на течение антенатального периода развития, что в конечном итоге влияет на здоровье и дальнейшее развитие ребёнка. Для снижения перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности большое значение имеет предупреждение и лечение гипоксии плода и новорожденного. Согласно современной этиопатогенетической классификации различают 6 типов гипоксии: гипоксическую, респираторную, гемическую, циркуляторную, гистотоксическую (первичную, тканевую), гиперметаболическую (гипоксию нагрузки). По отдельности либо в комплексе с другими типами они наиболее часто наблюдаются при внутриутробном развитии плода и у новорождённых в период ранней неонатальной адаптации [85,135,137].

Влияние гемической гипоксии на состояние здоровья населения постоянно возрастает вследствие широкого распространения азотосодержащих ксенобиотиков, проявляющих выраженные гипоксические свойства. Их внешними источниками могут быть удобрения, применяемые в

чрезмерном количестве, промышленные отходы, а также выхлопы транспортного газа и бензина. Окислы азота в большей степени поступают в организм с продуктами питания. В случае их вымывания с урожайных участков в окружающие водоёмы, они могут попасть в грунтовые воды, что приводит к значительному росту концентрации нитратов в питьевой воде, а также в окружающем воздухе крупных и небольших городах и селах. Через сложные биохимические превращения и процессы, образуящиеся активные формы азота в организме становятся ещё более токсичными, участвуют в перекисном окислении липидов клеточных мембран, разрушая клеточные структуры [54].

В Таджикистане 83,0% женщин репродуктивного возраста поступают на роды с интервалом 1,5 года. При этом анемия поражает 34,0% женщин фертильного возраста и более 63,0% беременных. У каждой десятой из последних с тяжелым и экстремальным течением анемии плод погибает антенатально, а в 50,0% случаев дети рождаются с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). ЗВУР приводит к снижению массоростовых показателей при рождении ниже 10-го перцента . Частота рождения детей ЗВУР составляет 5,0 - 17,0% [52, 116,117].

В свою очередь, антенатальные факторы, такие, как анемия, являются одной из основных причин нарушения внутриутробного развития, причем в случае её второй степени у новорожденных отмечается декомпенсированный ацидоз, при третьей степени – изменения мозговых структур. Наличие задержки внутриутробного развития, особенно в сочетании с внутриутробной гипоксией и асфиксией, приводит к дыхательной недостаточности и значительным нарушениям рефлексов орального и спинального автоматизма [141,132].

Острые воспалительные заболевания органов малого таза в 70,0% случаев сопровождаются анемией.

В Российской Федерации частота преждевременных родов составляет 6,0 - 9,0% всех родов . В целом в развитых странах она находится в пределах

5,0-7,0%, неонатальная смертность при них до – 28,0% . Ежегодно в мире рождаются 15 млн. недоношенных детей. Одной из потенциальных причин привычного невынашивания беременности является артерио-венозная аномалия матки. Наряду с этим, к беременности высокого риска акушерских осложнений относится многоплодная беременность, при которой риск преждевременных родов (при двойне) возрастает в 6 раз, преэклампсии – в 3 раза, послеродовые кровотечения - в 2 раза . Внедрение в практику программ вспомогательных репродуктивных технологий усиливает тенденцию к увеличению частоты наступления многоплодной беременности, при которой перинатальная заболеваемость и смертность значительно выше, чем при одноплодной. В связи с этим её относят к состоянию, пограничному между нормой и патологией [11, 71, 82, 115].

В последние годы важная роль в патогенезе развития внутриутробной инфекции плода отводится синдрому системного воспалительного ответа, вызывающему комплекс метаболических расстройств в организме матери. При этом изменяется белковый и липидный спектр крови, а также стационарная концентрация активных форм кислорода и азота вследствие нарушения равновесия между про- и антиоксидантными процессами в периферической крови и тканям. Миома матки, представляя доброкачественную моноклональную опухоль из гладкомышечных клеток миометрия, развивается из одной-единственной аномальной клетки, которая в результате мутации приобретает способность нерегулируемого роста. Согласно современным данным, миома матки встречается у 20-40% женщин репродуктивного возраста, среди которых у лиц в возрасте моложе 30 лет она отмечается в 3,3 - 7,8% случаев. При этом только в Европе более 300 тыс. оперативных вмешательств в гинекологии связано именно с миомой матки. Годовые экономические затраты на лечение этих опухолей во всем мире составляют от 5,9 до 34,4 млрд. долларов США [21, 40, 127].

Большой проблемой является ведение новорожденных с очень низкой массой тела в виду того, что у таких детей часто наблюдается развитие

полиорганной недостаточности и нарушение процессов метаболизма. При этом на ближайший исход и риск инвалидизации у ребенка большое влияние оказывает соблюдение рационального питания. Установлено, что парентеральное введение новорожденному большого количества углеводов, белков и жиров способствовало благоприятному исходу и улучшению когнитивного развития. При этом необходимо подчеркнуть, что при продолжительном применении повышенного количества углеводов повышается риск возникновения гипергликемии и развития ряда заболеваний, включая интрагастральные геморрагии, ретинопатии и неонатальный холестаз, а также возможны случаи с летальным исходом, особенно среди недоношенных младенцев, среди них определяется в 45,0 - 80,0% случаев[50, 52, 53] .

В то же время исследования показали, что форсированное питание новорожденных со сниженным весом не сопровождается увеличением концентрации глюкозы в крови и связанных с этим патологий. Полученные результаты исследования говорят о безопасной возможности форсированного использования данных нутриентов [9, 36, 109].

1.7. Преждевременные роды: репродуктивные последствия и лечение

Среди большого числа проблем в области акушерства и гинекологии особое место занимает невынашивание беременности, удельный вес которого составляет от 5 до 42,7% случаев. Следует отметить, что на протяжении последних 40 лет не наблюдается уменьшение числа преждевременных родов. В связи с этим, наблюдаются и значительные расстройства со стороны репродуктивного здоровья у женщин, что негативно отражается и на рождаемости детей, увеличивается число перинатальной патологии и летальных случаев среди новорожденных. В 11,1% случаев наблюдается преждевременное появление на свет младенца. В 14,3-65,0% случаев причиной позднего прерывания беременности и преждевременных родов

является истмико-цервикальная недостаточность. Увеличение числа заболеваний гормональной системы, многоплодия, а также рост числа беременностей после применения ЭКО приводит к повышению числа случаев функциональной несостоятельности шейки матки у женщин [12,23,28,122,].

Развитие преждевременных родов, а также смертность ребенка в перинатальном периоде может наступить в результате неправильного расположения плаценты, включая её низкое прикрепление. В случае применения консервативной терапии в подобных ситуациях число случаев наступления преждевременных родов варьирует от 30,8 до 62,1%. Даже при выполнении хирургических вмешательств положительные результаты не достигают 100%. При хирургических вмешательствах может иметь место ряд различных осложнений. В некоторых странах на протяжении 30 и более лет используется нехирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности с использованием поддерживающих акушерских pessaries. Положительной стороной применения данного метода является его безопасность, отсутствие травматизации тканей, значительная эффективность (85,0%). Данный способ можно также использовать и в амбулаторных условиях при любом сроке гестации. Применение акушерского pessaria во время околоплодной беременности у женщин с укороченной шейкой матки помогает сохранить беременность, благодаря механическому воздействию pessaria на угол матки и снижение непосредственного давления на внутренний зев. Следовательно, применение акушерского pessaria у беременных женщин в отличие от наложения циркулярного шва на шейку матки относится к неинвазивным методам предотвращения преждевременных родов. Кроме того, при использовании данного метода снижается риск развития инфекционных осложнений и преждевременных родов у беременной женщины, а также при данном способе низкий риск возникновения внутриутробного заражения плода [34, 35, 92,136].

Необходимо подчеркнуть, что проблема массивных кровотечений остается одной из самых актуальных в акушерской практике, особенно в связи с ростом числа пациенток с предлежанием и вращением плаценты, является одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности [77,78,94, 107, 128].

В структуре акушерско-гинекологической заболеваемости лидирующее место занимают вагинальные инфекционные поражения, причем инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, имеют тенденцию к снижению, исключая вирусные. Большую роль играет возникновение изменений со стороны экосистемы влагалища, которые возникают вследствие значительного увеличения числа облигатных микроорганизмов с превалированием анаэробных бактерий, способствующих развитию бактериального вагиноза [10].

Таким образом необходимо констатировать, что патологии органов малого таза характеризуются сочетанным инфицированием, ростом устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам, аллергизацией и снижением иммунологического статуса пациенток, развитием дисбактериоза и грибковых поражений [91].

В Российской Федерации удельный вес невынашивания беременности находится в пределах 15,0-27,0% случаев от общего числа желанных беременностей. В большинство случаев (70,0 - 80,0%) прерывание беременности наблюдается в течение первого триместра. Среди общего числа невынашивания беременности в 5-20% случаев встречается привычный выкидыш. С каждым новым случаем самопроизвольного выкидыша у беременной женщины повышается риск прерывания последующей беременности. Установлено, что после первого случая выкидыша риск прерывания последующей беременности составляет до 17,0%, после второго случая выкидыша риск прерывания последующей беременности возрастает до 38,0% случаев, а после третьего случая выкидыша этот риск возрастает до 45,0%. В этиологии развития

невынашивания беременности лежит множество факторов (генетические факторы, инфекционные заболевания, нарушения со стороны гормональной системы и т.д.), при этом сложно выделить основную причину развития данной патологии. Кроме того, большое значение в ходе беременности имеет влияние на его течение экстрагенитальных патологий и социально-бытовых условий [42, 119].

Нельзя не согласиться с исследователями, которые считают необходимым проведение научных изысканий в рамках перспективной диагностики, в которых лидирующее место занимает генетическое обследование супружеских пар. При анеуплодии (изменение числа хромосом) самыми распространёнными вариантами являются хромосомные аномалии у человека, выступающие основной причиной потерь беременностей и рождения детей с врождёнными дефектами после зачатия. При этом средний уровень анеуплодии в ооцитах, полученных в естественных циклах у молодых женщин, составляет 20,0% [30,126].

Репродуктивная система в детском и юношеском возрасте отличается повышенной чувствительностью к воздействию вредных внешних и внутренних факторов, вследствие чего у большого числа женщин молодого возраста к моменту наступлению репродуктивной зрелости она имеет ряд патологических изменений. При этом в более чем 20,0% беременностей они имеют избыточный вес или ожирение, что повышает частоту материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Многими исследователями широко изучаются вопросы влияния избыточного веса на репродуктивную функцию у женщин, так как ожирение может привести к расстройству менструальной функции (нерегулярные циклы, гиперменструальный синдром, аменорея). Результаты исследования оказались противоречивыми друг другу, однако, бесспорным является неблагоприятное влияние патологии со стороны гипоталамо-гипофизарной системы на репродуктивную функцию женщины. Подростковое ожирение имеет связь с нарушениями длительности менструальных циклов и гирсутизмом. На

протяжении последних лет менархе наступает при среднем возрасте 12,6 года. У девочек с избыточной массой тела отмечается либо позднее, либо раннее менархе, что можно связать с акселерацией в виду того, что между средними показателями массы тела и возраста девушки к периоду появления менархе прослеживается прямая корреляционная связь. Отмечено, что при избыточной массе тела возрастает риск развития ряда патологий: сахарный диабет, заболевания органов кровообращения, онкологические заболевания и бесплодие [49,51].

Интересны исследования, согласно которым определяемый в крови интегральный показатель митохондриальной энергопреобразующей функции может иметь диагностическое значение, достоверно предсказывая вероятность успешного исхода и наступления клинической беременности [75,95].

В возникновении большинства патологических состояний в акушерстве и гинекологии большое значение имеет развитие вульвовагинального кандидоза и неспецифического вагинита, бактериального вагиноза, который сопровождается развитием эндометритов, вагинитов и вульвитов. Хронические воспалительные поражения вульвы, которые очень сложно поддаются терапии и сопровождаются частыми обострениями, представляют большую медико-социальную проблему. Нарушения в биоценозе влагалища могут быть причастны множество факторов, к которым относят несостоятельность локального иммунитета вследствие аллергической реакции в области половых органов, которая возникает при тесном контакте с аллергеном либо при его пероральном или парентеральном введении. В отдельную группу отнесены посткоитальные аллергические реакции, которые могут наблюдаться при половом акте [42, 148,131].

Проблема выхаживания детей, родившихся в сроки сверхранних родов, остается чрезвычайно актуальной. В крупных мировых перинатальных центрах около 80,0 - 85,0% детей с экстремально низкой массой тела и очень низкой массой тела при рождении выживают и выписываются домой .

Однако в течение 2 лет после выписки 2,0 - 5,0% из них умирают от осложнений, связанных с преждевременным рождением. О неудовлетворительных исходах для детей, родившихся в сроки беременности 22-25 недель, указывают ряд авторов: считается, что в названные недели существует биологический «барьер», препятствующий их выживанию [9, 11,13, 15, 20].

В современном мире актуальность контрацепции нельзя переоценить, так как она представляет собой комплекс мер, направленный на предупреждение нежелательной беременности. Планирование семьи относится к одним из наиболее важных вопросов как для всего общества, так и для каждой отдельной семьи. Приводимые в последнее время результаты исследования указывают на то, что наилучшим периодом перерыва между очередными родами для матери и плода является срок от 3 до 5 лет. Сокращение рекомендуемого срока может привести к росту числа заболеваемости, смертности и неблагоприятного исхода в перинатальном периоде как для плода, так и для матери [1,58,59] .

Одной из наиболее распространённых инфекций современного мира является папилломовирусная инфекция. При этом заболеваниями, ассоциированным с ней, может быть подвержен любой человек. В первую очередь, безусловно, это касается сексуально активного человека. По данным ВОЗ, более трех четвертей сексуально активных женщин поражается этим вирусом. В мире около 630 млн. человек им уже инфицировано [1,120].

Основным резервом активного деторождения являются женщины в возрасте 20-24 лет. Согласно используемым Фондом ООН в области народонаселения и ВОЗ терминам в отношении лиц в возрасте 15 - 25 лет и лиц до 19 лет, составляют группы под названием «молодёжь» и «подростки» соответственно. В различных регионах Российской Федерации к 18 годам около 70,0% юношей и девушек имеют опыт сексуальной жизни , при среднем возрасте невесты в первом браке уже в 2006 г. равном 24 годам. В настоящее время зарегистрированные браки не являются доминирующими.

Среди женщин, проживающих совместно с партнером, 50,0% из них состоят в неформальных союзах . В 2010 г. на 1000 женщин в возрасте 20 - 24 лет зарегистрировали брак лишь 39,0% случаев, что почти в 2 раза меньше, чем в возрасте 25 - 29 лет . При этом на момент рождения первенца не состояла в браке каждая четвертая женщина [1, 27, 103 ,126].

Сохранение репродуктивного здоровья молодых женщин возможно в случае их выбора при планировании семьи наиболее оптимальных для них самих способов предупреждения незапланированной беременности, [26, 74, 79].

Нередко у женщин подросткового и раннего молодого возраста наблюдаются нарушения менструальной функции, которые встречаются в 60,0 - 90,0% случаев, также часто в данном возрасте наблюдаются меноррагии – 10,0 - 20,0% случаев [43, 110].

При расстройствах со стороны менструальной функции повышается риск возникновения репродуктивных нарушений, в связи с чем необходимым является лечение данной патологии. [55, 76].

Одну из лидирующих позиций в структуре гинекологических заболеваний занимает миома матки. В европейских государствах это заболевание наблюдается у 24 млн. женщин, в североамериканских – у 20 млн. женщин. Во время проведения профилактических осмотров у женщин миома диагностируется в 18,0 - 20,0% случаев, а во время беременности данная патология обнаруживается у 8,0-10,0% женщин. Среди госпитализированных в гинекологические отделения женщин миома матки диагностируется у 25,0-30,0% пациенток. На сегодняшний день миома матки все чаще встречается среди женщин раннего молодого возраста, что, по данным некоторых ученых, обусловлено увеличением числа воспалительных поражений органов половой системы, а также более ранним началом половой жизни. Риск заражения вирусом папилломы человека во время сексуальных отношений повышается до 60 - 67% [55, 124].

Особое значение среди инфекций, передаваемых половым путем, имеет папилломовирусная инфекция уrogenитального тракта. Её возбудитель был выделен в 1933 г. из биологического материала кролика, который стал первой экспериментальной моделью вирусного канцерогенеза. Высокоонкогенные типы вируса папилломы человека относятся к основным и наиболее значимым факторам развития рака шейки матки у женщин. Носителями вируса папилломы человека являются около 11,7% женщин по всему. Распространённость данного заболевания колеблется в зависимости от региона, при этом наиболее высокие показатели (35,4%) отмечаются в странах Карибского бассейна, а наиболее минимальные - в странах Западной Азии [55, 120].

У 10% женщин в возрасте 15 - 49 лет диагностируется эндометриоз, в связи с чем данное заболевание можно отнести к эпидемиологическим и угрожающим национальной безопасности. Среди женщин репродуктивного возраста эндометриоз наблюдается в 3,0 - 0,0% случаев. Эндометриоз находится на 3-ей позиции среди всех гинекологических патологий с частотой встречаемости 10,0 - 15,0% случаев. Среди пациенток с бесплодием эндометриоз выявляется у 25,0 - 40,0% женщин, при наличии болей в области малого таза данное заболевание обнаруживается у 70,0% женщин, сочетание эндометриоза и миомы матки наблюдается у 88,5% пациенток, среди женщин молодого возраста с нарушениями менструального цикла эндометриоз диагностируется в 17,0% случаев. Выявлены длительная задержка диагностики, снижение качества жизни у женщин с эндометриозом. Своевременное выявление эндометриоза способствует предупреждению развития глубоких репродуктивных нарушений, тяжелых патологий, при которых может наблюдаться поражение соседних органов. Следует отметить, что клиника данного заболевания характеризуется своим многообразием и зависит от интенсивности поражения. Так, наличие болевого синдрома у женщин наблюдается в 42,0 - 85,0% случаев, почти в половине случаев у пациенток отмечается синдром раздраженной кишки, развитие бесплодия;

несколько реже наблюдаются расстройства менструальной функции. При экстрагенитальных формах данного заболевания у пациенток может возникать кровохарканье, развитие рецидивирующей формы пневмоторакса, возникновение спаечного процесса в брюшной полости и т.д. [76,108].

Состоявшиеся в 2013 г. Национальные консультации «Мир после 2015 г.», организованные ООН, определили совместное видение и рекомендации для построения желаемого будущего для Таджикистана. При этом общественному здоровью уделено беспрецедентно большое внимание. Достаточно отметить, что доступ к качественным услугам здравоохранения и социальной защиты занял второе место среди приоритетов, при этом выражено сомнение относительно данных официальной статистики, отражающих улучшение ситуации с детской и материнской смертностью, ВИЧ-инфекцией, туберкулёзом, инфекциями, передающихся половым путем, онкологическими и другими заболеваниями, в т. ч. вследствие распространённости родственных браков. Нерешённой проблемой остаётся низкий уровень санитарного просвещения самых уязвимых слоёв населения. Особенно он характерен в сельских и горных районах, отдалённых от базовых медицинских учреждений, а также ценовая составляющая их услуг. В Таджикистане она непомерно высока, что, в частности, приводит к многочисленным случаям домашних родов, нередко приводящих к смертельным исходам для матери и ребёнка. Дороговизна заставляет бедные слои населения, удельный вес которых составляет почти 40,0%, отказываться от медицинских услуг [37, 62, 63, 87, 89].

Таким образом, состояние репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистан остаётся наиболее важной медико-социальной проблемой. Большое значение также имеет состояние здоровья детей и подростков, влияющее на качество воспроизводимого населения и здоровье будущих поколений. Научная литература свидетельствует о различных причинах расстройства и нарушения репродуктивного здоровья (экологического, психо логического, генетического, эндокринного и другого

характера). Однако для решения конкретных задач профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни населения необходимо дальнейшее изучение вопросов репродуктивного здоровья, особенно девочек-подростков, что является целью нашего исследования.

Глава 2. Материал и методы исследования

Для изучения качества, доступности медико-санитарных услуг и состояния соматического здоровья девочек и девушек-подростков организовано анкетирование. Анкеты респонденты заполняли сами. Вопросник анкет предусматривал информацию, касающуюся биографии девочек и девушек, их социального статуса, образования, образа жизни, особенностей режима дня, материального уровня семьи, физической активности, состава семьи, информации о родителях, вредных привычках, характере менструальной функции, половой жизни. Всем обследованным была гарантирована анонимность.

Материал, представленный в работе, включал также девочек-подростков, обследованных проспективно, сплошным методом (таблица 2.1).

Таблица 2.1. - Материал исследования

Объект исследования	Дизайн исследования	N
Девочки-подростки	Проспективное	380
Отчеты Республиканского центра репродуктивного здоровья	Ретроспективное	За последние 5 лет
Карты анкетирования девочек и девушек-подростков и амбулаторные карты девочек и девушек-подростков	Ретроспективное	1500

Критерием включения в группу проспективно обследованных девочек и девушек-подростков явился подростковый возраст. Для обследованных девочек и девушек была разработана первичная карта, состоящая из блоков, отражающих медико-социальные аспекты, состояние репродуктивной системы, наличие соматических и гинекологических заболеваний, данные общего осмотра, антропометрию, показатели лабораторного обследования.

Проспективное обследование предусматривало:

1. Изучение анамнеза. При сборе анамнеза уделяли внимание социально-бытовым условиям, перенесенным детским инфекциям и соматическим заболеваниям, физическим и умственным нагрузкам, возрасту появления вторичных половых признаков и менархе.
2. Состояние физического развития определяли на основании измерения роста, массы тела, окружности груди, размаха рук, размеров таза, индекса Соловьева, расчета индекса массы тела по Броку. Рост стоя измеряли в см ростомером. Окружность грудной клетки измеряли сантиметровой лентой на уровне нижних углов лопаток и под молочными железами на уровне мечевидного отростка и также над молочными железами. Индекс Соловьева измеряли сантиметровой лентой на уровне запястья. Масса тела измерялась взвешиванием на весах. Индекс массы тела рассчитывали по формуле: $ИМТ = \frac{\text{масса тела в кг}}{\text{длина тела, м}}$. Ширина таза оценивалась по общепринятым размерам: d Spinarum, d. Cristarum, d. Trochanterika, c. Externa.
3. Состояние полового развития оценивали на основании последовательности появления и выраженности вторичных половых признаков (5 степеней полового развития по Таннеру, 1969). Вторичные половые признаки Ма - молочные железы, Ме – возраст менархе, Р – оволосение лобка, Ах – подмышечное оволосение измерялись в баллах в зависимости от степени выраженности. Нулевая степень выраженности вышеперечисленных признаков характерна для девочек до 10 лет, 1-я степень – для девочек к 10 - 12 годам, 2-я степень - к 12 - 13 годам, 3-я степень – к 14 годам и более. Отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет и менструаций в 15 лет рассматривалось как задержка полового развития, появление вторичных признаков до 10 лет – как преждевременное созревание.

4. С целью выявления патологии репродуктивной системы проводили УЗИ органов малого таза (размеры матки, размеры и структура яичников), мониторинг фолликула, УЗИ щитовидной и молочных желез. УЗИ органов малого таза осуществляли с помощью серии продольных и поперечных сечений аппаратом сложного сканирования «Logic 3» фирмы «General Electric» с использованием трансабдоминального высокоразрешающего электронного датчика с частотой 5 и 7,5 МГц.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 10,0 (StatSoft, США). Нормальность распределения выборки определялась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные данные приведены в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки (s), качественные величины приведены в виде абсолютных значений с вычислением их доли (%). Множественные сравнения количественных независимых показателей проводились с помощью H -критерия Краскела-Уоллиса, парные межгрупповые сравнения проводились по U -критерию Манна-Уитни. Парные сравнения качественных величин проводились по критерию χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Глава 3. Результаты собственных исследований

3.1. Особенности соматического здоровья девушек и девочек подросткового возраста в современных условиях Таджикистана

Проведен анализ анкетирования и амбулаторных карт 1500 девочек и девушек-подростков, получивших стационарное лечение, от которых перед проведением анкетирования было получено добровольное согласие. Все респонденты были жительницами сельских районов РРП и Хатлонской области.

Проведенное исследование показало, что зачастую родители по ряду причин не обращаются за медицинской помощью, а у большинства девушек наблюдалась сочетанная патология.

Распределение обследованных респондентов по возрасту представляло следующую картину: 22(5,8%) были в возрасте 14 - 15 лет, 88 (23,2%) – в возрасте 16 лет, 114 (30,0%) – в возрасте 17 лет, 156 (41,1%) – в возрасте 18 лет (рисунок 3.1).

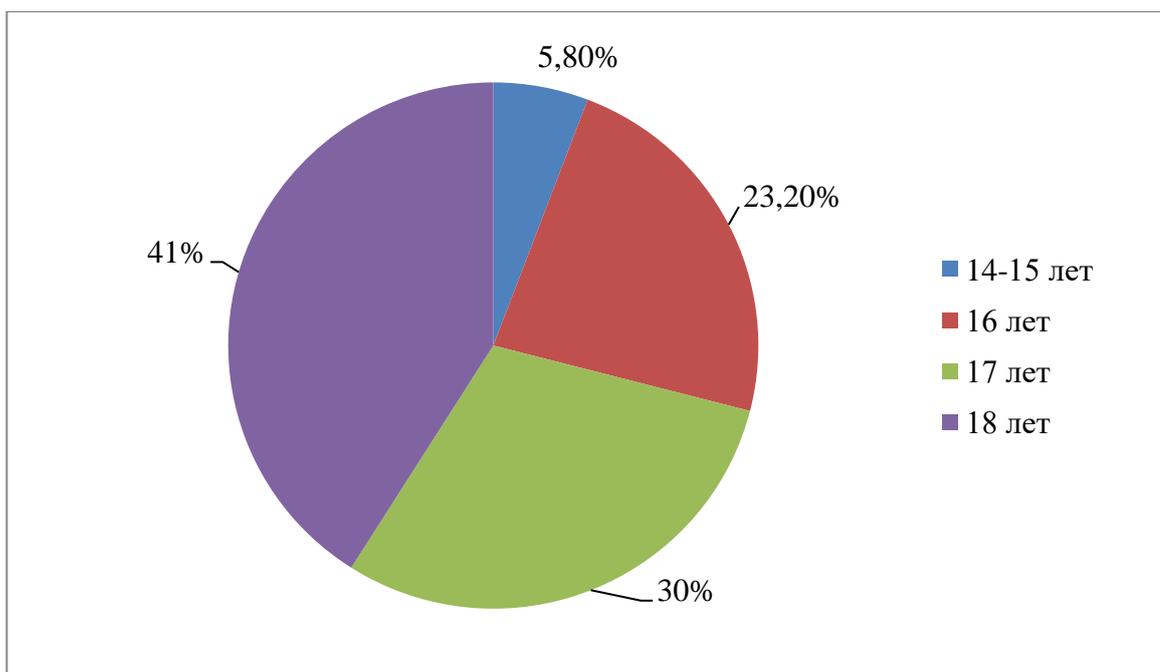


Рисунок 3.1. – Распределение респондентов по возрасту (по результатам анкетирования)

Из общего числа девушек и девочек, получавших стационарное лечение, 22% учились в школах, 25% - в колледжах, 18% - в высших учебных заведениях, 8% работали. Необходимо отметить, что наибольшее число обследованных не были заняты ни учебой, ни работой - 27% (рисунок 3.2).

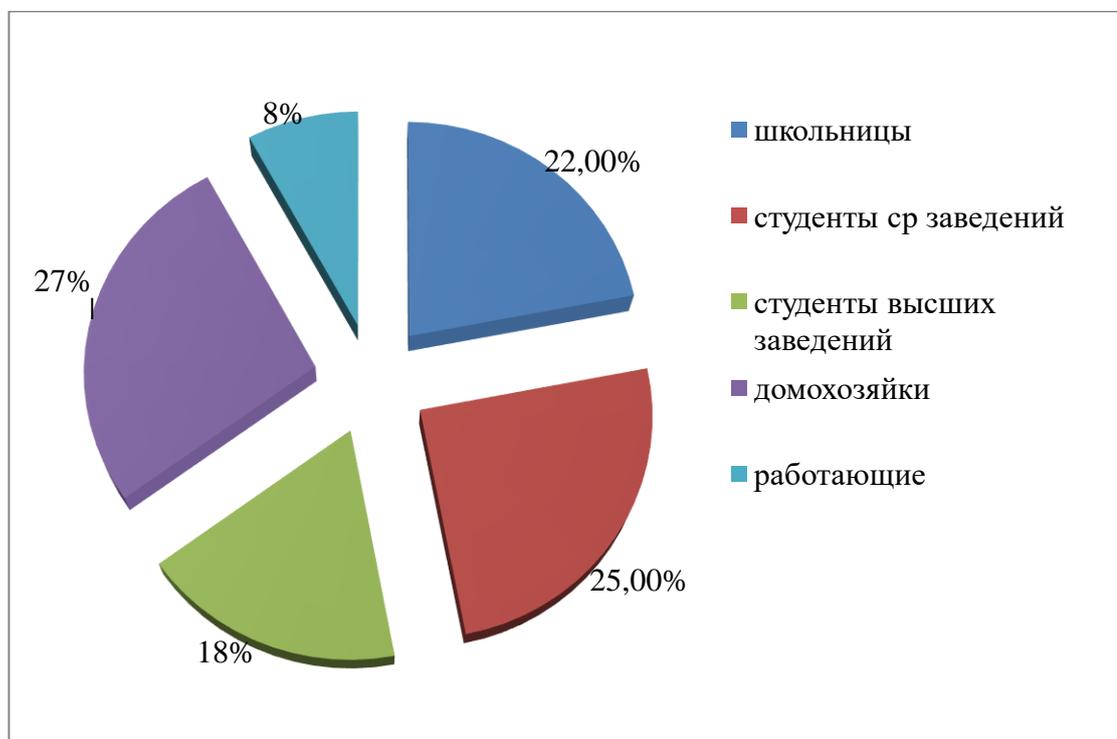


Рисунок 3.2. – Распределение респондентов по социальному статусу (по результатам анкетирования)

Результаты изучения данных диспансеризации в некоторых районах региона Хатлон за 2015 г. показали уменьшение доли здоровых (с 62,4% до 49,5%) при имеющемся увеличении удельного веса подростков, имеющих хроническую соматическую и гинекологическую патологию.

По данным медицинских карт стационарных больных, все девочки-подростки были проконсультированы врачом-педиатром или терапевтом, узкими специалистами (невролог, офтальмолог, эндокринолог). Был также проведен анализ уровня и гармоничности физического развития девочек-подростков. Как известно, уровень существенно влияет на течение всех важнейших функций организма, и определяет пределы адаптационных

возможностей.

Установлено, что каждая 2-я девочка и девушка подросткового возраста имела хроническое заболевание. Отмечалось, что распространенность заболеваний на 100 обследованных составила: нервной системы – 10,2%, патологии крови и кроветворных органов – 5,5%, заболеваний костно-мышечной системы – 5,9%, патологии дыхательной системы – 8,6% и эндокринных заболеваний – 8,7%, заболеваний ЖКТ – 3,8%, урогенитальных органов – 1,2%, заболеваний уха, горла, носа – 0,9% (рисунок 3.3).

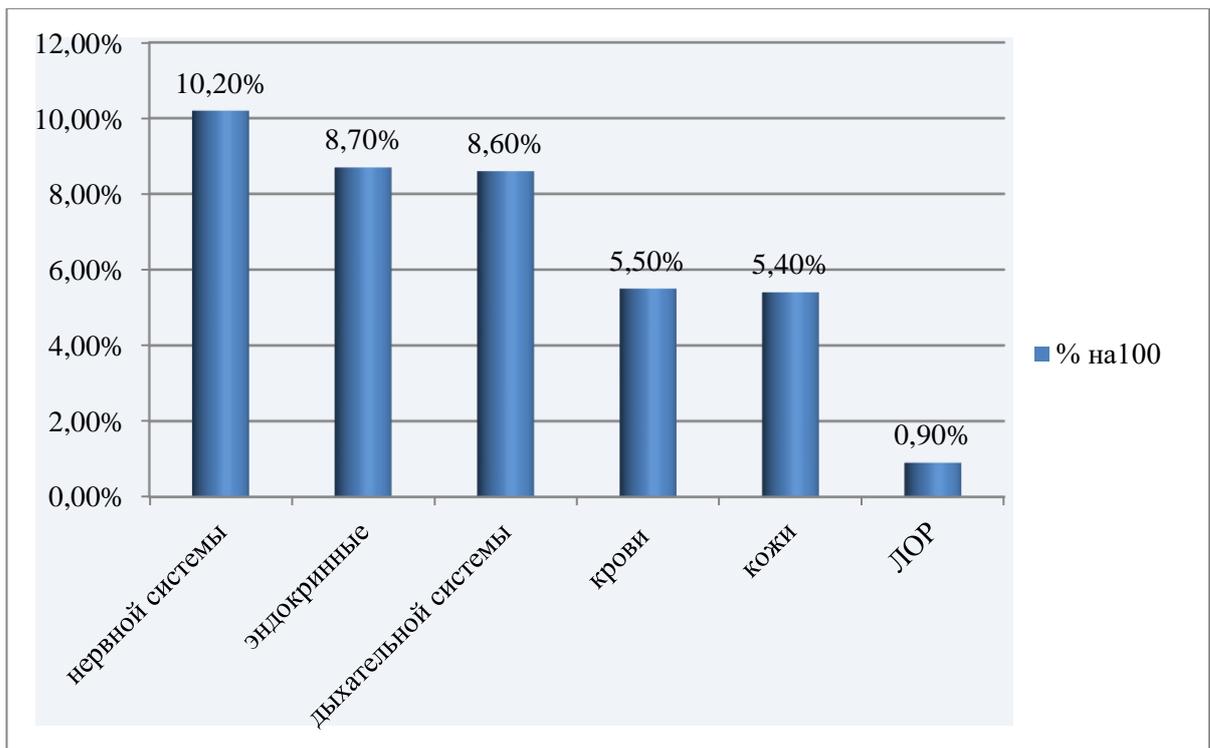


Рисунок 3.3. – Частота соматической патологии на 100 обследованных респондентов

Наиболее частой соматической патологией определена анемия, которая диагностирована у 68,8% участниц исследования. При этом анемия легкой степени имела место у 80,8%, средней степени - у 14,6%, тяжелая анемия – у 4,6% девочек и девушек. Каждая 7-я девушка и девочка имели патологию нервной системы, каждая 10-я – заболевания органов дыхания. Диффузный эутиреоидный зоб диагностирован в 4,3%, близорукость – в 2,2% случаев

(рисунок 3.4).

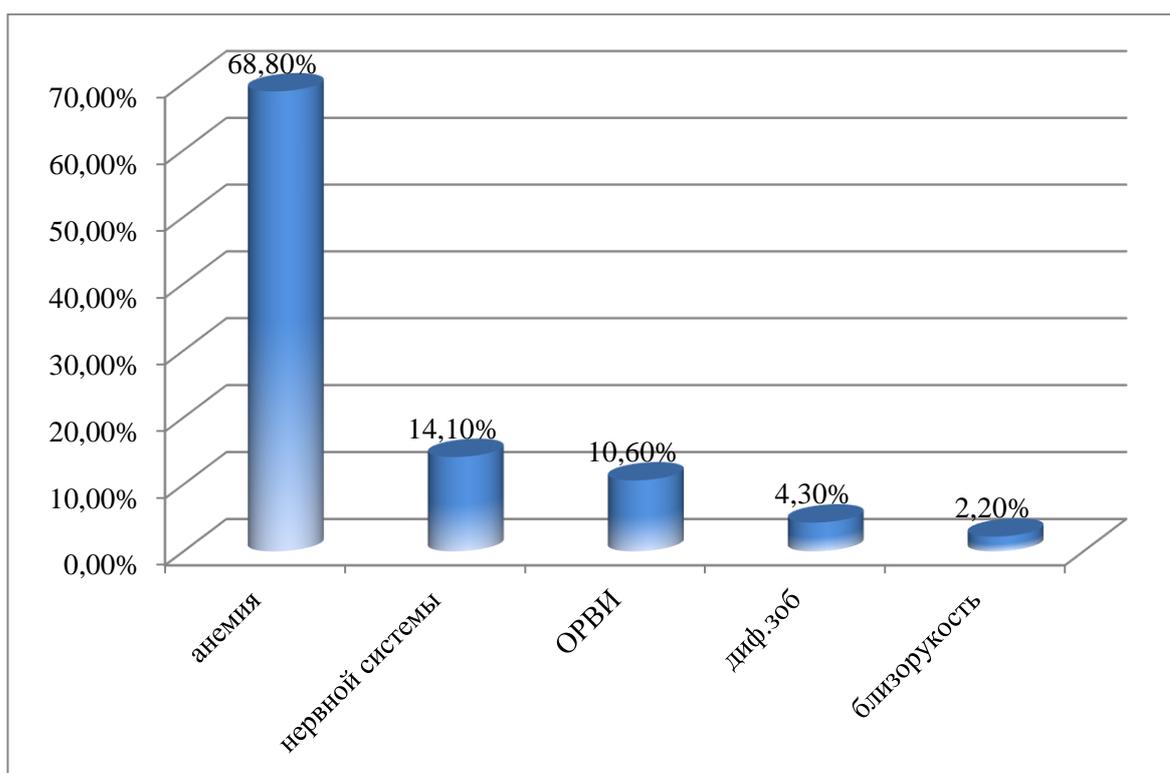


Рисунок 3.4. – Частота соматической патологии среди обследованных подростков

Существуют серьезные проблемы, связанные с низким качеством оказываемых медицинских услуг из-за недостатка соответствующих навыков медицинских работников, основанных на доказательной медицине и стандартах оказания медицинской помощи, отсутствия адекватной инфраструктуры и поставок необходимого оборудования и медикаментов. Снижение возможностей к получению услуг по защите репродуктивного здоровья особенно сильно сказалось на женщинах, а также на их доступе ко всем компонентам медицинской помощи по охране репродуктивному здоровью.

В целях улучшения состояния здравоохранения, расширения возможностей по предоставлению и оптимизации медицинских услуг населению принят ряд стратегических программ и нормативно-правовых документов по поддержке женского населения страны. Прежде всего, это касается репродуктивного здоровья женщин любых возрастных групп.

Осуществляемые действия по развитию учреждений, оказывающих помощь женскому населению, интеграции ее с ПМСП, увеличение доступности и качества оказываемых медицинских услуг, переобучение персонала, развитие профессиональных качеств улучшают качество помощи женщинам, в том числе подросткам. Создание и функционирование центров по предоставлению медицинских услуг в сфере репродуктивного здоровья несовершеннолетним и молодежи, в т. ч. представителям группы риска, позволило проводить соответствующие мероприятия по улучшению доступности и качества медико-санитарных услуг, а также способствовало развитию новых инновационных услуг молодежи, в т. ч. девочкам – подросткам.

При сотрудничестве гражданского общества и неправительственных международных организаций подготовлена законодательная база, реализованы десятки информационно-образовательных программ, достигнуты определенные успехи по привлечению религиозных деятелей к планированию семьи, воспитанию молодежи и формированию принципов здорового образа жизни, что поддерживает здоровье.

Основными нормативными документами, регулирующими охрану здоровья и репродуктивные права, являются Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, а также Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью.

Таким образом, сохранение и укрепление здоровья девушек и молодых женщин, а также обеспечение качества медико-санитарных, психологических, образовательных, социальных услуг является приоритетной задачей отрасли и предоставляет собой один из главных элементов политики правительства страны. Важной задачей являются поиск и внедрение в практику диспансеризации, профилактики, диагностики и лечения соматической патологии и патологии репродуктивной системы.

Резюме

В настоящей подглаве представлены данные о распространенности

соматической патологии среди девочек и девушек подросткового возраста, которые позволяют утверждать, что соматическое здоровье у данной возрастной группы населения Республики Таджикистан должно настораживать сектор здравоохранения. Имеющаяся система в рамках действующей системы медико-санитарной помощи оказалась сегодня не способна решать вновь проявившиеся специфические проблемы девочек и девушек подросткового возраста, особенно в горных районах страны. Поэтому при реализации Национальной стратегии здоровья населения необходимо координировать усилия и деятельность государственных структур, гражданского общества и международных организаций по улучшению состояния репродуктивного здоровья населения.

3.2. Особенности физического развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана

Возрастное распределение обследованных девочек и девушек-подростков представлено на рисунке 3.5.

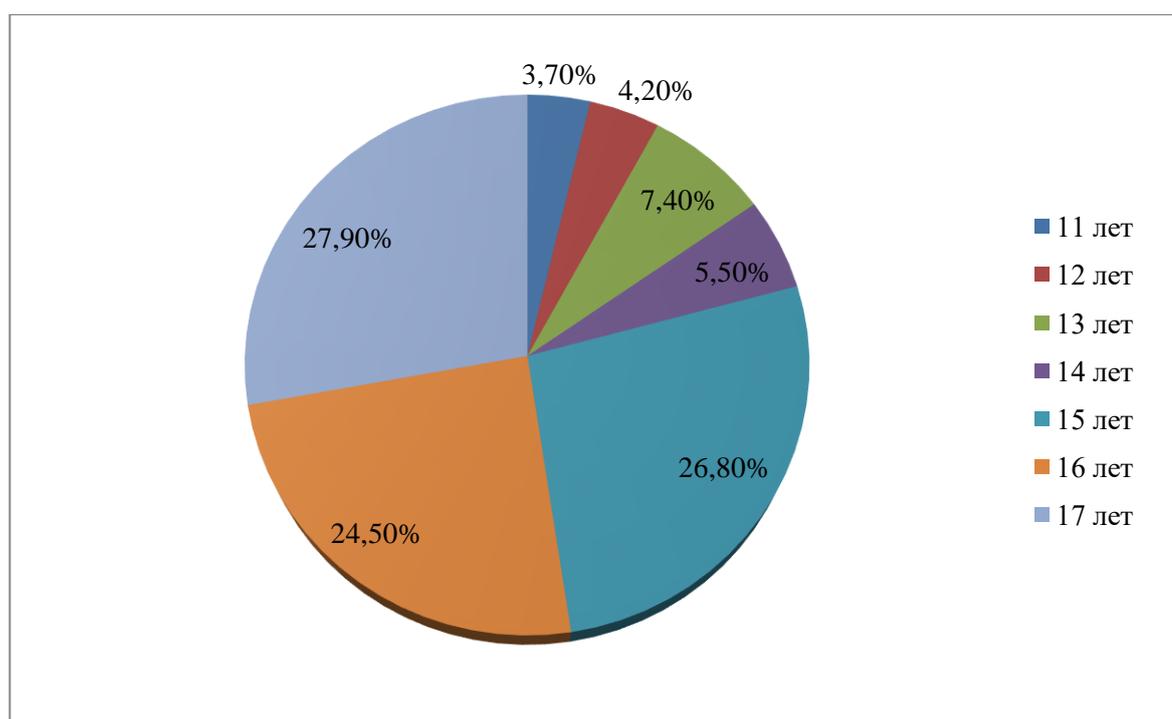


Рисунок 3.5. – Возрастное распределение обследованных подростков

Как видно из представленных на рисунке 3.5 данных, большая часть обследованных девочек и девушек подростков (79,2%) были в возрасте 15 лет, 16 лет и 17 лет.

По национальному составу большую часть обследованных подростков составили таджички (318 чел. - 83,6%). Остальная часть (62 чел.– 16,4%) представлена девушками других национальностей (рисунок 3.6)

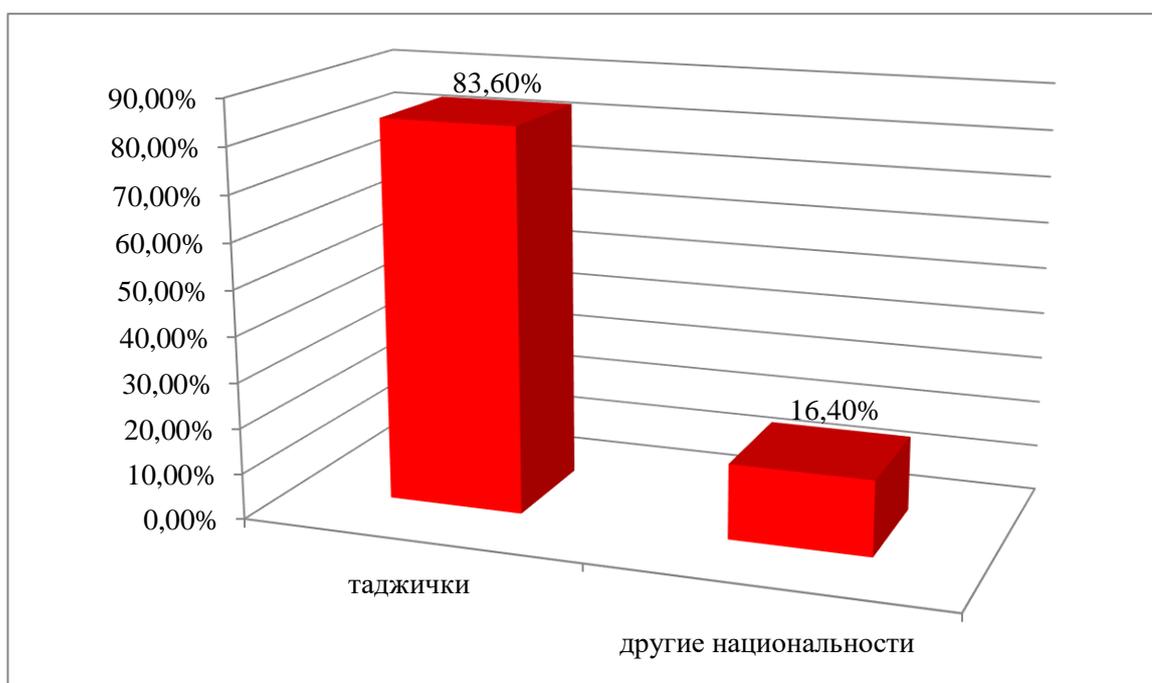


Рисунок 3.6. – Распределение обследованных девочек и девушек подростков по национальной принадлежности

На неудовлетворительные материально-бытовые условия указали 270 (71,1%) ($p < 0,001$) обследованных подростков: число проживающих более 5 человек, а материально-бытовые условия не соответствуют удовлетворительным санитарным нормам (рисунок 3.7).

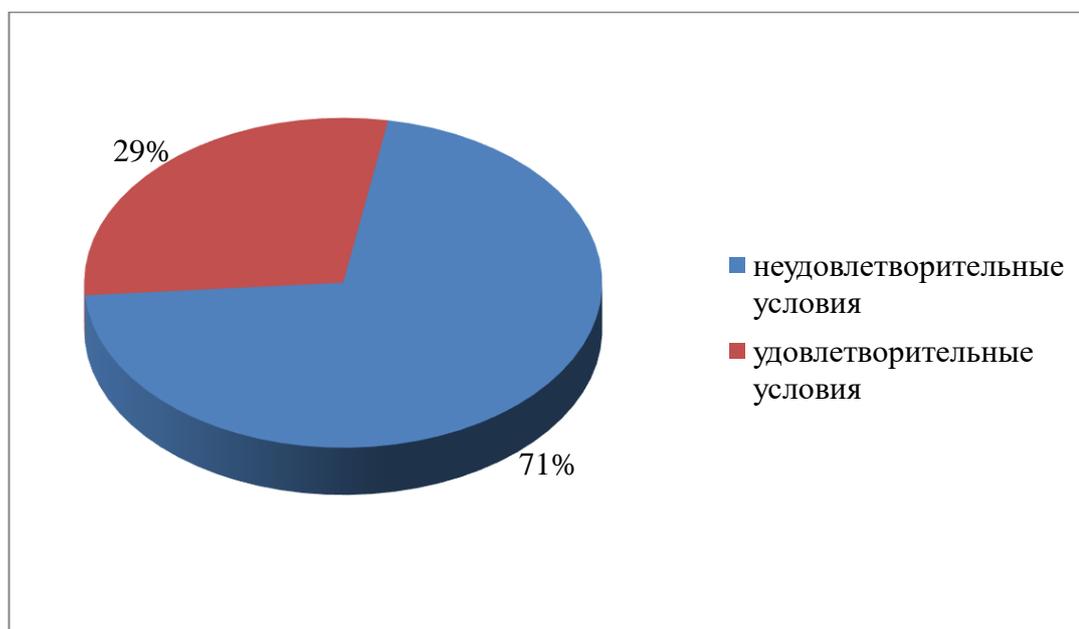


Рисунок 3.7. – Распределение обследованных девушек и девочек-подростков по уровню материально-бытовых условий проживания

Использование раннего детского труда отмечено у 60 (15,8%) обследованных девочек и девушек подросткового возраста.

Большинство девушек (245 чел. - 64,5%) рождены матерями в возрасте 20-24 года. Несмотря на то, что грудное вскармливание в младенческом возрасте имели 299 (78,8%) обследованных подростков, частота заболеваемости детскими инфекциями представляла следующую картину: острые респираторные заболевания составили 68,5% на 100 опрошенных, корь - 62,5 % , ветряная оспа – 34,1% , краснуха – 23,6%, паротит – 20,1%, гепатит «А» - 1,6% (рисунок 3.8).

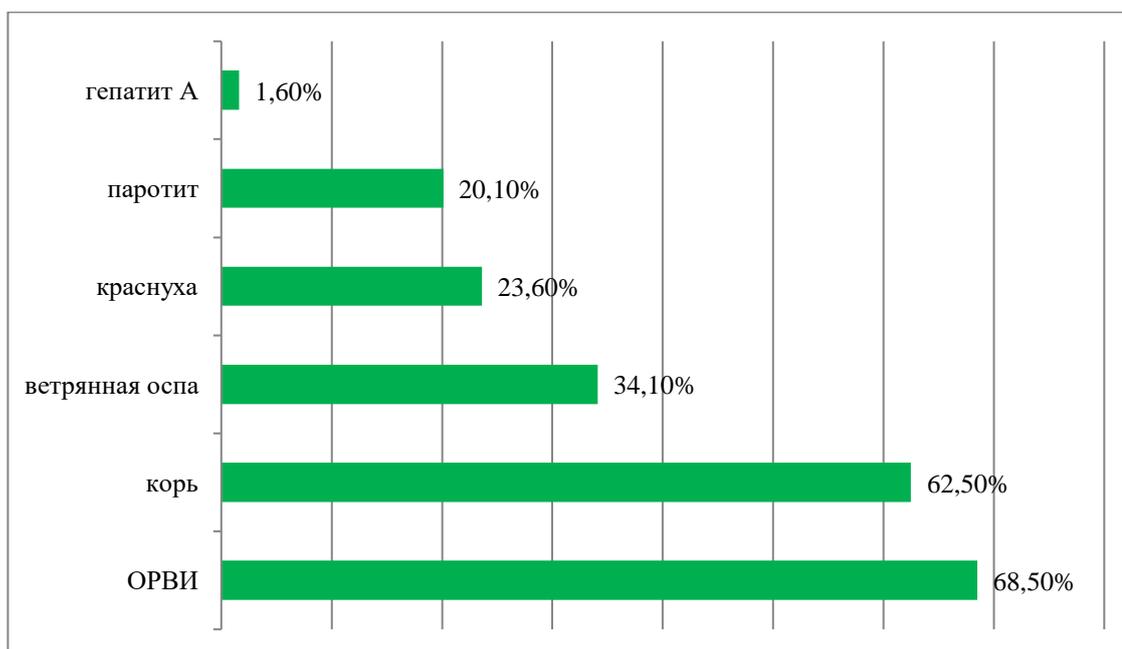


Рисунок 3.8. – Частота детских инфекционных заболеваний на 100 обследованных девушек и девочек подросткового возраста

Среди проспективно обследованных девочек и девушек из соматической патологии ведущие места отведены заболеваниям щитовидной железы (34,3%), хроническому тонзиллиту (30,9%), анемии (9,4%), пиелонефриту (13,2%).

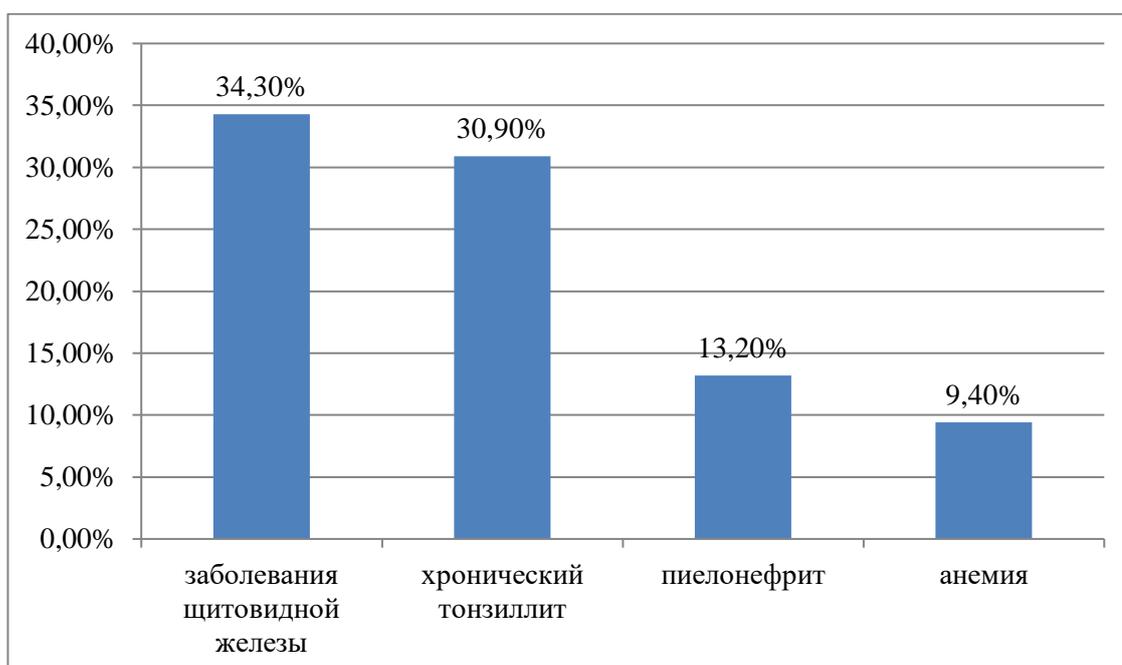


Рисунок 3.9. – Частота соматической патологии обследованных девушек и девочек подросткового возраста

Средние значения массы тела, роста и окружности грудной клетки у обследованных подростков по годам представлены в таблице 3.1. Как видно из приведенных данных, наибольший скачок роста отмечается в возрасте 11-13 лет. Масса тела нарастает постепенно и средние значения массы тела в 11 лет составляют 44,1 кг, в 17 лет – 53,7 кг ($p < 0,001$). Резкая прибавка массы тела отмечена в возрасте 12-13 лет. Увеличение окружности грудной клетки также происходило постепенно и средние значения данного параметра с 11 до 17 лет увеличились на 15,4 см.

Таблица 3.1. – Средние значения массы тела, роста и окружности грудной клетки у обследованных подростков по годам

Возраст	п	Рост (см)	Масса тела (кг)	ОГК (см)
11 лет	14	156,5±0,2	44,1±0,8	76,0±0,8
12 лет	16	155,5±0,3	44,1±0,6	84,1±0,5
13 лет	28	160,0±0,3	58,1±0,5	87,1±0,5
14 лет	21	158,9±0,5	53,6±0,7	80,9±0,8
15 лет	102	146,5±0,8	51,2±0,8	93,2±0,7
16 лет	93	159,7±0,5	52,5±0,6	89,4±0,3
17 лет	106	161,2±0,5	53,7±0,7	91,4±0,9
р		<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между возрастными группами

Для оценки физического развития используется ряд индексов, одним из которых является индекс массы тела. Данные индекса массы тела и отношения массы к длине тела обследованных подростков представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2. - Средние значения индекса массы тела у девочек и девушек подросткового возраста

Возраст	n	Масса/длина тела	ИМТ
11 лет	14	0,29±0,9	19,2±0,27
12 лет	16	0,29±0,9	19,2±0,27
13 лет	28	0,43±1,4	21,2±2,8
14 лет	21	0,31±0,9	20,7±1,1
15 лет	102	0,32±0,3	20,5±0,2
16 лет	93	0,33±1,8	20,7±2,3
17 лет	106	0,34±1,2	20,7±1,8
p		<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между возрастными группами

Индекс массы тела в норме после окончания периода полового созревания равен 20-26. Значительное снижение и повышение индекса массы тела сопровождаются, как правило, эндокринными нарушениями. Полученные нами данные показывают, что значимых отклонений в показателе индекса массы тела во всех возрастных группах не выявлено, 80% подростков имели нормостеническое телосложение ($p < 0,001$).

Таблица 3.3. - Средние параметры физического развития девочек и девушек подросткового возраста

Возраст	n	Ширина плеч (см)	Длина руки (см)	Длина ноги (см)	Размах руки (см)
11 лет	14	36,0±0,6	69,1±0,5	71,0±0,8	147,0±4,1
12 лет	16	34,5±0,6	65,0±1,0	74,3±0,3	149,5±3,4
13 лет	28	34,0±0,5	70,0±0,3	78,5±0,9	153,5±3,4
14 лет	21	39,3±0,1	69,5±0,3	83,8±0,6	159,6±1,1
15 лет	102	37,8±0,2	64,7±0,3	82,9±0,7	159,6±0,7
16 лет	93	37,4±0,4	70,4±0,5	81,7±0,5	161,4±0,9
17 лет	106	37,9±0,2	71,9±0,2	82,7±0,2	165,4±0,3
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между возрастными группами

Изученные параметры ширины плеч и длины рук не имели значительных отклонений при сравнении данных показателей во всех возрастных группах. При этом размах рук, увеличивался постепенно от 147 см до 165 см за счет постепенного увеличения ширины плеч, окружности грудной клетки и длины рук. Длина ног в возрастной промежуток от 11 до 18 лет увеличивалась на 11,7 см ($p < 0,001$).

Оценка динамики увеличения размеров таза показала, что размеры таза у девочек и девушек увеличиваются постепенно. Максимальная интенсивность увеличения размеров таза отмечена от 12 до 14 лет, индекса Соловьева – от 11 до 12 лет (таблица 3.4).

Таблица 3.4. – Средние размеры таза у девочек и девушек подросткового возраста

Возраст	n	d Spinarum (см)	d. Cristarum (см)	d. Trochant. (см)	c. Externa (см)	Индекс Соловьева (см)
11 лет	14	22,0±0,6	25,0±0,6	27,0±0,6	18,2±0,3	12,0±0,1
12 лет	16	23,5±0,6	25,4±0,6	26,5±0,5	17,5±0,6	14,1±0,3
13 лет	28	25,1±0,7	27,2±0,3	30,7±0,3	18,5±0,3	14,5±0,6
14 лет	21	25,9±0,1	28,4±0,1	32,5±0,1	20,0±0,1	14,8±0,8
15 лет	102	24,2±0,2	26,9±0,2	31,1±0,4	19,4±0,3	15,1±0,3
16 лет	93	25,3±0,2	28,1±0,3	30,9±0,7	20,1±0,6	15,4±0,1
17 лет	106	25,4±0,1	27,8±0,1	30,0±0,2	19,7±0,2	15,7±0,7
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между возрастными группами

Таким образом, полученные нами результаты физического развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана характеризуются определенными особенностями, которые необходимо учитывать при диспансеризации девочек и девушек подросткового возраста.

3.3. Особенности полового развития и частота распространенности гинекологических заболеваний у девушек и девочек-подростков в современных условиях Таджикистана

Анализ появления вторичных половых признаков показал, что пубертатное развитие начинается с развития молочных желез. Максимальный возраст, при котором молочные железы остаются на стадии Ma_0 , соответствует 15 годам и отмечен у 9 (2,4%) подростков. Максимальный возраст появления лобкового оволосения соответствует 15 годам и отмечен у 5 (1,3%) подростков. Оценка аксиллярного оволосения показала, что максимальный возраст для стадии Ax_0 15 лет отмечен у 19 (5%) девушек. Средний возраст менархе составил $12,8 \pm 2,1$ года, средняя продолжительность менструации – $4,5 \pm 0,05$ дней, средняя продолжительность цикла – $29,5 \pm 3,4$ дня.

Таблица 3.5. – Характеристики полового созревания обследованных девушек и девочек-подростков (n=380)

Вторичные половые признаки	Показатели
Макс-й возраст девушек с Ma_0 , лет (n=5)	$15,1 \pm 2,3$
Макс-й возраст девушек с Ax_0 , лет (n=19)	$15,2 \pm 1,9$
Средний возраст менархе, лет	$12,8 \pm 2,1$
Продолжительность менструального цикла, дней	$4,5 \pm 0,05$
Продолжительность менструаций, дней	$29,5 \pm 3,4$
Задержка полового развития, абс (%)	36 (9,5%)

Среди менструирующих подростков (371 человек) возраст менархе 11 лет отметили 20 (5,4%), 12 лет – 87 (23,5%), 13 лет – 128 (34,5%), 14 лет – 112 (30,2%), 15 лет - 21 (4,8%), 16 лет – 3 (1,1%) обследованных подростков.

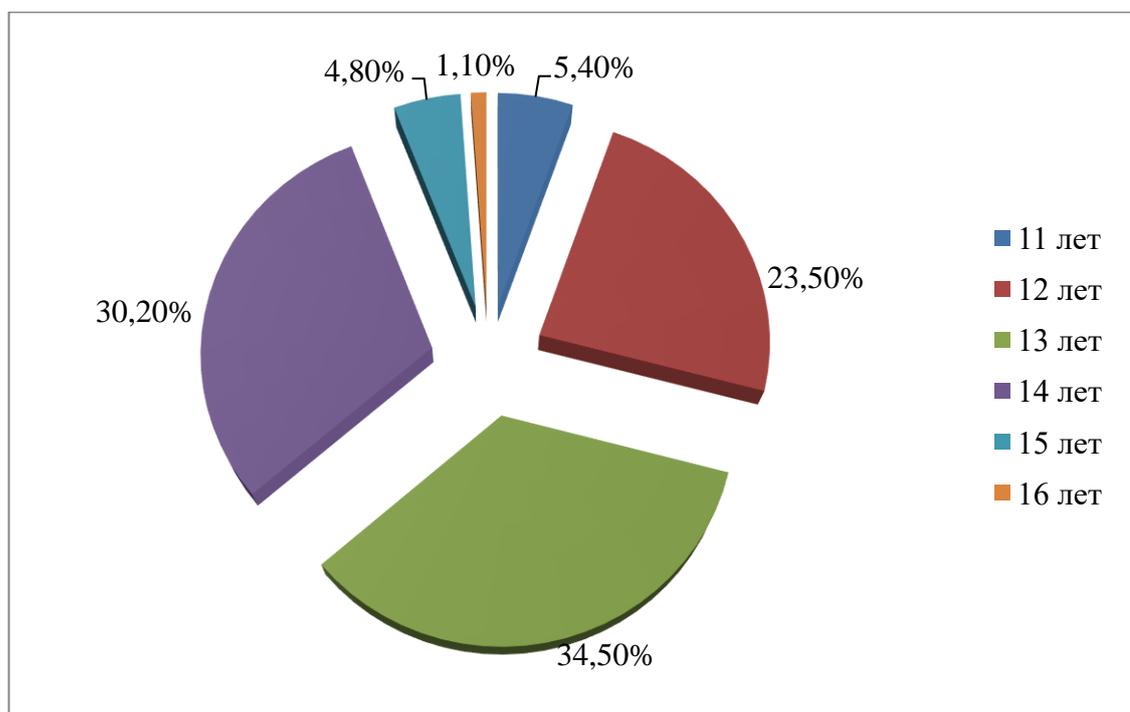


Рисунок 3.10. - Распределение обследованных девушек и девочек подростков по возрасту менархе

Среди обследованных подростков преждевременного полового созревания (появление вторичных половых признаков до 8 лет) не отмечено. Задержка полового развития (отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет и менструаций в 15 лет) отмечена у 36 (9,5%) девушек. Всем этим девочкам и девушкам диагностирована соматическая патология (пиелонефрит, йододефицитные состояния, хронический тонзиллит, анемии).

Результаты обследования показали, что средний возраст достижения 1-й стадии пубертата составил $11,8 \pm 2,1$ лет, 2-й стадии – $12,2 \pm 2,4$ лет, 3-й стадии – $15,8 \pm 2,3$ лет, 4-й стадии – $16,2 \pm 2,7$ лет, 5-й стадии – $16,6 \pm 2,8$ лет.



Рисунок 3.11. - Возрастная динамика достижения стадии пубертата у обследованных девушек и девочек подростков

Частота нарушений менструального цикла у обследованных девушек и девочек-подростков представлена в таблице 3.6.

Таблица 3.6. – Частота нарушений менструального цикла у обследованных девушек - подростков

Виды нарушений менструального цикла	Абс. число	%
Длительное становление	22	5,8
Альгоменорея	63	16,6
Олигоменорея	8	2,1
Гиперменорея	30	7,9
Аменорея	7	1,8
Запоздалая менструация	10	2,6

По данным УЗИ установлено, что резкое увеличение размеров матки приходится на 15-летний возраст, затем до 17 лет рост идет постепенно.

Структура генитальной патологии у обследованных девушек и девочек-подростков представлена на рисунке 3.12.

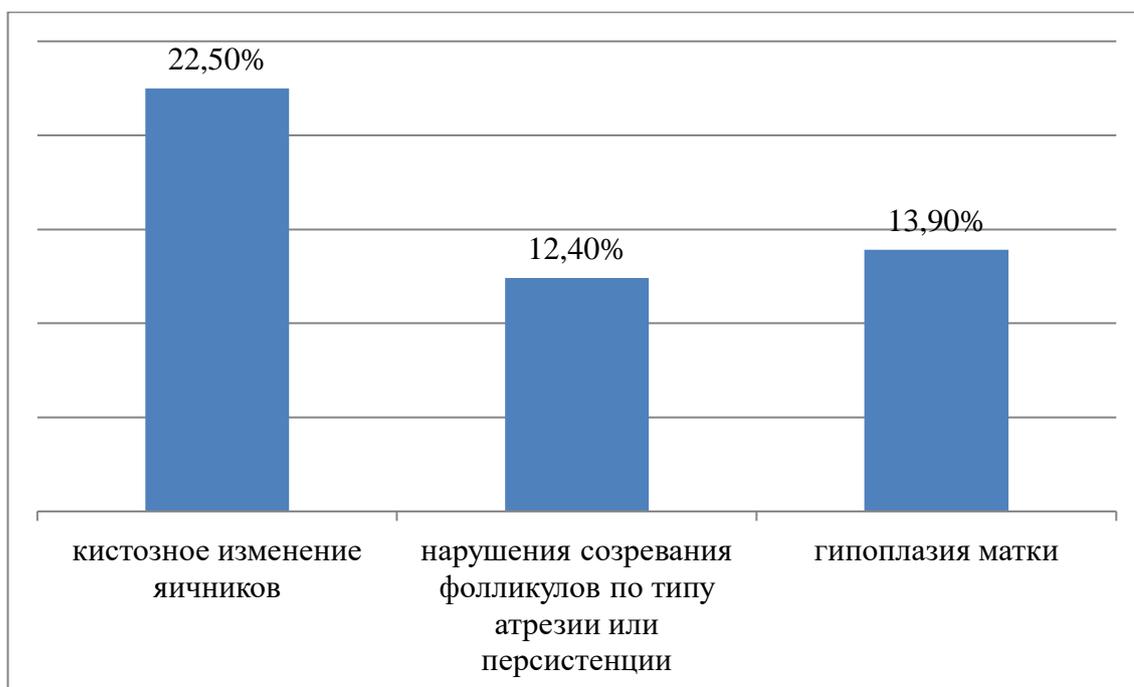


Рисунок 3.12. – Структура генитальной патологии у обследованных девушек и девочек-подростков

Ведущее места в структуре генитальной патологии занимали кистозные изменения яичников (86 чел. - 22,5%), нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции (47 чел.- 12,4%), затем гипоплазия матки (53 чел. - 13,9%) ($p < 0,05$).

Частота различных видов мастопатии представлена на рисунке 3.13.

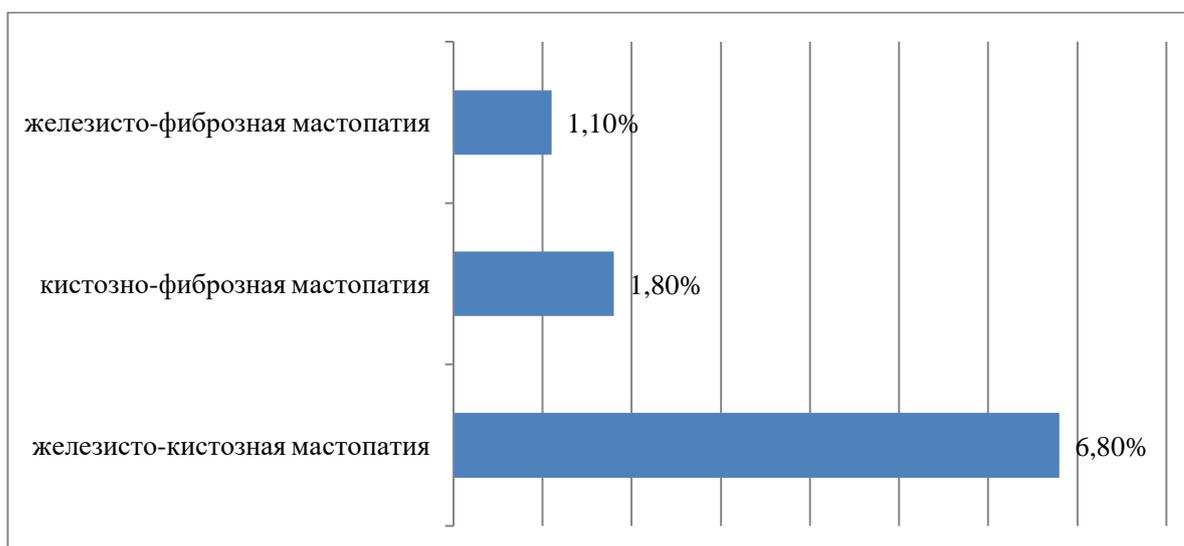


Рисунок 3.13. – Частота различных видов мастопатии среди обследованных девушек и девочек подростков

Результаты оценки состояния молочных желез показали, что 26 (6,8%) подросткам диагностирована железисто-кистозная мастопатия, 7 (1,8%) – кистозно-фиброзная мастопатия, 4 (1,1%) - железисто-фиброзная мастопатия. У всех обследованных подростков с заболеваниями молочных желез имели место нарушения менструального цикла по типу ановуляции с нарушениями созревания фолликула либо по типу атрезии фолликула, либо по типу персистенции фолликула, что косвенно свидетельствует о гормональных взаимоотношениях яичников и молочных желез.

Уровень оценки своего здоровья как «хорошее» отметили 296 (77,9%) подростков. Информированность обследованных девочек и девушек о репродуктивной функции в подростковом периоде жизни была низкой у 267(70,3%) подростков. Источником получения информации о состоянии репродуктивной системы являлись члены семьи в 78%, образовательные программы в школе – 12,6%, подруги – в 9,4% (рисунок 3.14)

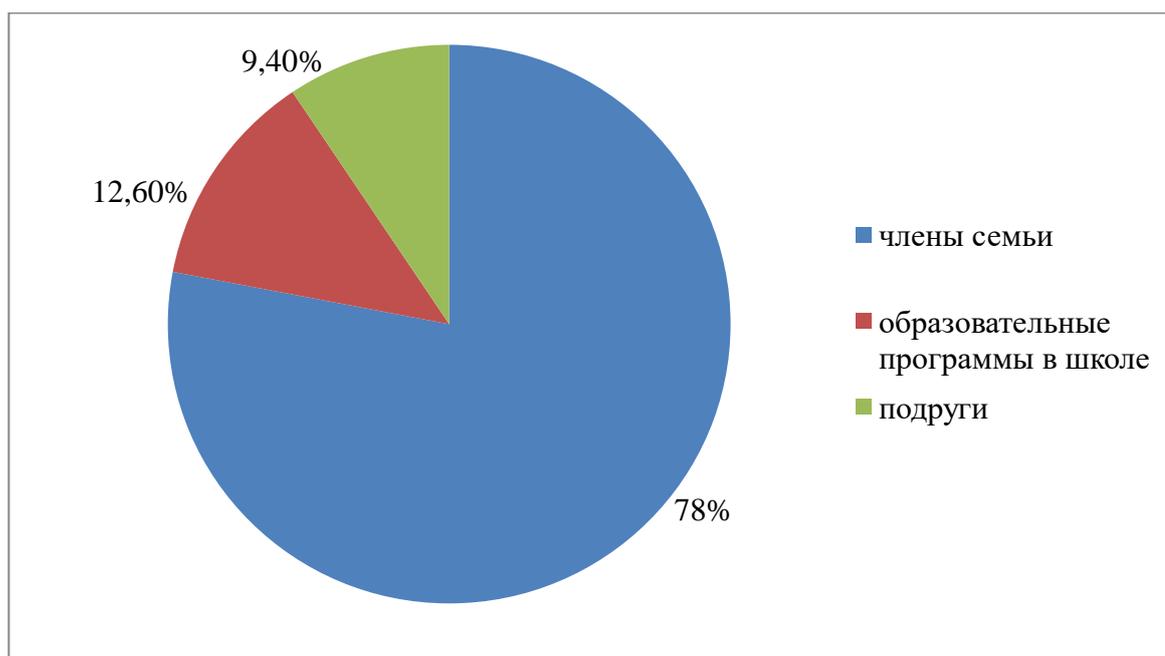


Рисунок 3.14. – Источники получения информации о состоянии репродуктивной системы у девочек и девушек- подростков

Как видно из представленных данных, в Таджикистане семья имеет большое значение в половом воспитании подростков, а образовательные

программы в школах не разработаны и не внедрены. Проведенные исследования установили достаточно высокую частоту перенесенных инфекционных заболеваний в детстве и также соматической патологии, что влияет на становление репродуктивной функции (задержка полового развития в 9,5% случаев) и частоту генитальной патологии подростков. Все подростки, имевшие нарушения менструального цикла, имели какую-либо соматическую патологию. Две трети обследованных подростков отметили неудовлетворительные социально-бытовые условия, что подтверждает немаловажное значение в становлении репродуктивной функции социально-бытовых и экономических условий жизни подростков. Таким образом, проведенное исследование указывает на необходимость разработки алгоритмов комплексной оценки репродуктивного здоровья подростков, что будет способствовать оздоровлению их и подготовке к предстоящему материнству.

3.4. Оценка нормативных документов по репродуктивному здоровью подростков

В начале 90-х годов прошлого столетия система здравоохранения Республики Таджикистан оказалась несостоятельной и неэффективной в связи с резким снижением ее экономического потенциала, обусловившего значительное повышение уровня бедности, что привело к ухудшению жизненно важных показателей здоровья населения, прежде всего женщин и детей, в т.ч. подростков.

При этом стабильно отмечался рост материнской и детской смертности вследствие широко распространившихся частоты инфекционных и других социально-значимых заболеваний, когда структура, объем, и качество предоставления медицинской и санитарной помощи не могли удовлетворить соответствующие потребности в ней большей части населения, находившегося в состоянии практически полной нищеты.

В этот период Правительством страны, при международном содействии, были разработаны десятки национальных и отраслевых программ по профилактике и борьбе с дифтерией, туберкулёзом, йододефицитными, диарейными, тропическими болезнями, ИППП/СПИД, гепатитами, железодефицитными анемиями, включая программы по репродуктивному здоровью и репродуктивному праву. Все они имели направленность на организацию стандартизированных подходов к профилактике и лечению болезней.

В целях улучшения состояния системы здравоохранения, расширения возможностей по предоставлению женщинам и детям медицинских и санитарных услуг, повышения их качества был принят ряд стратегических программ и нормативно-правовых документов.

Следовательно, в государственной политике страны забота о материнстве и детстве нашла отражение в развитии соответствующей законодательной базы.

Ключевыми нормативно-правовыми и программными документами по охране здоровья населения стали, прежде всего, Закон Республики Таджикистан «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах»(2002), «Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 года» (2004), «Программа развития здоровья молодежи в Республике Таджикистан на 2006-2010 гг.» (2006), Концепция социальной защиты населения Республики Таджикистан (Постановление Правительства Республики Таджикистан от 29 декабря 2006 года, № 783); Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года, «Концепция правовой политики Республики Таджикистан на период 2018-2028 годы» и т.п.

При этом основополагающими в охране здоровья граждан являются Конституция Республики Таджикистан (1994), Закон Республики

Таджикистан «Об охране здоровья населения» (2005), Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (2017).

В названной совокупности документов определены: соблюдение прав человека и гражданина, обеспечение их государственными гарантиями, приоритет профилактических мер в области охраны здоровья населения, доступность медико-социальной помощи, социальная защищенность в случае утраты здоровья, ответственность органов государственной власти, предприятий и организаций независимо от формы собственности.

Согласно действующему законодательству, гражданам гарантирована первичная медико-санитарная помощь, включающая медицинскую профилактику важнейших заболеваний, лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний, санитарно-гигиеническое образование, охрана семьи, материнства, отцовства и детства.

Объем услуг на уровне учреждений ПМСП устанавливается Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, а финансирование осуществляется из средств государственного бюджета и других источников в соответствии с законодательством Республики Таджикистан.

В Законе Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения» определен порядок оказания, прежде всего, консультативной помощи, профилактики и лечения заболеваний, в т.ч. болезней, передающихся половым путем. Важно отметить, что женщинам и подросткам медицинская помощь при этом должна осуществляться бесплатно и безотлагательно. Кроме того, определяется порядок финансирования и оказания специализированной медицинской помощи при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий, особенно в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, психоневрологических, онкологических диспансерах и других медицинских организациях.

Однако, несмотря на принимаемые меры, сектор здравоохранения Республики Таджикистан не смог обеспечить улучшения деятельности учреждений ПМСП и некоторых местных и республиканских лечебно - профилактических учреждениях. Более того, доступ населения, особенно его бедных слоёв, к их услугам уменьшился в несколько раз.

В условиях реформирования системы здравоохранения проведены мероприятия по интеграции службы охраны материнства и детства с ПМСП, улучшению доступности и качества медицинских услуг, обучению персонала, развитию профессиональных качеств.

При партнерском участии гражданского общества и международных организаций разработана и модернизирована законодательная база, реализованы информационно-образовательные программы, достигнут определенный прогресс по привлечению религиозных деятелей к вопросам планирования семьи.

Следует отметить, что обеспечение качества медико-санитарных и социальных услуг является приоритетной задачей любого цивилизованного общества. Обусловлено это тем, что здоровье признано наивысшей человеческой ценностью. Основной целью государственной политики в области реформирования здравоохранения, в т.ч. репродуктивной службы является улучшение здоровья женщин и детей на основе обеспечения всеобщей доступности и качества медико-санитарной помощи, профилактика социально-значимых заболеваний, повышение качества жизни населения.

Вместе с тем, многие проблемы охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков остаются нерешенными, услуги находятся ниже уровня имеющихся возможностей и актуальных требований. Особенно это касается малообеспеченных и уязвимых слоев населения, вследствие чего не снижается заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и т.д. Таким образом, права подростков на знания и услуги в области репродуктивного здоровья, по существу, носят декларативный характер и реализуются не на должном уровне.

Это связано, с недостаточно глубоким пониманием работниками государственных структур и членами общественных организаций своих ролей в решении проблем здравоохранения, которые продолжают оставаться одним из факторов, препятствующим достижению ожидаемого прогресса в сфере общественного здоровья.

Вместе с тем, международный опыт показывает, что даже в странах с низким уровнем дохода новаторские подходы с учетом их специфики могут привести к значительному улучшению репродуктивного здоровья населения. Ощутимый прогресс в этой области достигался реально эффективными действиями со стороны государства, при партнерском взаимодействии всех его структур, включая местных органов исполнительной власти, с общественными организациями, международным сообществом, СМИ и населением, в т.ч. молодежью.

В стране приняты меры по развитию всесторонних действий по охране здоровья подростков и молодежи, ратифицированы важные международные документы такие, как «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» (1993), «Конвенция о правах ребенка» (1993).

Присоединение Таджикистана к международным конвенциям сыграло заметную роль в совершенствовании социального законодательства страны. Однако, ратификация с целью приобщения к чему-то мировому без создания соответствующих условий недопустима. Для реального воплощения идей международно-правовых актов должны быть созданы политические, экономические, организационно-правовые условия, достигнут определенный уровень правового развития как самого государства, так и его граждан.

Не случайно Национальная программа развития здоровья молодежи в Республике Таджикистан на 2006-2010 гг. содержит 6 приоритетных направлений, причем первым из них определен «Развитие и внедрение политики услуг, доброжелательных молодежи».

В соответствии с пунктом 7 Программы при Комитете по делам молодежи, спорту при Правительстве Республики Таджикистан создана межсекторальная координационная комиссия из числа специалистов секторов здравоохранения, образования, труда, миграции и занятости населения, международных и общественных организаций.

Вторым направлением определено «Обучение жизненным навыкам в области здоровья» в котором взят курс на повышение информированности молодежи в области репродуктивного и сексуального здоровья, внедрения ряда методических разработок по формированию здорового образа жизни в школьную программу.

Следующим разделом Программы «Содействие защите прав особо уязвимых групп молодежи» определена необходимость обеспечения молодежи из особо уязвимых групп доступом к услугам здравоохранения. В данном аспекте Республиканским центром репродуктивного здоровья и Республиканским центром по формированию здорового образа жизни населения совместно с общественными организациями начали реализацию проекта дружелюбных услуг молодежи в городах Душанбе, Турсунзаде, Вахдат, Гиссар, Хорог, Худжанде, Пенджикенте, Исфара Согдийской области, Бохтар, Куляб, Яванском и Дангаринском районах Хатлонской области.

Органичным приоритетным направлением стало «Участие молодых людей в программах, направленных на здоровое развитие молодых людей с акцентом на репродуктивное здоровье, профилактику ИППП/ВИЧ/СПИД и наркомании».

В рамках названной программы реализуется стратегия «Дружелюбных услуг к молодежи», дополненная приказом Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан № 41 от 01.02.2010 года, утвердившим «Положение медико-консультационного отделения», согласно которому создан 21 консультативный центр на базе Центров репродуктивного здоровья (ЦРЗ).

Их целью является повышение доступа молодежи к информации и качественным медицинским и социальным услугам, отвечающим критериям ООН.

Услуги молодежных медико-консультативных отделений, дружелюбных к молодежи (ММКО) оказываются на принципах добровольности, доступности, доброжелательности доверительности и конфиденциальности в соответствии с разработанными стандартами.

Как известно, Конституция Республики Таджикистан провозгласила страну социальным государством, которая призвана создать условия, обеспечивающие достойную жизнь и свободное развитие каждого человека. Отсюда социальное благополучие человека и повышение его потенциала определяется в качестве основной цели государственного развития.

При этом, в числе злободневных медицинских проблем молодежи выделяются проблемы репродуктивного здоровья девочек - подростков, которые становятся беременными еще до достижения ими физического и гормонального развития. В этом состоянии они подвержены большому риску осложнений во время родов, в особенности, если у них наблюдается задержка в росте и развитии.

Ранние браки, деторождение в подростковом возрасте, особенно до 16 лет представляют серьёзную опасность не только для девочки-подростка, но и для ее новорожденного. Это связано с возможностью получения родовых травм, формирования фистул при родовспоможении (вследствие слабого развития костей таза и родовых путей) и гипертензии.

В ходе исследования было установлено, что у беременных девушек в возрасте до 14 лет наблюдается ряд заболеваний, прежде всего, желудочно-кишечного тракта, онкологических, психоневрологических, в т.ч эклампсии, часто имеющих фатальные последствия. По оценкам ВОЗ, для девочек и девушек подросткового возраста риск летального исхода из-за ранней беременности возрастает на 20-200% выше по сравнению с женщинами старшего возраста.

Большое влияние на состояние репродуктивного здоровья у девушек-подростков оказывают патологии, передаваемые половым путем, нежелательная беременность, а также небезопасное прерывание беременности. Результаты исследования подтверждают, что многие девочки-подростки являются сексуально активными, подвергаясь риску заболеваний и нежелательной беременности.

В Таджикистане отмечается некоторое снижение числа патологий, передаваемых половым путем, среди девушек 15-19 лет по сравнению с показателями 10-летней давности.

Однако, в группе из 12804 подростков г. Душанбе, на конец 2015 г. (юношей - 49,7% и девушек - 50,3%), за последующие три года общая заболеваемость выросла с 1874 на 100 тыс. населения до 80560 на 100 тыс. населения.

Рост заболеваемости по 2018 г. наблюдался за счет увеличения числа случаев ЖДА, гипотрофии, сахарного диабета, нервных патологий, легочных патологий, заболеваний опорного аппарата, травматических поражений, патологий выделительной системы, психических нарушений, гиперплазий щитовидной железы. При этом уровень показателей первичной заболеваемости повысился с 58,8 на 100 тыс. населения до 637,6 на 100 тыс. населения (показатель по Республике Таджикистан составляет 713,7 на 100 тыс. населения).

На этом фоне наблюдается сокращение числа дошкольных учреждений, медицинских кабинетов в школах, училищах и колледжах, подростковых и студенческих поликлиник, реабилитационно - оздоровительных центров.

Следует отметить, что социальная значимость здоровья подростков и молодёжи заключается в четком представлении себя в качестве репродуктивного, интеллектуального, экономического и культурного резерва страны. В этой связи необходима ориентированность общества на их нужды, продиктованные специфическими причинами. При этом,

требуются услуги, отличающиеся по своей форме от услуг, предоставляемым взрослому населению.

Это связано с тем, что лица подросткового раннего молодого возраста редко считают себя больными, в связи с чем специализированные «клиники» для детей подросткового возраста должны больше уделять внимания практически всем аспектам здоровья организма у молодежи: воздействие на ребенка негативных стрессов; особенности сексуального воспитания и состояние репродуктивного здоровья (раннее начало половой жизни, ранняя беременность, инфекционные и венерические заболевания, употребление табака и наркотических средств, употребление спиртных напитков, неправильный режим питания, частые депрессивные состояния, суицидные настроения и т.д.).

Подростковая молодежь относится к числу проблемных категорий лиц со взывательной средой с психологическими особенностями развития, отсутствием навыков самостоятельного обращения за помощью, часто - без способности к самонаблюдению и адекватному выражению своих чувств и мыслей, при материальной и психологической зависимости от родителей и опекунов. Соответственно, не всегда есть деньги на обследование и регулярное лечение, иногда они не хотят сообщать им о заболевании, вследствие недоверия к взрослым или несерьезным отношением к своему здоровью.

Пациентами ММКО, кроме подростков, могут стать и их родственники, а также специалисты учреждений, контактирующие с данными молодыми людьми. Последние обращаются в специализированное учреждение с целью получения консультативно-информационной помощи, прохождения диагностического исследования, а также для получения соответствующей терапии и прохождения курса реабилитации.

Создание ММКО продиктовано вышеперечисленными причинами и потребностями подростков, молодежи и их родителей. В их основе находится организация интегрированной медико-социальной помощи. В

связи с этим было проведено медико-социальное, социально-статистическое исследование ситуации, связанной с проблемами, потребностями и нуждами подростков и молодежи.

Параллельно изучали мнение представителей среднеобразовательных школ, средних специальных учебных заведений, социальных служб, неправительственных организаций и правоохранительных структур.

При создании ММКО руководствовались международным опытом с учетом особенностей потребности подростков, нуждающихся в терапии, отличающейся от медицинских услуг для взрослых. Поэтому сеть ММКО формировалась как служба медико-психолого-социальной помощи. Следующим ее шагом в условиях «центра» было определение структуры клиники, разработка идеологии и стратегии деятельности, связанной с формированием коллектива сотрудников.

Следует подчеркнуть, что эффективность реализации нормативно-правовых документов ММКО неразрывно связана с формированием качественного, социального законодательства, как в направлении полного охвата всех общественных отношений, так и в юридико-техническом отношении; подготовкой и повышением квалификации специалистов социальной сферы.

Анализ ситуации свидетельствует о том, что доступ к службе охране здоровья матерей и подростков все еще остается на недостаточном уровне. Это связано с ростом платных услуг, крайне ограниченным финансированием и, соответственно, малой их эффективностью, отсутствием информированности о критериях качества услуг, частой недостоверностью данных соответствующего мониторинга и оценки его результатов.

При этом значимость принятых нормативно-правовых документов и стратегических программ остается несомненной, так как их нацеленность отвечает всемирной практике, что побуждает международные организации и страны - доноры частично финансировать их реализацию. Тем не менее, их

выполнение остается недостаточным, а результативность - соответственно минимальной и не оправдывающей возлагаемых надежд.

В связи с особенностями функционирования репродуктивной системы, особое значение приобретают проблемы охраны здоровья женщин и подростков. Решение ее осуществлялось в соответствии с Национальными планами действий и целевыми программами.

Задачи и направления В основе государственного Стратегического плана по охране репродуктивного здоровья жителей нашей республики на период 2010-2020 гг. лежит проведение таких мероприятий, как: организация единой государственной политики и поддержки; доработка нормативно-правовых баз; повышение квалификации специализированных кадров; меры по предупреждению развития патологий со стороны репродуктивной системы среди лиц детородного возраста; поиск и внедрение приоритетных научных направлений и целевых программ; проведение информационных и образовательных мероприятий по формированию общественного мнения, совместное взаимодействие между правительственными и неправительственными организациями, усовершенствование методов нравственному воспитанию и гигиенического состояния, повышение уровня образования среди детей и молодых лиц, воспитание у ребенка и подростков чувства собственной ответственности за поддержание здорового организма.

В связи с этим были изданы законодательные акты по социальной поддержке материнства и детства. Наряду с сохранением обозначенных гарантий в области материнства и детства (Трудовой Кодекс Республики Таджикистан от 30.12.2009 №107), был принят ряд мер по улучшению социальной защите беременных и искоренению детского труда.

Кроме того, в постановлении Правительства Республики Таджикистан №90 от 25 февраля 2017 г. «Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи» в 19 пилотных районах на 2017-2019 гг. были приведены формы и разновидности помощи женщинам и детям.

Из средств государственного бюджета на местах необходимо оказывать амбулаторную и госпитальную помощь беременным женщинам в перинатальном периоде, при необходимости проведения аборт, а также для предупреждения развития патологии со стороны репродуктивной функции.

Важнейшее направление Концепции по обеспечению единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения нашло отражение в программах «Планирование семьи» и «Безопасное материнство», которые были изданы с учетом международных нормативных стандартов.

Главными задачами этих программ определены сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, охрана репродуктивного здоровья населения, социальная поддержка материнства и детства, профилактика и снижение числа аборт, уровней материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Большое значение при организации службы и её мониторинга имеет деятельность центров репродуктивного здоровья, которые включены в номенклатуру лечебно-профилактических учреждений (приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 09 декабря 1994 г. №849) и довольно успешно организуемые в крупных городах и районах. В настоящее время их число составляет 88. Все они являются методическими и практическими центрами по оказанию медицинской помощи, подготовке кадров, повышению квалификации специалистов и проведению санитарно - просветительской деятельности.

Получили развитие такие ЛПУ, как медико-генетические консультации, учреждения, предоставляющие медико-социальную помощь детям и подросткам, кризисные центры, службы доверия и другие.

В целом чрезвычайно важная организационная работа по охране репродуктивного здоровья населения, особенно с контингентами социального риска (подростками, малообеспеченными лицами и др.), осуществляется при взаимодействии учреждений здравоохранения, с одной

стороны, и органов образования, молодежными службами, общественными организациями, с другой стороны.

Слаженная и эффективная работа Национального центра репродуктивного здоровья населения позволила снизить число абортс среди подростков в 2 раза, число криминальных абортс - в 5 раз. В течение последних 3 лет не регистрируются заболевания репродуктивных органов и материнская смертность после абортс.

В комплексном подходе к охране репродуктивного здоровья с учетом отечественного опыта работы таких учреждений, как центры репродуктивного здоровья, консультации «Брак и семья» и другие, важным является взаимодействие различных специалистов (акушеров-гинекологов, педиатров, урологов, андрологов, терапевтов, психологов и др.) в целом, при дальнейшем развитии государственной помощи.

Накоплен определенный опыт по охране репродуктивного здоровья населения в рамках реализации Концепции и целевых программ, организации эффективной работы центров на всех уровнях.

В целом реализация мероприятий Концепции по охране репродуктивного здоровья населения осуществляется в условиях рационализации и реструктуризации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, внедрения стационарзамещающих технологий, увеличения объемов помощи в условиях дневных стационаров. Это позволило снизить показатели материнской, младенческой смертности, уровень абортс, заболеваемости и последствий ранних браков.

При этом обеспечивается этапность оказания медицинской помощи, расширение объемов профилактической работы и амбулаторно-поликлинической помощи. Так, доля малых оперативных вмешательств на женских половых и репродуктивных органах в дневных стационарах центров репродуктивного здоровья составляет 40,5% от всех операций, проводимых в дневных стационарах ЛПУ.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 05.06.2017, №426 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста на уровне учреждений ПМСП» в учреждениях первичного звена здравоохранения введена система непрерывного медицинского наблюдения за подростками в возрасте 15-18 лет, которая на 70,0% осуществляется амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

В результате совместной целенаправленной работы произошло улучшение основных показателей репродуктивного здоровья женщин, в т.ч. девочек-подростков. Так, абсолютное число аборт в период с 2010-2018 гг. снизилось с 87,8 до 55,3 на 1000 женщин детородного возраста, т.е. почти в 1,6 раза.

При комплексном подходе к решению вопросов охраны материнства и детства материнская смертность снизилась за последние 10 лет (с 2008 по 2018 гг.) с показателя 38,4 до 24,1 на 100 тыс. живорожденных), что, на наш взгляд, стало следствием доступности услуг по планированию семьи.

Вместе с тем, несмотря на положительную динамику основных показателей здоровья матери и ребенка, имеет место увеличение числа женщин с осложненным течением беременности (анемией, болезнями почек, поздним токсикозом беременности и др.). Не имеет тенденции к снижению число родов с различными осложнениями, что является следствием продолжающегося оставаться на низком уровне общесоматического здоровья женщин.

Остается высоким уровень гинекологической заболеваемости среди подростков. Общеизвестна взаимосвязь и влияние на репродуктивную функцию человека и, в первую очередь, женщины - соматических, инфекционных, социально-значимых заболеваний, неудовлетворительных условий труда, питания, уровня жизни и других факторов.

В этом контексте, по данным обращаемости населения в ЛПУ, за последние 3 года уровень общей заболеваемости имеет тенденцию к росту.

Так, если в 2015 году среди детей он составил 871,4 на 1000 подростков соответствующего возраста - 549,2, взрослого населения - 198,4 соответственно. При этом почти у каждой из девочек – подростков регистрируется по 1 или 2 хронических заболеваний.

Рост показателей заболеваемости наблюдается практически по всем классам болезней во всех возрастных группах. Основное место в структуре заболеваемости (на 100 тыс. населения) занимают болезни органов дыхания у детей 3125,7 случаев, подростков -2145,6; болезни нервной системы и органов чувств - у детей 245, подростков - 20; болезни органов пищеварения - у детей (358,5), подростков - (141,6). У взрослых - болезни органов дыхания (2145,9), системы кровообращения (2145,9) и болезни нервной системы и органов чувств (347,5).

По данным МДИТ за 2012 и последующие годы, доля женщин в возрасте 15-49 лет с пониженным индексом массы тела снизилась с 11, 0% до 7,0 %, доля с избыточным весом или ожирением увеличилась - с 30,0 до 37,0 %. С пониженным ИМТ чаще встречаются девочки в возрасте 15- 19 лет (16,0 %). Доля женщин с ожирением увеличивается с возрастом: с 10,0% до 67,0 % среди женщин 40 -49 лет. Анемия среди девочек подростков в возрасте 15- 19 (33,0%) встречается реже, чем среди женщин в возрасте 20-49 лет (41,0-44,0%).

В последние 3 года заболеваемость сифилисом среди взрослого населения снизилась на 20,8%, среди детей и подростков - в 1,5 раза. Заболеваемость врожденным сифилисом в 2015 году составила 6 случаев среди детей до 4 лет, к 2018 году ее показатель достиг нулевого уровня.

Неблагоприятная ситуация отмечается с распространенностью ВИЧ-инфекции, при этом быстро возрастает доля женщин. Около 60,0% зараженных ВИЧ-инфицированных женщин находятся в активном репродуктивном возрасте, что обостряет проблему вертикальной передачи инфекции от матери ребенку. Так, в 2015 году было зарегистрировано 176 младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, из них -2

мертворожденных, 2 инфицированных. Соответственно в 2018 году было зарегистрировано 188 новорожденных, в т.ч. - 2 мертворожденные и 10 инфицированных.

Увеличение числа больных ИППП и пораженных ВИЧ происходит на фоне роста сексуальной активности, токсикомании и наркомании, особенно у детей и некоторой части подростков. Решение этой проблемы осуществляется в рамках Плана неотложных мероприятий по улучшению охраны здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях, а также соответствующей Концепции профилактики заболеваний, передающихся половым путем.

Состояние и меры по улучшению репродуктивного здоровья населения, включая подростков, неоднократно обсуждались на Коллегии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (распоряжение от 11.06.2018, №547) и отражены во многих нормативно - правовых документах.

Таким образом, в стране создана серьезная нормативно - правовая база, включающая 10 законов, 18 правительственных постановлений и 40 приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. В целом за последние немногим более 20 лет произошли значительные изменения в системе охраны и оказания медицинской помощи матерям и детям. Разработаны и реализованы важные документы и рекомендации, согласно которым радикально изменены подходы к оценке качества медицинской и санитарной помощи. В соответствующем Национальном плане по обеспечению безопасности беременности отражены принципы доказательной медицины и соответствующие международные стандарты по ведению физиологической и патологической беременности, родов и неонатальных осложнений.

3.5. Обоснование решений по улучшению качества помощи подросткам

В стране оценка реформ первичного звена медико-санитарной помощи населению проводилась без решения вопросов организационного и экономического характера, которые необходимы при проведении мероприятий по оптимизации службы репродуктивного здоровья подростков.

Кроме того, существуют серьезные проблемы, связанные с низким качеством медицинских услуг из-за недостатка соответствующих навыков медицинских работников, осуществляющих меры, основанные на доказательной медицине и стандартах оказания медицинской помощи, в т.ч. вследствие отсутствия адекватной инфраструктуры, поставок оборудования и медикаментов. Снижение возможностей получения услуг особенно сильно отразилось на женщинах, на их доступе ко всем необходимым современным компонентам медицинской помощи.

В целях улучшения состояния здравоохранения, расширения возможностей по предоставлению и оптимизации медицинских услуг девочкам и девушкам подросткового возраста приняты ряд стратегических программ и нормативно-правовых документов по поддержке женского населения. Мероприятия, способствующие улучшению репродуктивного здоровья и включающие развитие ПМСЦ, переобучение персонала, развитие профессиональных навыков должны способствовать увеличению доступности и качества медицинских услуг. Однако одной из слабых сторон остается недостаточные знания персонала, касающиеся порядка их оказания девочкам и девушкам подросткового возраста, в т.ч. согласно конвенции прав детей. Соответственно практическим выходом нашего исследования является соответствующее учебно-методическое пособие.

Наиболее отрицательными и значимыми для репродуктивного здоровья подростков являются добрачные сексуальные отношения, слабая система половой культуры и воспитания, отсутствие специалистов (психологов, социальных педагогов) по семейно-половому воспитанию.

Чаще всего подростки обсуждают эти вопросы с матерью - в 51,0% случаев, с партнерами - в 25,0% случаев, с подругами - в 16,0% случаев, с медицинскими работниками - в 5,0% случаев, с учителями - в 3,0% случаев. Выявленные социальные факторы диктуют необходимость расширения доступа молодежи к психологам.

Создание и функционирование центров по предоставлению медицинских услуг в сфере репродуктивного здоровья несовершеннолетним и молодежи, представителям группы риска, позволило проводить соответствующие мероприятия по улучшению доступности и качества медико-санитарных услуг, а также внедрять новые инновационные услуги для девочек - подростков. Нами выявлена одна из причин несвоевременного оказания акушерско-гинекологической помощи подросткам. Некоторыми респондентами указано, что позднее обращение к врачам связано со стеснительностью, страхами о возможности распространения информации о посещении гинеколога.

Анализ случаев отказов девочек от посещения врача и медицинской помощи от врачей-гинекологов-мужчин, участковых терапевтов (семейных врачей - мужчин) показал, что в сельской местности такие случаи составляют 42,0%, в условиях городов и районных центров 28,8% случаев.

Нашими исследованиями показано, что диспансеризация девушек и девочек подросткового возраста будет эффективна в случае регулярности и использования алгоритма ее проведения, включающего тщательный сбор анамнеза, выявление соматической патологии, оценку физического и полового развития с учетом нормативов (результаты наших исследований), ультразвукового исследования с целью выявления гинекологической патологии.

Вопрос налаживания диспансеризации в школах может быть решен на совместном совещании при участии представителей Министерства образования и науки Республики Таджикистан и Комитета по делам молодежи и спорта при Правительстве Республики Таджикистан. Таким

образом, сохранение и укрепление здоровья девушек и молодых женщин, а также обеспечение качества медико-санитарных, психологических, образовательных, социальных услуг является приоритетной задачей отрасли. Создание и функционирование центров по предоставлению медицинских услуг в сфере репродуктивного здоровья несовершеннолетним и молодежи, в т.ч. представителям группы риска, позволило проводить соответствующие мероприятия по улучшению доступности и качества медико-санитарных услуг, а также развитию новых инновационных услуг молодежи, в т.ч. девочкам – подросткам.

При сотрудничестве гражданского общества и неправительственных международных организаций подготовлена законодательная база, реализованы десятки информационно-образовательных программ, достигнуты определенные достижения по вовлечению религиозных деятелей к решению проблем планирования семьи, воспитанию молодежи и формирования принципов ЗОЖ, направленного на поддержание и восстановление здоровья.

В настоящее время основным нормативным документом, регулирующим вопросы охраны здоровья и благополучия граждан, в т.ч. репродуктивного права является Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, а также Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. Разработаны и внедрены социально-образовательные и медико-социальные программы по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Полученные данные используются для прогнозирования демографической ситуации в стране, планирования опережающего просвещения подростков и молодежи.

В стадии становления находится система работы медицинских и социальных служб, готовых оказывать медико-педагогические, социально-правовые и психологические услуги по формированию здорового образа

жизни, сохранению и укреплению репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Методические и методологические подходы, разработанные в процессе выполнения диссертационного исследования, использованы для научного обоснования других видов специализированной медико-санитарной помощи подросткам в условиях не только специализированных центров, но и других учреждений здравоохранения.

Таким образом, сохранение и укрепление здоровья девушек и молодых женщин, обеспечение достойного качества медико-санитарных, психологических, образовательных, социальных услуг является приоритетной задачей системы общественного здоровья и здравоохранения она предоставляется как один из главных элементов социальной политики, направленной на внедрение в практику стандартов профилактики, ранней диагностики и лечения нарушений и расстройств репродуктивного здоровья.

Обсуждение полученных результатов

Совершенствование системы общественного здравоохранения в Таджикистане является одной из задач, решение которых будет способствовать улучшению здоровья матерей и детей. На сегодняшний день проблема репродуктивного здоровья является приоритетной во всем мире. Здоровье матерей и способность воспроизвести на свет здоровое потомство напрямую связаны с соматическим и репродуктивным здоровьем подростков. Подростковый период жизни человека (от 10 до 19 лет) характеризуется становлением физического, психологического и полового здоровья, а также полового поведения.

В нашей стране переход к рыночной экономике характеризуется ухудшением медико-демографической ситуации, недостаточным развитием информационных технологий. В таких условиях отмечены следующие изменения: прогрессируют негативные тенденции в состоянии здоровья женщин и детей; подростки стали проще относиться к сексуальным проблемам, низкий охват контрацептивной помощью подростков, частые аборт в подростковом возрасте, имеющие медицинские, социальные, психологические и экономические последствия.

Особенностью здоровья подростков является стремительный рост числа функциональных и полисистемных нарушений. О существовании непосредственной взаимосвязи репродуктивного здоровья и соматического статуса, физического развития, биометрических данных девушек-подростков отмечают многие авторы.

Среди факторов, приводящих к нарушениям репродуктивного здоровья, первое место принадлежит экстрагенитальной патологии и неблагоприятным социально-экономическим условиям, в т.ч. бедности. В этой связи ВОЗ подчеркивает, что обеспечение охраны их здоровья является самой важной и перспективной инвестицией общества в свой потенциал развития. Экономическое благополучие общества определяют важнейшие показатели,

такие как рождаемость, смертность, структура заболеваемости населения, являющиеся предметом специальных исследований, обуславливающих разработку и осуществление программ по оздоровлению общества. О существовании непосредственной взаимосвязи репродуктивного здоровья и соматического статуса, физического развития, биометрических данных девушек-подростков отмечают многие авторы. Проведенное исследование показало, что зачастую родители по ряду причин не обращались за врачебной помощью, а у большинства девушек наблюдались сочетанные патологии.

Среди факторов, приводящих к нарушениям репродуктивного здоровья, первое место принадлежит экстрагенитальной патологии и неблагоприятным социально-экономическим условиям, в т.ч. бедности.

По всему миру всё более возрастает понимание того, что здоровье будущих поколений является важным ресурсом и составляет основу репродуктивного, социального, экономического благополучия государства. Поэтому доступность и улучшение качества медико-санитарных услуг молодежи является одной из важнейших задач сектора здравоохранения.

Состояние здоровья матери и ребенка, уровень оказания им медицинской помощи, показатели материнской и младенческой смертности являются основными индикаторами социально-экономического благополучия страны. В новых социально-экономических условиях в Таджикистане остро стоят вопросы защиты жизненных интересов женщин, подростков и обеспечения качества и безопасности их жизни. Сохранение генофонда нации зависит, прежде всего, от здоровья женщины-матери.

Проводимые кардинальные реформы в социально-экономической сфере, с одной стороны, открыли новые возможности для лечебно-профилактических мероприятий, но с другой, привели к коммерциализации системы, снижению качества и дороговизне медико-социальных услуг, особенно они стали недоступны социально незащищенным слоям населения. Более того, они серьезно изменили структуру заболеваемости подростков, и соответственно, потребности в формах медицинской помощи этому

контингенту.

В связи с этим наиболее важной задачей медицинской помощи детям и подросткам является реализация санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, способствующих всестороннему физическому и психологическому развитию данной категории населения, успешному образованию и воспитанию молодого поколения.

Во время кризисных изменений в экономике страны и медленного перехода ее на рыночные взаимоотношения наблюдается ухудшение медико-демографической ситуации, доминируют негативные тенденции в состоянии здоровья женщин и детей, т.е. важной части жителей страны.

Уменьшение финансирования профилактических мероприятий, санитарно-гигиенического воспитания, вакцинации, безработица, проституция, бедность - эти и многие другие проблемы привели к значительному снижению здоровья населения в целом, увеличению социально опасных заболеваний (ВИЧ, сифилис, ИППП, туберкулез, паразитарные патологии), запущенных случаев рака, бесплодию, преждевременной смертности населения.

Учитывая медико-социальные причины проблемы поддержания репродуктивного здоровья девушек и молодых женщин, становится ясно, что решение этой проблемы возможно только на государственном уровне.

В Таджикистане репродуктивное здоровье женщин отражено в стратегических документах страны, таких как Закон Республики Таджикистан о репродуктивном здоровье и репродуктивном праве, Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 г., стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014г., Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014г., Национальная стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья детей и подростков на период до 2015 г.. В то же время исследований, обуславливающих оценку существующих

стратегических направлений, разработку и осуществление программ по оздоровлению подростков, в стране не проводилось.

С внедрением международных стандартов и передового опыта в практику лечебно-профилактических учреждений была модифицирована трехступенчатая система организации профилактики и лечения гинекологических заболеваний, а также приняты соответствующие меры по улучшению доступности и качества услуг.

На первом этапе, охватывающем учебные заведения, осуществляются лечебно-профилактические мероприятия, включая санитарно-просветительную и лечебно-профилактическую работу.

Второй этап – организация работы кабинетов детских гинекологов. Необходимый объем помощи включает диагностические и лечебные мероприятия, консультирование по вопросам профилактики основных женских болезней, госпитализацию в стационар и наблюдение после выписки. Третий этап – это детские гинекологические отделения в стационарах, где проводится стационарное лечение девочек и девушек подросткового возраста.

Существующая система должна предоставлять все условия для своевременной диагностики заболеваний девочек и девушек подросткового возраста, своевременного начала терапии выявленных проблем. При этом необходимо принимать во внимание, что гинекологические заболевания могут быть связаны с факторами, воздействующими на женский организм, начиная с раннего детского возраста и заканчивая пубертатным возрастом.

Однако в Республике Таджикистан на сегодняшний день отмечена высокая частота соматической и гинекологической патологии среди подростков, что позволяет предположить о недостаточном совершенствовании существующей системы оказания медицинских услуг девочкам и девушкам подросткового возраста.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось оптимизировать существующий порядок оказания помощи девочкам и

девушкам подросткового возраста. Для достижения цели определены задачи исследования: представить медико-социальную характеристику состояния здоровья девочек-подростков в возрастной группе 15-18 лет, оценить физическое и половое развитие девочек и девушек подросткового возраста, жительниц Таджикистана, изучить репродуктивный и гинекологический статус девочек и девушек подросткового возраста, жительниц Таджикистана, оценить информированность о репродуктивных правах девочек и девушек подросткового возраста, жительниц Таджикистана, изучить доступность и качество медицинских услуг для девочек-подростков, реализацию репродуктивных прав и опыт участия гражданского сообщества в охране репродуктивного здоровья, разработать оптимальный комплекс мероприятий по улучшению службы репродуктивного здоровья девочек-подростков.

Для решения поставленных задач на базе Республиканского центра репродуктивного здоровья, отделения детской гинекологии НИИ АГ И П МЗ и СЗН Республики Таджикистан и учреждениях ПСМП обследованы девочки - подростки в возрастной группе 15-18 лет (позднего подросткового возраста) во временном промежутке с 2016 по 2018 годы. Методы и инструменты сбора информации: анкетный опрос, выкопировка первичных амбулаторных документов, отчетных материалов, наблюдение и собеседование респондентов. На основании анализа амбулаторных карт получены данные о состоянии здоровья и поведении девочек-подростков. Проведена оценка состояния их здоровья с акцентом на репродуктивное поведение, условия и образ жизни, а также доступность и качество услуг в учреждениях ПМСП. В диссертационной работе использованы социально-гигиенические, статистические, клинико-лабораторные методы исследования, метод экспертных оценок.

Решение задачи оценки особенностей соматического здоровья девушек и девочек подросткового возраста в современных условиях Таджикистана было осуществлено на основании анализа анкет подростков, проживающих в Хатлонской области. Установлено увеличение удельного веса подростков,

имеющих хроническую соматическую патологию, за последние 10 лет и уменьшение доли здоровых подростков. Установлено, что каждая 2-я девочка и девушка подросткового возраста имела хроническое заболевание. Наиболее частыми хроническими соматическими заболеваниями являлись заболевания нервной системы, патология крови и кроветворных органов, заболевания костно-мышечной системы, патология дыхательной системы, эндокринные заболевания, заболевания ЖКТ. Среди заболеваний крови наиболее частой соматической патологией определена анемия, которая диагностирована более чем у половины участниц исследования, среди эндокринной патологии - диффузный эутиреоидный зоб, диагностированный в 4,3% случаев. Известно, что соматические заболевания, особенно хронические их формы, влияют на физическое и половое развитие подростков. Выявленная широкая распространенность соматической патологии среди девочек и девушек подросткового возраста свидетельствует о недостаточном качестве диспансеризации в данном возрастном периоде. Для изучения особенностей физического развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана нами проведено проспективное исследование девочек и девушек подросткового возраста, которым измеряли рост, массу тела, определяли индекс массы тела, размах рук, ширину плеч, длину рук и ног, а также размеры таза. Установленные средние параметры позволили выявить следующие особенности физического развития подростков в современных условиях Таджикистана: наибольший скачок роста отмечается в возрасте 11-13 лет, массы тела - в 12-13 лет. Максимальная интенсивность увеличения размеров таза отмечена от 12 до 14 лет. Увеличение окружности грудной клетки происходит постепенно и средние значения данного параметра с 11 до 17 лет увеличиваются на 15,4 см. Индекс массы тела в норме после окончания периода полового созревания равен 20-26. Размах рук увеличивается постепенно от 147 см до 165 см за счет постепенного увеличения ширины плеч, окружности грудной клетки и длины рук. Длина ног в возрастной промежуток от 11 до 18 лет

увеличивалась на 11,7 см. Мы сочли целесообразным полученные нами результаты принимать во внимание и использовать при проведении диспансеризации и оценке физического развития девочек и девушек подросткового возраста.

Оценка особенностей полового развития девочек и девушек подросткового возраста показала задержку полового развития у 9,5% девушек. Всем этим девочкам и девушкам диагностирована соматическая патология (пиелонефрит, йоддефицитные состояния, хронический тонзиллит, анемии), что также подтверждает влияние соматического здоровья на репродуктивное здоровье. Результаты обследования показали, что средний возраст достижения 1-й стадии пубертата составил 11,8 лет, 5-й стадии – 16,6 лет. Средний возраст менархе составил 12,8 года. Анализ появления вторичных половых признаков показал, что максимальный возраст, при котором молочные железы остаются на стадии Ma0, появления лобкового оволосения, достижение стадии Ax0 соответствует 15 годам.

Изучение частоты нарушений менструального цикла у обследованных девушек и девочек подростков показало, что наиболее часто в данной возрастной группе диагностируется альгоменорея, затем – гиперменорея, затем - длительное становление менструального цикла.

Ведущие места в структуре генитальной патологии занимают кистозные изменения яичников, нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции, затем гипоплазия матки. Среди патологий молочных желез превалировала железисто-кистозная мастопатия. У всех девочек и девушек с патологией молочных желез выявлен диффузный зоб.

Источником получения информации о состоянии репродуктивной системы являлись члены семьи (2/3 случаев) и лишь 12,6% - образовательные программы в школе. Данная статистика подтверждает факт того, что в Таджикистане семья имеет большое значение в половом воспитании

подростков, а образовательные программы в школах не разработаны и не внедрены.

Достаточно высокая частота соматической патологии, которая влияет на становление репродуктивной функции и частоту гинекологической патологии у подростков, диктует необходимость разработки алгоритмов комплексной оценки репродуктивного здоровья подростков, что будет способствовать оздоровлению их и подготовке к предстоящему материнству.

В связи с вышеизложенным, мы сочли целесообразным провести оценку действующих нормативных документов по репродуктивному здоровью подростков в Таджикистане. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годов, в частности направленная на решение репродуктивного здоровья женщин, особенно подростков, отражает основные направления, цели и задачи государственной политики в данной области. Ее реализация строится на основе национального законодательства, приоритетов прав человека, принципов гендерного равенства и развития партнерства в соответствии с международными обязательствами Республики Таджикистан, путем выполнения плана мероприятий, совершенствования нормативно-правовой базы, механизмов управления, мониторинга и оценки.

Основными нормативными документами, регулирующими права пациентов, являются Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, а также Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, в том числе прав на репродуктивное здоровье. В регламентирующих документах четко определено понятие «охрана здоровья граждан» как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. В настоящее время в

стране создана нормативно - правовая база, включающая 9 законов, 18 правительственных постановлений и 40 приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Разработаны и реализованы важные документы и рекомендации, которые радикально изменили подходы к оценке качества медицинской и санитарной помощи.

Однако проведенная нами оценка состояния соматического и репродуктивного здоровья девочек и девушек подростков показала, что в целом система здравоохранения по охране и реабилитации здоровья подростков и молодежи недостаточно эффективна. Качественное медицинское обслуживание для значительной части молодежи малодоступно из-за высокой его стоимости. Зачастую профилактические и реабилитационные мероприятия, проводимые медицинскими работниками, носят формальный и малоэффективный характер. Они не мотивируют молодых людей к ведению здорового образа жизни, изменению их поведения в сторону соблюдения безопасности, получению полезных жизненных навыков.

В нашей работе выявлены слабые стороны порядка оказания медико-санитарной помощи девушкам и девочкам подросткового возраста и предложены решения для устранения этих слабых сторон. Существуют серьезные проблемы, связанные с низким качеством оказываемых медицинских услуг из-за недостатка соответствующих навыков медицинских работников, основанные на доказательной медицине и стандартах оказания медицинской помощи, отсутствии адекватной инфраструктуры и поставок необходимого оборудования и медикаментов.

Одной из слабых сторон остаются недостаточные знания персонала, касающиеся порядка оказания медицинской помощи девочкам и девушкам подросткового возраста и применения норм Конвенции о правах ребенка. Поэтому нами разработано и предложено учебно-методическое пособие по порядку оказания помощи девочкам и девушкам подросткового возраста.

Кроме того, нами подготовлен материал для проведения семинаров среди специалистов по правам получения помощи для улучшения репродуктивного здоровья.

Низкий уровень информационной работы в учебных заведениях по семейно-половому воспитанию способствует распространённости добрачных сексуальных отношений, слабой системе полового воспитания и культуры. Выявленные социальные факторы диктуют необходимость расширения доступа молодежи к психологической помощи.

Создание и функционирование центров по предоставлению медицинских услуг в сфере репродуктивного здоровья несовершеннолетним и молодежи, представителям группы риска, позволило проводить соответствующие мероприятия по улучшению доступности и качества медико-санитарных услуг, а также развитию новых инновационных услуг молодежи, в том числе девочкам – подросткам. Нами выявлены причины несвоевременного оказания помощи со стороны акушеров-гинекологов девочкам и девушкам подросткового возраста. В основном это связано с поздним обращением из-за неуместного стеснения, боязни распространения нежелательной информации. Поэтому следующим решением, предложенным в результате выявления этой слабой стороны, является проведение совещания с Комитетом по делам молодежи при Правительстве Республики Таджикистан, на котором должны быть обсуждены шаги по улучшению информационной базы о репродуктивных правах молодежи.

Нашими исследованиями показано, что диспансеризация девушек и девочек подросткового возраста будет эффективна в случае регулярности и использования алгоритма проведения её, включающего тщательный сбор анамнеза, выявление соматической патологии, оценку физического и полового развития с учетом нормативов (результаты наших исследований), ультразвуковое исследование с целью выявления гинекологической патологии. Внедрение данного предложения позволит оптимизировать существующий порядок оказания медико-санитарной помощи девочкам и

девушкам подросткового возраста. Вопрос налаживания диспансеризации в школах может быть решен на совместном совещании при участии представителей Министерства просвещения и комитета при Правительстве РФ по делам молодежи.

Таким образом, сохранение и укрепление здоровья девушек и молодых женщин, а также обеспечение качества медико-санитарных, психологических, образовательных, социальных услуг является приоритетной задачей отрасли и предоставляет собой один из главных элементов социальной политики. Поэтому важной задачей является поиск и внедрение в практику стандартов профилактики, ранней диагностики и лечения отклонений в репродуктивном здоровье.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Особенностью физического развития девушек и девочек-подростков в современных условиях Таджикистана является преобладание нормостенического телосложения (80%). Астеническое телосложение отмечено у каждой 5-й девочки и девушки подросткового возраста. В динамике физического развития девочек и девушек подростков максимальный скачок роста отмечается в 11-13 лет, массы тела – в 12-13 лет, увеличение размеров таза – в 12-14 лет, индекса Соловьева – в 11-12 лет.
2. Особенности полового развития девушек и девочек-подростков в современных условиях Таджикистана являются: максимальный возраст, при котором молочные железы остаются на стадии Ma0, появление лобкового оволосения, достижение стадии Ax0 составляет 15 лет; средний возраст менархе - 12,8 года; средний возраст достижения 5-й стадии пубертата – 16,6 лет; задержка полового развития диагностирована у 9,5% девушек.
3. Ведущее места в структуре генитальной патологии девочек и девушек-подростков занимают кистозные изменения яичников, нарушение процессов созревания фолликулов по типу атрезии или персистенции, гипоплазия матки. Наиболее частыми видами нарушений менструального цикла являются альгоменорея и гиперменорея.
4. Высокая частота соматической патологии (анемии, заболевания щитовидной железы, пиелонефриты) среди девочек и девушек подросткового возраста, которая влияет на физическое, половое развитие, становление репродуктивной функции и частоту гинекологической патологии у данного возрастного контингента, диктует необходимость разработки алгоритмов качественной

диспансеризации подростков с комплексной оценкой здоровья подростков.

5. Социальную характеристику девушек и девочек подросткового возраста Таджикистана отличают неудовлетворительные материально-бытовые условия (2/3 обследованных), низкая информированность о репродуктивном здоровье и правах подростков. Источником получения информации о состоянии репродуктивной системы лишь в 12,6% случаев являются образовательные учреждения, что подтверждает слабую базу внедрения образовательных программ по половому воспитанию молодежи.

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Диспансеризация девочек подросткового возраста должна предусматривать тщательный опрос и сбор анамнеза, оценку жалоб, оценку физического, полового развития, обследование для исключения наиболее часто встречающейся соматической патологии и УЗИ половых органов.
2. Особенности физического развития девочек и девушек в современных условиях Таджикистана необходимо учитывать при диспансеризации девочек и девушек подросткового возраста.
3. Для улучшения информированности девочек и девушек подросткового возраста о репродуктивном здоровье и правах необходимо развивать образовательные программы в школах.
4. Специалистам, оказывающим медико-санитарную помощь подросткам, необходимо знать порядок оказания помощи, права о репродуктивном здоровье подростков, иметь навыки консультирования и оценки соматического и репродуктивного здоровья девочек и девушек подросткового возраста.

Список литературы

Список использованных источников

1. Анна Хоскинс, Джастин Варней Применение принципа , охватывающего все этапы жизни человека в сексуальном и репродуктивном возрасте // Enter Nous / 2015.- №82 .- с 4-8.
2. Агентство по статистике при Президенте РТ, Министерство здравоохранения РТ и JCF International. Медико-демографическое исследование. – 2012. Младенческая и детская смертность. – Душанбе: Calverton, 2013. – 115 с.
3. Адамян, Л.В., Гашенко. В.О., Данилов, А.Ю., Коган, Е.А. Результаты восстановления репродуктивной функции у больных с внутриматочной перегородкой после хирургического лечения и новые пути решения проблемы / Л.В. Адамян, В.О. Гашенко, А.Ю. Данилов, Е.А. Коган // Проблемы репродукции. – 2011. - № 17(1). – С. 35-40
4. Акмалходжаева, И.И., Касымова, З.Н., Рустамова, Р.И. Анализ материнской смертности в Согдийской области / И.И. Акмалходжаева, З.Н. Касымова, Р.И. Рустамова // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. – С. 14-18.
5. Акобирова, С.А. Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода: дис. ... канд. мед. наук: / Акобирова С.А - Душанбе, 2014. – С. 99. - с. 102
6. Алиева, А.Я., Бабаджанова, А.Б. Структура показаний к операции кесарево сечение / А.Я. Алиева, А.Б. Бабаджанова // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150). - 2014. - Vol. 4. - Issue 5.
7. Антенатальный уход и помощь при физиологической беременности. - Душанбе, 2015. – 195 с.
8. Ашурова, З.И., Додхоева, М.Ф., Олимова, Ф.З. Медико-социальные аспекты развития гипертензивных нарушений у беременных и рожениц, проживающих в условиях сельской местности / З.И. Ашурова, М.Ф.

- Додхоева, Ф.З. Олимова // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. - С. 29-33.
9. Байбарина, Е.Н., Маркова, О.Ю., Ионов, О.В. Влияние методики вскармливания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении на частоту и выраженность гипергликемии // Е.Н. Байбарина, О.Ю. Маркова, О.В. Ионов // Акушерство и гинекология. – 2016. - № 1. – С. 88-92.
 10. Бактериальный вагиноз. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medline.uz/article/obstetrics-22.htm> access date 08/16/2015 (in Russian).
 11. Баринов, С.В., Шамина, И.В., Лазарева, О.В. и др. Комплексный подход к ведению пациенток с применением акушерского пессария у беременных группы высокого риска по преждевременным родам / С.В. Баринов, И.В. Шамина, О.В. Лазарева и др. // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 1. – С. 93-100.
 12. Бахарева, И.В., Ганковская, Л.В., Ковальчук, Л.В. и др. Прогностическое значение экспрессии генов молекул врождённого иммунитета (TLR2, TLR4 и NBD1) при невынашивании беременности / И.В. Бахарева, Л.В. Ганковская, Л.В. Ковальчук и др. // Лечащий врач. – 2012. - № 9. – С. 84-89.
 13. Башмакова, Н.В., Литвинова, А.М., Малычина, Г.Б., Давыденко, Н.Б., Павличенко, М.В. Мониторинг детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, в условиях перинатального центра / Н.В. Башмакова, А.М. Литвинова, Г.Б. Малычина, Н.Б. Давыденко, М.В. Павличенко // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 9. – С. 80-86.
 14. Бирюкова, С.С., Тындык, А.О. Регистрация брака и рождение ребёнка в биографии россиян: анализ данных текущей статистики / С.С. Бирюкова, А.О. Тындык // Демографическое обозрение. – 2014. - № 1(3). – С. 33-64.

15. Бережанская С. Б. Влияние перинатальной патологии на смертность и заболеваемость детей раннего возраста / С. Б. Бережанская, Н. Б. Андреева // Сб. науч. тр. - М., 2012. - С. 87-92.
16. Вахидов, А.В., Вохидов, Р.А., Хасанова, И.А., Ганиева, М.Х. Насколько значима роль экзогенных факторов в формировании врожденных пороков развития / А.В. Вахидов, Р.А. Вохидов, И.А. Хасанова, М.Х. Ганиева // Мат. VI съезда акушеров-гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. - С. 388-392.
17. ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень № 348. Май 2012 г.
18. Гаибов, А.Г. Основные направления развития общественного здоровья и здравоохранения в Таджикистане / А.Г. Гаибов // Вестник Авиценны. - 2010. - № 2. - С. 83-88.
19. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации / Минздрав РФ. – М., 2013. - С. 53
20. Гонусова, А.Г., Зарифова, П.Г., Холова, Т.Н., Джураева, Х.М., Кахарова, М.Х. Ранний период адаптации у недоношенных новорожденных с поражением ЦНС гипоксического генеза // Мат. VI съезда акушеров-гинекологов Таджикистана / А.Г. Гонусова, П.Г. Зарифова, Т.Н. Холова, Х.М. Джураева, М.Х. Кахарова. - Душанбе, 2016. - С. 423-426.
21. Григорян, О.Р., Андреева, Е.Н. Ожирение и репродуктивная функция / О.Р. Григорян, Е.Н. Андреева // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 9. – С. 14-19.
22. Давлатова, Г.К., Муминова, Ш.Т., Мухамадиева, С.М., Курбанова, М.Х. Научные достижения в решении актуальных проблем обеспечения безопасного материнства в Таджикистане / Г.К. Давлатова, Ш.Т. Муминова, С.М. Мухамадиева, М.Х. Курбанова // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. – С. 38-40.

23. Джобава, Э.М., Судакова, Г.Ю., Данелян, С.Ж. и др. Угрожающие преждевременные роды и истмико-цервикальная недостаточность: тактика и стратегия комплексной терапии / Э.М. Джобава, Г.Ю. Судакова, С.Ж. Данелян и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. - № 11(4). – С. 41-46.
24. Джурабеков, А.Х, Шарипов, И.М, Алиева, Ф.Х., Расулова, Г.Т., Вахобова, Ш.Х. Оценка внедрения современных подходов по профилактике и ведению акушерских кровотечений в родильном отделении ЦРБ Явана / А.Х. Джурабеков, И.М. Шарипов, Ф.Х. Алиева, Г.Т. Расулова, Ш.Х. Вахобова // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан. – Душанбе, 2016. - С. 56-59.
25. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Федеральные клинические рекомендации. - М., 2013. - С. 49
26. Дикке, Г.Б. Гормональная контрацепция у молодых женщин – предпочтения, ожидания, приверженность / Г.Б. Дикке // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 11. – С. 28-35.
27. Дикке, Г.Б., Ерофеева, Л.В. Особенности репродуктивного поведения молодёжи / Г.Б. Дикке, Л.В. Ерофеева // Акушерство и гинекология. – 2013. - № 12. – С. 96-101.
28. Доброхотова, Ю.С., Степанян, А.В., Шустова, В.Е., Дикке, Г.Б. Истмико-цервикальная недостаточность: современная базовая терапия / Ю.С. Доброхотова, А.В. Степанян, В.Е. Шустова, Г.Б. Дикке // Фарматека. – 2015. - № 3. – С. 38-43.
29. Доброхотова, Ю.Э., Джобава, Э.М. Плацентарная недостаточность. Современная терапия. Особенности течения плацентарной недостаточности при варикозной болезни / Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джобава. - М.: АдамантЪ, 2011. – 32 с.
30. Доброхотова, Ю.Э., Луценко, Н.Н., Зимина, О.А. Невынашивание беременности. Роль генов репарации ДНК / Ю.Э. Доброхотова, Н.Н.

- Луценко, О.А. Зимина // *Акушерство и гинекология.* – 2015. - № 9. – С. 5-13.
31. Додхоева, М.Ф. Некоторые аспекты здоровья населения Таджикистана в условиях потепления климата / М.Ф. Додхоева, М.К. Рафиев, Д.А. Камымова, Х.Ш. Сабурова // *Доклады Академии наук РТ.* – 2014. - Т. 57. - № 7. - С. 606-611.
32. Додхоева, М.Ф., Олимова, Ф.З., Ашурова, З.И. Медико-социальные аспекты гипертензивных нарушений у беременных женщин / М.Ф. Додхоева, Ф.З. Олимова, З.И. Ашурова // *Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ.* -Душанбе, 2016. - С. 59-63.
33. Евтушенко, И.Д., Наследникова, И.О., Новицкий В.В. и др. Полиморфизм генов системы репарации ДНК при генитальном эндометриозе / И.Д. Евтушенко, И.О. Наследникова, В.В. Новицкий В.В. и др. // *Мать и дитя в Кузбассе.* – 2013. - № 4. – С. 49-53.
34. Егорова, Я.А., Рыбалка, А.Н. Разгружающий акушерский пессарий как дополнение к лечению истмико-цервикальной недостаточности / Я.А. Егорова, А.Н. Рыбалка // *Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины.* – 2014. - № 4(2). – С. 7-21.
35. Журавлёв, А.Ю., Журавлёв, Ю.В., Дроздов, С.А., Кичигина, В.В. Течение беременности и родов при коррекции ИЦН с помощью акушерского пессария / А.Ю. Журавлёв, Ю.В. Журавлёв, С.А. Дроздов, В.В. Кичигина // *Сб. науч. работ VI съезда акушеров-гинекологов Беларуси.* – Минск, 2007. – С. 146-150.
36. Заднипрятый, И.В., Третьякова, О.С., Сатаева, Т.П. Особенности развития митохондриальной дисфункции при гипоксических состояниях / И.В. Заднипрятый, О.С. Третьякова, Т.П. Сатаева // *International scientific review.* - 2016. - № 2 (12). - С. 249-251.
37. Закон РТ о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах (Постановление Правительства РТ № 72 от 2.12.2002 г.). *Здоровье 2020.*

Основы Европейской политики и стратегия для XXI века. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.euro.who.int/](http://www.euro.who.int/)

38. Здоровье населения и деятельность медицинских учреждений в 2013 г.: Статистический сборник Республиканского мед. центра РТ. – Душанбе, 2014. – 247 с.
39. Зурхолова, Х.Р., Саломова, Ш.Н. Метаболическая адаптация новорожденных с церебральными нарушениями, рожденных от матерей больных с анемией / Х.Р. Зурхолова, Ш.Н. Саломова // Мат. VI съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. - Душанбе, 2016. - С. 397-404.
40. Ибрагимова, Д.М., Доброхотова, Ю.Э. Спорные вопросы патогенеза миомы матки и лечения больных с этим заболеванием / Д.М. Ибрагимова, Ю.Э. Доброхотова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. - № 2. – С. 37-43.
41. Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным / Европейское региональное бюро ВОЗ, вторая редакция. – 2014. – С. 202.
42. Костюков К.В., Гладкова К.А. // Акушерство и гинекология. - 2016. - № 1. - С. 10-15.
43. Кадырова, С.Г., Додхоева, М.Ф., Олимова, Л.И, Абдуллаева, Р.А. Течение родов и послеродового периода у подростков / С.Г. Кадырова, М.Ф. Додхоева, Л.И. Олимова, Р.А. Абдуллаева // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. – С. 112.
44. Камилова М.Я., Курбанова М.Х., Мардонова С.М., Мирзоева А.Б. //Роль научных исследований в улучшении качества оказываемых услуг матерям и детям – от науке к практике / М.Я. Камилова, М.Х. Курбанова, С.М. Мардонова, А.Б. Мирзоева // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. - С. 83-86.
45. Камилова, М.Я., Мардонова, С.М., Юнусова, М.М. Пути снижения частоты кесарева сечения в стационарах 3-го уровня / М.Я. Камилова,

- С.М. Мардонова, М.М. Юнусова // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. - С.74-76.
46. Камилова, М.Я., Мулкамонова, Л.Н., Авазова, М.Б., Юлдашева, А.К. Течение беременности и родов у женщин с ранней и поздней преэклампсией / М.Я. Камилова, Л.Н. Мулкамонова, М.Б. Авазова, А.К. Юлдашева // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов РТ. - Душанбе, 2016. - С.76-79.
47. Киселёв, В.И., Сидорова, И.С., Унанян, А.Д., Муйжнек, Е.Л. Гипертонические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика / В.И. Киселёв, И.С. Сидорова, А.Д. Унанян, Е.Л. Муйжнек. - М.: Медпрактика - М, 2011. - 468 с.
48. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве. – Душанбе, 2015 – с.101
49. Кобяков, Ю.П. Физическая культура. Основы здорового образа жизни / Ю.П. Кобяков. – СПб.: Феникс, 2014. - 256 с.
50. Кузьмин, В.Н. Фето-плацентарная недостаточность: проблема современного акушерства / В.Н. Кузьмин // Лечащий врач. - 2011. - № 3. - С. 50-54.
51. Лебедеико, Е.Ю. На грани материнских потерь / Е.Ю. Лебедеико; под ред. В.Е. Радзинского. – Редакция журнала ООО «Медиабюро статус презенс», 2015. - С.52
52. Лещенко, О.Я. Особенности питания современных старшеклассниц и студенток по материалам анкетирования / Лещенко О.Я. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2012. - № 4. – С. 89-95.
53. Макарова, И.О. Задержка роста плода / Макарова И.О., Юдина Е.В., Боровкова Е.И. – М.: Медиапресс, 2012. – 54 с.
54. Межгосударственная целевая программа «Рекультивация территорий государств-членов ЕврАзЭС, подвергшихся воздействию уранодобывающих производств. Современное состояние выбранных для

рекультивации объектов в Кыргызской Республике и Республике Таджикистан. - Бурабай – 29.05.2015 - С.119

55. Мелехова, Н.А. Вирусные инфекции, передаваемые половым путём. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.medpanozama.ru [Melehova N.A. Viral infections, sexually transmitted infections].
56. Мехмонова Р.Х., Саидходжаева М.Н., Хасанова Н.М. Некоторые аспекты репродуктивного здоровья подростков по Согдийской области / Р.Х. Мехмонова, М.Н. Саидходжаева, Н.М. Хасанова // Мат. VI съезда акушеров-гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. - С.183.
57. Мурашко, А.В., Красиков, Н.В. Хроническая венозная недостаточность / А.В. Мурашко, Н.В. Красиков // Акушерство и гинекология. - 2011. - № 1. – С. 12
58. Мухаммадиева, С.М., Камилова, М.Я., Абдурахманова, Ф.М., Курбанов, Ш.М. Принципы и методология исследования критических случаев: учебно-методическое пособие / С.М. Мухаммадиева, М.Я. Камилова, Ф.М. Абдурахманова, Ш.М. Курбанов. – Душанбе, 2013. - 26 с.
59. Муцалханова, Ю.С. Прогностические маркеры преэклампсии / Ю.С. Муцалханова // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 5. – С.6
60. Назаренко, Т.А. Лечение гиперпролактинемии у женщин с бесплодием в регионе йодной недостаточности / Т.А. Назаренко // Вестник Таджикского Государственного Университета. - 2012. - Т. 17, вып. 5. - С. 1445-1448.
61. Назирова, М.А. Анализ материнской смертности в Согдийской области РТ / М.А. Назирова // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе, 2014. - № 2. – С. 20-26.
62. Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 г. (Утверждена Постановлением Правительства РТ № 368 от 02.08.2004 г.)

63. Национальная стратегия РТ по охране здоровья детей и подростков на период до 2015 г. (Утверждена Постановлением Правительства РТ № 297 от 02.06.2008 г.). – Душанбе, 2014. – С.37 .
64. Национальные стандарты патологии беременности (Методические рекомендации для создания местных протоколов в родовспомогательных учреждениях). – Душанбе, 2012. - с.109-203
65. Национальные стандарты по ведению гипертензивных нарушений во время беременности / У.Д. Узакова, Ф.М. Абдурахманов, М.Я. Комилова и соавт. – Душанбе, 2008. - С. 25.
66. Национальные стандарты по ведению родов высокого риска – Ассоциация акушеров гинекологов Республики Таджикистан.-Душанбе, 2009 - с.67-129
67. Национальные стандарты по ведению родов высокого риска. Стандарт перенаправления при осложнениях в родах для учреждений 1-го уровня. – Душанбе, 2010. - С. 70-72.
68. Национальные стандарты по обеспечению безопасного материнства: ведение гипертензивных нарушений в акушерстве. - Душанбе, 2015. - с.97 - 186
69. Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в РТ на период до 2010-2014 гг.
70. Небезопасный аборт: глобальные и региональные оценки частоты небезопасных абортов и связанной с ними смертности в 2018 г.
71. Особенности хронической венозной недостаточности у беременных / В.А. Прасол, И.А. Тарабан, Е.В. Мищенко // KHARKIV SURGICAL SCHOOL. - 2012. - № 4(55). - С. 103-108.
72. Отчет Национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности в РТ за 2013 г. – Душанбе, 2014. - 25 с.
73. Отчет о реализации двухлетнего соглашения о сотрудничестве между министерством здравоохранения Таджикистана и Европейским бюро

ВОЗ на период 2012- 2013г.г / ВОЗ, европейское региональное бюро , - 2012 . с-38

74. Подзалкова, Н.М., Роговская, С.И., Колода, Ю.А. Современная контрацепция / Н.М. Подзалкова, С.И. Роговская, Ю.А. Колода // Новые возможности и критерии безопасности. Руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - С. 1-5.
75. Подзолкова, Н.М., Алеева, М.И., Скворцова, М.Ю., Перова, Г.В., Никишина, И.Д. Течение беременности и перинатальные исходы у женщин с нарушениями жирового обмена / Н.М. Подзолкова, М.И. Алеева, М.Ю. Скворцова, Г.В. Перова, И.Д. Никишина // Акушерство и гинекология. – 2011. - № 6. – С. 86-92.
76. Попов, А.А., Рамазанов, М.Р., Мананникова. Т.Н. и др. Хирургическая тактика при инфильтрированных формах эндометриоза в репродуктивном возрасте / А.А. Попов, М.Р. Рамазанов, Т.Н. Мананникова и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. - № 4. – С. 63-66.
77. Приказ МЗ РТ (№ 450) «О внедрении стандартов по ведению родов высокого риска». 2010 г.
78. Приказ МЗ РТ (№ 540) «О внедрении стандартов по антенатальному уходу при физиологической беременности, акушерским кровотечениям и гипертензивным нарушениям во время беременности». 2008 г.
79. Прилепская, В.Н. Гормональная контрацепция. Клинические лекции / В.Н. Прилепская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 12-17.
80. Прилепская, В.Н., ред. Инфекции, передающиеся половым путём (клинические лекции). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 8-33. -
81. Пристром, А.М. Артериальная гипертензия беременных: классификация, клинические формы: учебное пособие / А.М. Пристром. - Минск, 2011. – 113 с.

82. Профилактика венозных тромбозных осложнений в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации (протокол) / Г.Т. Сухих, О.С. Филиппов, Т.Е. Белокриницкая и др. - М., 2014. – 32 с.
83. Профилактика невынашивания и преждевременных родов в современном мире. Резолюция Экспертного совета в рамках 16-го Всемирного конгресса по вопросам репродукции человека (Берлин, 18-21 марта 2015 г.). Информационное письмо. - М.: Status Praesens, 2015. - 4 с.
84. Пулатова, А.П., Курбанова, М.Х. Эффективность медикаментозной терапии коррекцией железодефицитной анемии у родильниц / А.М. Пулатова, М.Х. Курбанова // Мат. республиканской научно-практической конференции «Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья». – Душанбе, 2014. - С. 59-62.
85. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е Радзинский // Москва 2011 - с. 327-452.
86. Радзинский, В.Е. Материнская смертность в современном мире / В.Е. Радзинский // Мат. I съезда акушерских анестезиологов. – М., 2014. – С. 25
87. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA.64.28 “Молодежь и риски для здоровья”, 24 мая 2011 г. Женева, ВОЗ, 2011. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://apps.who.int/gb/ebwna/pdf-files/WHA64/A64-P28-ru.pdf>.
88. Савельева, Г.М., Шалина, Р.И., Курцер, М.А. и др. Преждевременные роды, как важнейшая проблема современного акушерства / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, М.А. Курцер и др. // Акушерство и гинекология. – 2012. - № 8-2. – С. 4-10.
89. Салимзода, Н.Ф. Достижения, проблемы и основные стратегические направления Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в области здоровья матери и

- ребенка / Н.Ф. Салимзода // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан, 2 декабря 2016 г. – Душанбе, 2016. – С. 9-11.
90. Серия “Здоровье молодых людей – ответственность всего общества” (веб-сайт). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.
 91. Серов, В.Н., Сухих, Г.Т. Клинические рекомендации / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих // Акушерство и гинекология. - 4-е изд. - М.: ГЭОТАР – медиа, 2014. – 1024 с.
 92. Сидельникова, В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием / В.М. Сидельникова. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 224 с.
 93. Сидорова, И.С., Никитина, Н.А. Предиктивный, превентивный подход к ведению беременных группы риска развития преэклампсии / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2014. - № 14(5). - С. 44-49.
 94. Сингихин, С.П., Магакян, С.Г., Степанян, А.В., Мамиев, О.Б. Предупреждение коагулопатического кровотечения при органосохраняющей операции на матке / С.П. Сингихин, С.Г. Магакян, А.В. Степанян, О.Б. Мамиев // Акушерство и гинекология. – 2014. - № 11. - С. 116-120.
 95. Смольникова, В.Ю., Горшинова, В.К., Володина, М.А. и др. Особенности функционального состояния митохондриального аппарата у женщин с избыточным весом и ожирением в программах ЭКО / В.Ю. Смольникова, В.К. Горшинова, М.А. Володина и др. // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 9. – С. 56-61.
 96. Собирова, Г.А., Шералиева, П.М., Муродова, Д.Б., Валиходжаева, М.К. Влияние паразитарных инфекций на соматическое здоровье и физическое развитие девочек в Республике Таджикистан / Г.А. Собирова, П.М. Шералиева, Д.Б. Муродова, М.К. Валиходжаева // Мат. VI съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан, декабрь 2016 г. – Душанбе, 2016. - С. 322-324.

97. Социально-гигиенические проблемы, сопутствующие подростковой беременности в Российской Федерации. // *«Медицина и здравоохранение»* 2016г
98. Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014г (Постановления от 31.08.04.,№ 348).
99. Стратегический план РТ по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 г. (Постановление Правительства РТ № 348 от 31.08.20г.)
100. Стратегия завершения региональной программы Здравоохранение в центральной Азии , 2012 - 2015, // GIZ. -2015 .30с
101. Стрижаков, А.Н., Давыдов, А.И., Игнатко, И.В., Белоцерковцева, Л.В. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечение. Клиническое руководство / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, И.В. Игнатко, Л.В. Белоцерковцева. - М., 2011. - 72 с.
102. Уварова, Е.В. Репродуктивное здоровье девочек-подростков / Е.В. Уварова, Е.А. Богданова, Ю.А. Гуркин. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medium/doc/ecmz0279/htm>.
103. Хамидова А. Ранний брак в Таджикистане // Enter Nous. 2012 . – № 76. – С 20-22
104. Хаятова, З.Б. Клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста с анемией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: / З.Б Хаятова– Новосибирск, 2014. – С. 6-12.
105. Ходжаева, З.С., Холин, А.М., Вихляева, Е.М. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патологии и клиническая практика / З.С. Ходжаева, А.М. Холин, Е.М. Вихляева // *Акушерство и гинекология*. - 2013. - № 10. - С. 4-11.
106. Ходжаева, М.А., Каримова, Ф.М. Пути снижения операций кесарева сечения / М.А. Ходжаева, Ф.М. Каримова // *Новости*

дерматологического и репродуктивного здоровья. - 2012. - № 4. - С. 22-24.

107. Цхай, В.Б., Яметов, П.К., Брежнева, Н.В., Леванова, Е.А. Эффективность методов рентгеноэндоваскулярной окклюзии артериальных сосудов в снижении интраоперационной кровопотери у беременных с предлежанием плаценты / В.Б. Цхай, П.К. Яметов, Н.В. Брежнева, Е.А. Леванова // *Акушерство и гинекология*. – 2015. - № 10. – С. 5-10.
108. Чупрынин, В.Д., Мельников, М.В., Буралкина, Н.А. и др. // Трансвагинальная эхография в диагностике локализации очагов глубокого инфильтративного эндометриоза *«Медицина и здравоохранение»* 2016год
109. Чухарева, Н.А., Рунихина, Н.К., Дубинская, Е.Н. Особенности течения беременности у женщин с ожирением / Н.А. Чухарева, Н.К. Рунихина, Е.Н. Дубинская // *Акушерство и гинекология*. – 2014. - № 2. – С. 9-13.
110. Шарапова, О.В., ред. Здоровье подростков. Руководство для врачей. – СПб., 2011. - 436 с.
111. Шувалова, М.П., Федорова, О.Г. Ратушняк, С.С. и др. Преэклампсия как причина материнской смертности / М.П. Шувалова, О.Г. Федорова, С.С. Ратушняк и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2014. - № 8. – С. 7.
112. Шувалова, М.П., Фролова, О.Г., Ратушняк, С.С., Гребенник, Т.К., Гусева Е.В. Преэклампсия и эклампсия как причина материнской смертности / М.П. Шувалова, О.Г. Фролова, С.С. Ратушняк, Т.К. Гребенник, Е.В. Гусева // *Акушерство и гинекология*. - 2014. - № 8. - С. 81-87.
113. Эргашева, З.В. В Таджикистане принята Концепция реабилитации урановых хвостохранилищ / З.В. Эргашева // Газета Азия-Плюс от 27.09.2014. URL: <http://news.tj/ru/>
114. Aksornphusitaphong, A., Phupong, V. Risk factors of early and late onset preeclampsia / A. Aksornphusitaphong, V. Phupong // *J. Obstet. Gynecol. Res.* 2013. - Vol. 39. – № 3. - P. 627-631.

115. Arredondo-Saberon F., Loset de Mola J.R., Shlonsky-Goldberg R., Tyreck R.W. Uterine arteriovenous malformation in patient with recurrent pregnancy loss and a bicornuate uterus. A case report / F. Arredondo-Saberon, J.R. Loset de Mola, R. Shlonsky-Goldberg R., R.W. Tyreck // *J. Reprod. Med.* – 2010. – Vol. 42. – № 4. – P. 239-243.
116. Association between maternal micronutrient status, oxidative stress, and common genetic variants in antioxidant enzymes at 15 weeks gestation in nulliparous women who subsequently develop preeclampsia / H.D. Mistry, C.A. Gill, L.O. Kurlak et al. // *Free Radic. Biol. Med.* - 2015. - Vol. 78. - P. 147-155.
117. Beate Eschmen Results of a comparative analyses of SRHR and HIV strategies, programmes and legislation in Kirgizistan , Tajikistan and Uzbekistan / GIZ. – 2013.-23p
118. Beyond the number. Reviewing maternal deaths and complication to make pregnancy safer on 14 July 2014.
119. Biencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications / H. Biencowe, S. Cousens, M. Oestergaard et al. // *Lancet.* – 2012. - № 379(9832). – P. 2162-2172.
120. Bosch, F.X., Broker, T.R., Forman, D. et al. Comprehensive control of human papillomavirus infections and related disease / F.X. Bosch, T.R. Broker, D. Forman et al. // *Vaccine.* – 2013. - № 31. - Suppl. 7: hi-31.
121. Burger, D., Touyz, R.M. Cellular biomarkers of endothelial health: microparticles, endothelial cells / D. Burger, R.M. Touyz // *J. Am. Soc. Hypertens.* – 2012. – Vol. 6. - № 2. – P. 85 -99.
122. Cannie, M.M., Dobrescu, O., Gucciardo, L., Sirizek, B., Ziane, S., Sakkas, E. et al. Arabian cervical pessary in women at high risk of preterm birth: a magnetic resonance imaging observational follow-up study / M.M. Cannie,

- O. Dobrescu, L. Gucciardo, B. Sirizek, S. Ziane, E. Sakkas et al. // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 42. – № 4. – P. 426-33.
123. Chan, S.S. Menstrual problems in adolescents and improving quality of life the panasian experiences / S.S. Chan // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2012. – Vol. 119. - Suppl. 3: S 176.
124. Chulmiyah, L., Sibai, B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia / L. Chulmiyah, B. Sibai // *Semin. Perinatal.* - 2012 Feb. – Vol. 36. - № 1. – P. 56-59.
125. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. - № 139: Premature rupture of membranes // *Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 122. - № 4. - P. 918-930.
126. Congenital cytomegalovirus infection and cortical/subcortical malformations / J. Pascual-Gastroviejo [et al.] // *Neurologia.* - 2012. - Vol. 27. - № 6. - P. 336-342.
127. Donnez, J., Tatarchil, T.T., Bouchard, P., Puscasiu, L., Nataliya, F., Zakharenenko, N.F., Ivanova, T. et al. PEARL. I study Group. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery / J., Donnez, T.T. Tatarchil, P. Bouchard, L. Puscasiu, F. Nataliya, N.F. Zakharenenko, T. Ivanova et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – Suppl. 5: P. 409-420.
128. Evans, C.S., Gooch, L., Fiotta, D. et al. Cardiovascular system during the postpartum state in women with a history of preeclampsia / C.S. Evans, L. Gooch, D. Fiotta et al. // *Hypertension.* – 2011. - Vol. 58. - № 1. – P. 57-62.
129. Ghulmiyyah, L., Sibai, B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia / L. Ghulmiyyah // *Semin. Perinatal.* - 2012. – Vol. 36. - № 1. - P. 56-59.
130. Goldenberg, R.L., McClure, E.M., McGuire, E.R., Kamath, B.D., Jobe, A.H. Lessons for low-income persons following the reduction in hypertension-related maternal mortality in high-income countries / R.L. Goldenberg, E.M. McClure, E.R. McGuire, B.D. Kamath, A.H. Jobe // *JNT. J. Gynecol. Obst.* – 2012. - Vol. 113. - № 2. – P. 91-95.

131. Han, C., Wu, W., Fan, A. et al. Diagnostic therapeutic advancement for aerobic vaginitis / C. Han, W. Wu, A. Fan et al. // Arch. Gynecol. Obstet. – 2015. – Vol. 291. - № 2. – P. 251-257.
132. Жоао Breda . Железо и здоровье , // Entre Nous ,2012- №75.-с. 14
133. Joint statement by heads of United Nations entitles for the launch of the International Year of Youth. New York, United Nations – 2011. (<http://social.un.org/youthyear/docs/iyy-joints-tatement.pdf>).
134. Lazdam, M., Davis, E.F., Levanowski, A.J. et al. Prevention of vascular dysfunction after preeclampsia: a potential long-term outcome measure and anenergins goal for treatment / M. Lazdam, E.F. Davis, A.J. Levanowski et al. // J. Pregnancy. – 2012. – Vol. 704. - № 46. – P.55
135. Levine, T.A., Grunau, R.E., McAuliffe, E.M., Pinnamaneni, R., Foran, A., Aiderdice, E.A. Early childhood neurodevelopment after intrauterine growth restriction: a systematic review / T.A. Levine, R.E. Grunau, E.M. McAuliffe, R. Pinnamaneni, A. Foran, E.A. Aiderdice // Pediatrics. – 2015. – Vol. 135. - № 1. – P. 126-141.
136. Liem, S.M., von Pampus, M.G., Mol, B.W., Bekedam, D.J. Cervical pessaries for the prevention of preterm birth: a systematic review / S.M. Liem, M.G. von Pampus, B.W. Mol, D.J. Bekedam // Obstet. Gynecol. Int. 2013; 2013: Article ID 576723.
137. Liu, L., Johnson, H.L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J.E. et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updates systematic analysis for 2010 with time trend since 2000 / L. Liu, H.L. Johnson, S. Cousens, J. Perin, S. Scott, J.E. Lawn et al. // Lancet. - 2012. - № 379 (9832). – P. 2151-2161.
138. Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia / Lisoncova S., Sabz Y., Mayer C. et al. // Obstet. Gynecol. - 2014. – Vol. 124. - № 4. - P. 771-781.
139. Morgan, C., MCGowan, P., Herwitker, S., Hart, A.E., Turner, M.A. Postnatal head growth in preterm infants a randomized controlled parenteral nutrition

- study / C. Morgan, P. McGowan, S. Herwitker, A.E. Hart, M.A. Turner // *Pediatrics*. – 2014. – Vol. 133. - № 1. – P. 120-128; doi: 10. 1542/peds 2013-2207.
140. Nallusamy, S. et al. Prevalence of hyperprolactinemia in infertile women and its association with hypothyroidism / S. Nallusamy S. et al. // *Int. J Adv. Med.* - 2016 Feb. – Vol. 3. - № 1. – P. 33-38.
141. Neonatology. The science and practice of pediatric cardiology / A. Garson, J.T. Bricker, D.G. McNamara et al. // *Neonatology*. - Philadelphia - London, 2012. -Vol. 3. - P. 2477-2489.
142. Nour, N.M. Premature delivery and the millennium development goal / N.M. Nour // *Rev. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 5. - № 2. – P. 100-105.
143. Pierre Andre Michaud. Формирование условий и образа жизни подростков как залог их будущего. // *Entre Nous*.2012.- №75.-с,22 - 24
144. Raven, J.H. et al. What is quality in maternal and neonatal health care? / J.H. Raven et al. // *Midwifery*. – 2012. - № 28. - P. 676-683.
145. Rozena, P.M., Ugoni, A.M., Sheehan, P.M. A new perspective on VBAC: a retrospective cohort study / P.M. Rozena, A.M. Ugoni, P.M. Sheehan // *Women and Birth*. - 2011. - № 24. – P.3-9.
146. Say, L., Chou, D., Gemmie, A. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis / L. Say, D. Chou, A. Gemmie et al. // *The Lancet Global Health*. - 2014 June. – Vol. 2. - № 6. – P. 323-333.
147. Thomas, W.,Speer, C.P The modern view of the prevention and treatment of bronchopulmonary dysplasia / Thomas, W.,Speer, C.P //- 2012. – Vol. 3. -№ 2- P. 50-60
148. Urbanek, M., Hayes, M.G., Lee, H. et al. The ride of inflammatory pathway genetic variation on maternal metabolic phenotypes during pregnancy / M. Urbanek, M.G. Hayes, H. Lee et al. // *PloS One*. – 2012. – Vol. 7. - № 3. - P. 329-358.
149. World health statistics 2014 / World Health Organization, Switzerland. - Geneva: World Health Organization, 2014. - p 12-180

150. World health statistics. 2014 / World Health Organization, Switzerland. - Geneva: World Health Organization, 2014. - p.7-34

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

- 1 – А. Ганиева М.Х., Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения республики Таджикистан А.Г.Гаибов, М.Х. Ганиева, А.В.Вохидов //Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2016. - №4. – С. 52-54.**
- 2 – А. Ганиева М.Х., Основные факторы риска и вопросы профилактики заболеваемости женщин раннего репродуктивного возраста в Таджикистане Ганиева М.Х. //Ж. «Вестник академии медицинских наук Таджикистана». – Душанбе. – 2017 - №3(33). – С. 38-43**
- 3 – А. Ганиева М.Х., Некоторые аспекты репродуктивного здоровья девушек подросткового возраста в современных условиях Таджикистана М.Я. Камилова, А.Г.Гоибов, М.Х. Ганиева, З.Р Нарзуллаева, Ф.Р. Ишан-Ходжаева //Ж.«Znanstvena misel» – 2017 - № 46-51. – С. 38-43**
- 4– А. Ганиева М.Х., Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек - подростков в Республике Таджикистан А.Г.Гаибов, К.Д. Пулотов, М.Х. Ганиева, Р.Т.Кулобиева//Ж.«Здравоохранение Таджикистана». Душанбе. – 2017 - №– С. 38-43**
- 5 – А. Ганиева М.Х., Некоторые причины ранних браков и их социальные последствия в Таджикистане Гоибзода М.А., А.Г.Гоибов, М.Х. Ганиева, Н.Б. Лукьянов //Ж.«Вестник Таджикского национального университета: серия социально-экономических и общественных наук». Душанбе. – 2018 - № - 1.- С. 199-203**
- 6 – А. Ганизода М.Х., Стратегия улучшения репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистана Ганизода М.Х., Ашурова Н.С.. Гоибов Х.М. //Ж.« Здравоохранение Таджикистана». Душанбе. – 2019. - № - 1 -С. 151-153**

7 - А. Ганизода М.Х.,. Физическое развитие девочек-подростков в современных социально-экономических условиях республики Таджикистан Хусайнова А.А., Абаджанова Н.Н., Ганизода М.Х., Одинаева Ф.С. //Ж.«Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». Душанбе. – 2019 - №– 2
С. 47-51

Статьи и тезисы в сборниках конференции

8 – А. Ганиева М.Х., Анализ информированности специалистов службы репродуктивного здравоохранения при оказании контрацептивной помощи / Ахмеджонова Г.А., Мухаммадиева С.М., Бобоходжаева М.О., Ганизода М.Х., Муродалиева Б. Ш. //Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции «Юбилейные научные чтения» ТГМУ имени Абуали ибни Сино, – Душанбе.- 2018. – С.13-14.

9 – А. Ганиева М.Х., Перспективы развития контрацептивной помощи населению в Республики Таджикистана Ганиева М.Х., Мухаммадиева С.М., Курбонов Ш.М., Абдуфатозода Г., Ашурова Г.С. Материалы VI- съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан – Душанбе.- 2016. – С. 234.

10– А. Ганиева М.Х., Частота и виды патологии матки у женщин, включенных в программу экстракорпорального оплодотворения Рустамова М.С., Курбонов Ш.М, Мукарамшоева М.Ш., Сироджева Л.Д., Ганиева М.Х. Материалы съезда -VI съезда акушеров и гинекологов Республики Таджикистан –Душанбе.- 2016. С.234.

11–А. Ганиева М.Х., Состояние репродуктивного здоровья и контрацептивной безопасности населения Республики Таджикистан/ А.Г.Гаибов, М.Х. Ганиева, //Материалы конференции «Медицинское образование и здоровье в XXI веке». – Душанбе. – 2017. - №2. – С. 19-21.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

1-А. ---

2-А.---

3-А.--

4-А.—

5-А.—

6-А.--

Статьи и тезисы в сборниках конференции

7-А.--

8-А.--

9-А.--

10-А.—