

## ОЦЕНКА ДОРОДОВОГО УХОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

С.Р. МИРАЛИЕВ<sup>1</sup>, Н.С. ДЖУРАЕВА<sup>1</sup>, И.Ш. КОМИЛОВ<sup>1</sup>, Н.Н. НУРИДДИНОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины Таджикского государственного медицинского университета им. Абули ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

**Цель работы:** оценка доступа к дородовой медицинской помощи и определение возможных препятствий к ней.

**Материал и методы:** было опрошено 960 женщин в Республике Таджикистан, закончивших беременность в стационаре или на дому, с участием или без участия медицинского работника, в период с августа по октябрь 2015 г. Также были проведены дискуссии в 16 фокус-группах, состоящих из представителей различных уровней оказания медицинской помощи на местах и джамоатов.

**Результаты:** 99,1% респондентов состояли на учёте по дородовому уходу (ДРУ) с незначительными колебаниями по регионам (в РРП – 97,9% и до 100% в Согдийской области и ГБАО). Из числа находившихся на учёте по ДРУ 90,3% взяты на учёт в первом триместре беременности в соответствии со стандартами страны и 9,7% были на учёте в позднем периоде беременности. Доля исследуемых женщин, ни разу не получивших консультации и осмотр акушер-гинеколога, составила 7%, что связано с отсутствием акушер-гинеколога на уровне ЛПУ. Беременные женщины в возрасте до 24 лет в первом триместре беременности были взяты на учёт чаще, чем женщины в возрасте старше 35 лет (90,8% и 82% соответственно). Процент недавно рожавших женщин, которые получали ДРУ от 1 до 3 раз, составил 58%, и лишь немного более двух третей недавно рожавших женщин получили более 4 ДРУ.

**Заключение:** в ходе исследования были получены высокие цифры охвата дородовым уходом исследуемых женщин, но, несмотря на это, домашние роды и роды без участия медицинского персонала остаются актуальной проблемой для здравоохранения Таджикистана. Причинами недоохвата были названы: нахождение за пределами страны, поздняя информированность о беременности, отсутствие необходимости в ДРУ, финансовая и географическая доступность. Отмечено низкое использование услуг семейных специалистов по причине того, что около половины семейных врачей на уровне ПМСП составляют мужчины.

**Ключевые слова:** дородовой уход, семейные врачи, акушер-гинекологи.

## ASSESSMENT OF PRENATAL CARE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

S.R. MIRALIEV<sup>1</sup>, N.S. JURAEVA<sup>1</sup>, I.SH. KOMILOV<sup>1</sup>, N.N. NURIDDINOVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Public Health and Medical Statistics with the course of History of Medicine, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

**Objective:** Assessment of the access to prenatal care and identification of possible impediments.

**Methods:** In August – October 2015, it was interrogated 960 of women, who have finished the pregnancy in maternity hospital or at home, with absence or participation of medical worker, in the Republic of Tajikistan. Also, 16 discussions were held in focus-group comprising representatives of various levels of medical aid in the fields and jamoats.

**Results:** 99.1% of respondents were registered for prenatal care with minor variations between regions (RRS – 97.9%, and up to 100% in the Sogd Region and GBAO). In the members of registrants of prenatal care are 90.3% and registered in the first pregnancy trimester according to the country standards, and 9.7% were registered at a late gestation period. The part of researched women, who has never attended consultations and obstetrician-gynecologist medical checkup consisted 7%, which is connected to the absence of obstetrician-gynecologists at the level of healthcare facilities. Pregnant women aged under 24 in the first pregnancy trimester were registered more often than compared to women aged 35 and older (90.8% and 82% accordingly). Percentage of recently parouse of women, who received prenatal care from 1 to 3 times, which made 58%, and a few of two thirds of them, who recently parouse of women are also, received prenatal care more than 4 times.

**Conclusions:** The research provided high number of coverage the prenatal care, although home deliveries and deliveries without health personnel support remains an urgent issue for the health system of Tajikistan. The reasons of uncoverage were called: residing abroad, late awareness of pregnancy, absence of necessity in prenatal care, financial and geographical accessibility. As recorded that the family practitioners were men, which was the main reason of the low usage of service of family experts.

**Keywords:** Prenatal care, family doctors, obstetrician-gynecologists.

## ВВЕДЕНИЕ

Состояние здоровья матерей и детей – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Таджикистан привержен к сокращению заболеваемости и смертности среди матерей и детей. Это обязательство отражено в ряде политических и стратегических документов, включая «Стратегию охраны здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 г.г.», где здоровье матерей и детей является одним из приоритетных направлений, которое имеет важные последствия для здоровья и благополучия женщин, матерей и детей. Согласно ВОЗ в мире около 830 женщин умирают ежедневно от предотвратимых причин, связанных с беременностью и родами, и около 99% всех случаев материнской смерти происходит в развивающихся странах.

В глобальном масштабе за последние два десятилетия имеется положительная тенденция в снижении материнской смертности на 44%, однако всё ещё сохраняются высокие показатели материнской смертности в развивающихся странах, что обусловлено недостаточным доступом к качественным услугам дородовой помощи<sup>1</sup>. В рамках оказания помощи по охране репродуктивного здоровья дородовый уход становится основой для проведения важных мероприятий в сфере здравоохранения, включая пропаганду здорового образа жизни, скрининг, диагностику и профилактику болезней<sup>2</sup>.

1 10 фактов о материнском здоровье. ВОЗ, [дата доступа: ноябрь 2015 г.] Режим доступа: [http://www.who.int/features/factfiles/maternal\\_health/ru/](http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/ru/)

2 Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. ВОЗ, 2017

Обзор 82 исследований за 2009 год подтвердил, что на способность женщины пользоваться услугами здравоохранения значительное влияние оказывают такие факторы, как: расстояние до медицинских учреждений, особенно в условиях изоляции с отсутствием транспорта; социально-культурные факторы; информированность; экономическая ситуация и качество медицинской помощи [1]. Особенное влияние эти факторы оказывают на использование дородовой помощи, планирование семьи и уход за ребёнком в семьях, живущих в отдалённых районах [2, 3].

Уровень материнской смертности в Таджикистане всё ещё остаётся высоким. Анализ ситуации в рамках достижения «Целей развития тысячелетия» свидетельствует, что материнская смертность обусловлена плохим качеством услуг в антенатальном, родовом и послеродовом периодах; отсутствием функционирующей системы направлений, транспортных средств, особенно в сельской местности, и неадекватным доступом к неотложной акушерской помощи<sup>3</sup>, что соотносится с предыдущими данными.

Менее двух третей женщин мира (64%) посещают учреждения по оказанию дородовой помощи во время беременности 4 раза и более [4]. ВОЗ рекомендовала, как минимум, 4 антенатальных визита, основываясь на данных, полученных в результате изучения эффективности различных схем антенатального ухода. Однако последние «Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи по формированию положительного опыта при беременности» (2017 г.) приводят данные, что восемь или более визитов для дородовой помощи могут снизить перинатальную смертность вплоть до 8 на 1000 живорождённых по сравнению с 4 визитами<sup>4</sup>.

Данные «Медико-демографического исследования в Таджикистане» (2012) показывают, что 79% матерей обращались к квалифицированному медицинскому работнику, по крайней мере, один раз для получения ДРУ во время беременности. Но каждая пятая мать вообще не получала ДРУ перед своими са-

мыми недавними родами<sup>5</sup>. В стране системой дородового ухода было предусмотрено 15 дородовых посещений. Начиная с 2008 года, число дородовых посещений снизилось с 15 до 7 визитов<sup>6</sup>. Несмотря на то, что более половины женщин (52%) получали первый дородовый уход в первом триместре беременности, как рекомендовано стандартами страны, эта цифра не позволяет нам судить о полноте охвата ДРУ.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка доступа и определение возможных препятствий к дородовой медицинской помощи (ДРУ) в Таджикистане.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования явились недавно рожавшие женщины (НРЖ), закончившие беременность (живым или мёртвым плодом) в стационарах или на дому с участием медицинского персонала в период с 01.08.2015 г. до 31.10.2015 г.

Для формирования выборки были определены по 2 кластера (30 респондентов в каждом кластере) в районах, имеющих высокие показатели раннего охвата ДРУ и низкие показатели домашних родов, и по 2 кластера (30 респондентов в каждом кластере) в районах, имеющих низкие показатели раннего охвата антенатальным наблюдением и помощью и относительно высокие показатели домашних родов. Такой подход позволил выбрать 4 кластера (120 респондентов) в ГБАО, 8 кластеров (240 респондентов) в Согдийской области, 8 кластеров (240 респондентов) в Хатлонской области, 8 кластеров (по 120 респондентов в Раштской группе районов и 120 респондентов по Гиссарской группе районов) в РРП и 4 кластера (120 респондентов) в г. Душанбе.

Всего в рамках данного исследования методом случайной выборки были отобраны 32 кластера, в которых были опроше-

**Таблица 1.** Социальная характеристика респондентов

	Характеристика респондентов	число	%
<b>Возраст</b>	до 24 лет	445	46,3
	25-34	454	47,3
	более 35 лет	61	6,4
<b>Семейное положение</b>	замужем	831	86,6
	разведена	121	12,6
	не замужем	2	0,2
<b>Место проживания</b>	город	262	23,7
	село	698	72,3
<b>Регион</b>	Душанбе	120	12,5
	РРП	240	25,0
	Согдийская область	240	25,0
	Хатлонская область	240	25,0
	ГБАО	120	12,5
<b>Всего</b>		960	100

3 Цели Развития Тысячелетия: достижения в Таджикистане. Душанбе, 2010.

4 Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. ВОЗ, 2017.

5 Медико-Демографическое Исследование Таджикистана 2012. Агентство по Статистике при Президенте Республики Таджикистан (АС), Министерство здравоохранения [Таджикистан], и ICF International. 2013. Душанбе, Таджикистан и Calverton, Maryland, USA: АС, МЗ, и ICF International.

6 Национальные стандарты по антенатальному уходу при физиологической беременности. МЗ и СЗ РТ, Душанбе, 2008. 109 с.

ны 960 недавно рожавших женщин (НРЖ). В каждом случайном отобранном домохозяйстве была опрошена 1 женщина (респондент), закончившая беременность в стационаре или на дому с участием или без участия медицинского работника в период от 01.08.2015 г. до 31.10. 2015 г.

Сбор информации осуществлялся в соответствии с вопросниками исследования в полевых условиях на уровне домовладений. В качестве вопросника был использован инструмент ВОЗ для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным (2014, пересмотренный вариант). Также были сформированы 16 фокус-групп с участием более 120 представителей различных уровней системы здравоохранения и представителей джамоатов.

Программа ввода данных по обследованию была разработана с использованием программного обеспечения CSPro, и при вводе данных был установлен контроль переменных на основании существующих правил, изложенных в вопроснике. После сбора и ввода данных была сформирована база данных, содержащая перечень переменных (возраст, место проживания, паритет и т.д.). База данных впоследствии была экспортирована в SPSS для статистического анализа.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В табл. 1 представлена общая дезагрегированная характеристика респондентов по возрасту, семейному положению, месту проживания и регионам. Значительный процент женщин был в возрасте 18-34 лет (94,6%), и 86,6% респондентов состояли в браке. Подавляющее большинство респондентов проживали в сельской местности (72,3%) и лишь около 24% – были городскими жителями.

По данным официальной статистики МЗСЗН РТ за 2014 год в среднем 74% женщин в Таджикистане начали получать ДРУ в первом триместре беременности (колебание охвата от 33,4% до 98,1%).

Результаты нашего исследования показали, что 99,1% респондентов состояли на учёте в рамках ДРУ с незначительными колебаниями по регионам (в РРП – 97,9% и до 100% в Согдий-



Рис. 1. Распределение НРЖ по срокам начала ДРУ (в %).

ской области и ГБАО). По данным Додхоевой М.Ф. и др. на исследуемом участке города Душанбе данный показатель составил в 2006 – 70%; 2007 – 66% и в 2008 – 68% соответственно [5], что в сравнении с нашими данными показывает положительную динамику охвата беременных ДРУ. Из числа находившихся на учёте по ДРУ, 90,3% женщин взяты на учёт в первом триместре беременности в соответствии со стандартами страны и 9,7% были на учёте в позднем периоде беременности. На рис. 1 представлены результаты срока взятия на учёт по ДРУ по регионам.

Как видно из рисунка, различия по регионам очень незначительны, за исключением Согдийской области, где доля женщин, взятых на учёт в позднем сроке беременности, составляет 14,2%. Следует отметить, что беременные женщины в возрасте до 24 лет в первом триместре беременности были взяты на учёт чаще, чем женщины в возрасте старше 35 лет (90,8% и 82% соответственно). Анализ использования услуг ДРУ в Таджикистане показал, что обращение женщин в медицинские учреждения за ДРУ в большей степени зависит от качества медицинской помощи, финансовой и географической доступности медицинских учреждений, уровня образованности женщин, бытовой инфраструктуры и влияния окружающей среды [5-7]. Влияние уровня образования женщин на репродуктивное поведение было также отмечено Гаибовым А.Г. и др. [8].

Недавние научные публикации показали, что ведение физиологической беременности акушеркой или врачами общей

Таблица 2. Категория медработников, которые были вовлечены в оказание услуг ДРУ

Регион	Акушер-гинеколог		Семейный врач		Акушерка/ медсестра		Повитуха	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Душанбе	84	70,0	31	25,8	38	31,7	10	8,3
Рогун	41	68,3	12	20,0	32	53,3	7	11,7
Рашт	44	73,3	7	11,7	34	56,7	5	8,3
Таджикабад	47	78,3	12	20,0	35	58,3	9	15,0
Турсунзаде	42	70,0	26	43,3	32	53,3	11	18,3
Худжанд	25	41,7	43	71,7	31	51,7	2	3,3
Айни	14	23,3	53	88,3	37	61,7	16	26,7
Канибадам	25	41,7	45	75,0	21	35,0	14	23,3
Спитамен	12	20,0	48	80,0	46	76,7	29	48,3
Руми	35	58,3	3	5,0	13	21,7	9	15,0
Бохтар	21	35,0	2	3,3	20	33,3	17	28,3
Куляб	17	28,3	4	6,7	27	45,0	17	28,3
Восе	23	38,3	0	0	29	48,3	7	11,7
Ванч	39	65,0	0	0	10	16,7	16	26,7
Шугнан	31	51,7	1	1,7	15	25,0	24	40,0
<b>Всего</b>	<b>500</b>	<b>52,1</b>	<b>287</b>	<b>29,9</b>	<b>420</b>	<b>43,8</b>	<b>193</b>	<b>20,1</b>

**Таблица 3.** Процент прошедших осмотр респондентов в зависимости от числа дородовых посещений

		Осмотры акушер-гинеколога				
		0	1	2	3	4+
возраст	до 24 л	7,6	7,6	21,6	27,4	35,7
	25-34 г	6,2	7,3	21,4	33,5	31,7
	старше 35 л	8,2	8,2	16,4	27,9	39,3
регионы	Душанбе	14,2	12,5	15,0	30,0	28,3
	РРП	2,1	0	6,7	27,5	63,8
	Согдийская область	14,2	5,0	28,8	32,1	20,0
	Хатлонская область	3,8	15,8	32,5	26,7	21,3
	ГБАО	1,7	5,8	18,3	40,0	34,2
	Всего	7,0	7,5	21,1	30,3	34,1

практики более предпочтительны для женщин и улучшают исход беременности [9]. В Казахстане, при опросе акушеров-гинекологов и акушерок, большинство согласилось, что ведение нормальной здоровой беременности предпочтительнее акушеркой, с чем также согласились и акушерки при условии получения большей свободы в своих действиях [9]. В Великобритании также существует разделение функций – акушерки наблюдают женщин с физиологической беременностью, а женщин высокого риска – и акушеры-гинекологи, и акушерки [10].

Многие респонденты одновременно наблюдались и акушер-гинекологом, и семейным медработником, в связи с этим показатель в некоторых районах Согдийской области и РРП превышает 100 процентов (табл. 2).

Система здравоохранения Таджикистана предусматривает интеграцию услуг дородового ухода в Центры здоровья, где физиологическую беременность наблюдают семейный врач и медсестра. Однако процесс интеграции завершился не во всех регионах, и женщины могут наблюдаться во время беременности и в Центрах здоровья, и в Центрах репродуктивного здоровья. В сельской местности, где в семейную медицину в большей степени вовлечены мужчины, за услугами репродуктивного здоровья женщины предпочитают обращаться к акушерам-гинекологам женщинам. По полученным данным 90,5% респондентов указали, что медработники посещали их дома. Около 77% посещений были со стороны акушерки или медсестры и 40,2% – со стороны семейных врачей.

Основываясь на рекомендации ВОЗ, каждая страна в зависимости от имеющихся ресурсов устанавливает свои нормативы. Число посещений беременными женской консультации в некоторых странах следующее: в России – 13-16 за беременность; в

Казахстане – 4-14; в Украине – 13; в Армении – 8; в Молдавии – 6; в Литве – 5; в Грузии – 4 [5].

Частота прошедших осмотр респондентов, в зависимости от числа дородовых посещений респондентами по регионам и возрастам, приведена в табл. 3. Наиболее высокий охват (4 и более) посещений зарегистрирован в РРП (63,8%), а низкий охват наблюдался в Согдийской области (20,0%). В целом около 58% НРЖ имели 1 или 3 посещения ЛПУ и лишь немногим более трети НРЖ получили более 4 ДРУ. В процессе ДРУ очень важным является систематическое наблюдение в течение всего периода беременности. Несмотря на высокие цифры своевременного взятия на учёт НРЖ (90,3%), полнота охвата ДРУ в соответствии со стандартами по антенатальному уходу всё ещё остаётся низкой.

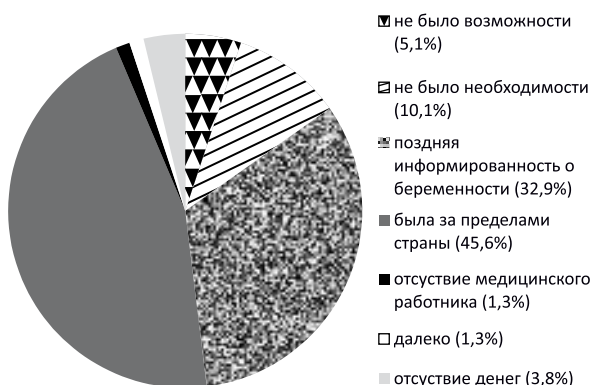
Наиболее высокий удельный вес не получивших дородовые услуги был среди респондентов г. Душанбе (14,2%) и Согдийской области (14,2%).

При проведении опроса среди тех, кто не получал или поздно обращался к ДРУ (рис. 2), основными причинами явились – нахождение за пределами страны (45,6%), поздняя информированность о беременности (32,9%), отсутствие необходимости посещения (10,1%), отсутствие возможностей и денег (5,1 и 3,8% соответственно). Процессы миграции, как внешней, так и внутренней, очень активны в нашей стране и, несомненно, отражаются на доступности медицинской помощи и качестве ДРУ. За пределами страны зачастую доступ мигрантов к ДРУ ограничен из-за языкового барьера и дорогих для иностранцев услуг, а по возвращению женщины приезжают без документов и нередко с осложнениями [11].

Среди опрошенных женщин беременность завершилась живорождением в 99,4% случаев. Почти 96% родов у респондентов происходили в родильных учреждениях и только у 4% роды происходили вне ЛПУ (дома).

Различия в возрастных группах по месту родов были незначительными. Если 90,2% родов в возрастной группе старше 35 лет происходили в родильных учреждениях, то данный показатель в возрастной группе до 24 года составлял – почти 97,8%, т.е. много-рожавшие женщины предпочитали роды на дому (табл. 4.).

Для обсуждения доступа и качества оказания дородовой помощи были сформированы фокус-группы из числа медицинских работников и членов джамоата (кишлаков). Во всех фокусных группах, независимо от региона, были положительно оценены некоторые достижения в области оказания медицинской помощи матерям – улучшение охвата дородовой помощью, сокращение случаев домашних родов и некоторое улучшение информированности женщин в области охраны здоровья и питания.



**Рис. 2.** Основные причины позднего обращения и не обращения к ДРУ (в %).

Наиболее уязвимыми участниками фокус-групп выделяли семьи мигрантов (внутри или за пределами страны), женщин из бедных семей, которые были не в состоянии себе позволить неформальные платежи за медицинские услуги. В ряде районов для упорядочения и снижения неформальных платежей началось внедрение Программы государственных гарантий (ПГГ), одним из пунктов которой, было предоставление бесплатной медицинской помощи беременным в случае, если они соблюдали правила программы, то есть не менее 4 раз получали ДРУ. Этот механизм явился хорошей мотивацией для женщин в пилотных районах для регулярного посещения медицинских учреждений и сокращению числа домашних родов. Исследователями было отмечено, что расширение услуг по охране материнства и детства в программе требует дополнительных инвестиций со стороны государства, что ставит определённые задачи по рациональному распределению ресурсов для экономистов здравоохранения [12].

В некоторых районах улучшилась подготовка и активное участие семейных врачей в оказании дородовой помощи. Выпуск карманного справочника по стандартам ДРУ отразился на повышении уровня знания медработников, в то же время в некоторых группах были подняты вопросы доступа к справочнику работников ПМСП.

Недостаточность кадрового потенциала, нехватка неонатологов и акушерок, трудности в зимнее время, все ещё сохраняющаяся проблема с поздними обращениями женщин за ДРУ, особенно среди многорожавших женщин, плата за услуги, миграция населения как внешняя, так и внутренняя – это ряд проблем, перечисленных участниками фокус-групп.

Для улучшения доступа и охвата беременных женщин участники предложили усилить патронажную систему (посещение на уровне домохозяйств), что может позволить улучшить охват женщин из наиболее уязвимых групп населения (по данным исследования патронаж беременных женщин на уровне домохозяйств составил 90,5%).

Существует мнение экспертов о необходимости осуществления непрерывного ухода за здоровьем матери, новорождённого и ребёнка в течение всего жизненного цикла [13]. Семейные врачи, наблюдающие пациентов от рождения до старости, наиболее адекватны и эффективны в плане осуществлять эту функцию. В этой связи, большое значение необходимо придавать профессиональной подготовке медицинских работников ПМСП.

Обучение и переподготовка специалистов на местах остаётся проблематичной из-за низкого финансирования системы здравоохранения за счёт местного бюджета. Участники фокус-групп предложили активизировать подготовку медработников на рабочем месте и пересмотреть плату за обучение. Участники во всех группах указали, что необходимо чаще организовывать семинары и тренинги в области охраны здоровья матери и ребёнка, особен-

**Таблица 4.** Процент стационарных родов по регионам и возрастной характеристике

		Абс.	%
<b>Регионы</b>	Душанбе	118	98,3
	РРП	215	89,6
	Сугд	239	99,6
	Хатлон	231	96,3
	ГБАО	115	95,8
<b>Возраст</b>	до 24 л	435	97,8
	25-34 г	428	94,3
	старше 35 л	55	90,2

но по репродуктивному здоровью. Данные о низкой профессиональной подготовке также подтверждаются Wiegers TA, Voertma WG, de Naan O. В своей работе они отметили, что при опросе врачей в Кыргызстане в среднем было отмечено 55,2% правильных ответов на 52 вопроса по охране материнства. Акушерки и медсестры в Кыргызстане, врачи и акушерки в Таджикистане, набрали в среднем менее 50% правильных ответов [14].

Опыт других стран показывает необходимость перехода от традиционных методов обучения к новым технологиям. Тренинги с помощью программ дистанционного обучения, а также отдалённый контроль над пациентами с использованием технологий помогают улучшить мотивацию персонала и производительность в дальних районах (Гватемала) [15].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Количественное исследование, которое охватило все регионы страны, обсуждение в фокус-группах, наряду с положительными моментами, выявило некоторые проблемы и трудности ДРУ на уровне ПМСП.

Среди положительных моментов можно констатировать своевременный и высокий охват ДРУ на уровне выбранных ЛПУ. Несмотря на высокий процент родов в медицинских учреждениях, по данным нашего исследования, роды без участия медицинского персонала в целом остаются актуальной проблемой для здравоохранения Таджикистана. Кроме того, использование услуг семейных специалистов пока ещё остаётся на низком уровне (31%), что связано с тем, что около половины семейных врачей на уровне ПМСП составляют мужчины. Для улучшения охвата ДРУ отмечена необходимость улучшения обучения медицинского персонала, особенно в сельской местности, вопросам охраны здоровья матери и ребёнка. В плане организации ДРУ следует избегать дублирования оказания услуг женщинам с физиологической беременностью. Необходимо чёткое разделение функций между Центрами здоровья и Центрами репродуктивного здоровья.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Gabrysch S, Campbell O. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childb.* 2009;9:34.
2. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs.* 2008;61:244-60.
3. Ortayli N, Malarcher S. Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs. *Stud Fam Plann.* 2010;41:101-8.
4. *World Health Statistics 2015.* WHO, 2015.

## REFERENCES

1. Gabrysch S, Campbell O. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childb.* 2009;9:34.
2. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs.* 2008;61:244-60.
3. Ortayli N, Malarcher S. Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs. *Stud Fam Plann.* 2010;41:101-8.
4. *World Health Statistics 2015.* WHO, 2015.

5. Додхоева МФ, Джонова БЮ, Тоирова МП. Перспективы развития дородового ухода. Доклады Академии наук Республики Таджикистан. 2009; 52(9):718-22.
6. Nazim N, Habibov, Lida Fan. Modelling prenatal health care utilization in Tajikistan using a two-stage approach: implications for policy and research. *Health Policy Plan*. 2008;23(6):443-51.
7. Додхоева МФ, Шарипова МИ, Султанова ММ, Назаров ХМ. Окружающая среда и репродуктивное здоровье. Вестник Авиценны. 2016;4:74-82.
8. Гаиров АГ, Ганиева МХ, Вохидов АВ. Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистана. Вестник Авиценны. 2016;4:52-5.
9. Кызаева АД, Кудаманова АБ, Мысаев АО, Абеннова ГК, Бутумбаева ШР, Ерджанова ГА. Анализ мнения акушеров-гинекологов и акушерок по вопросам организации антенатального ухода в Казахстане. Вестник КазНМУ. 2014;4:365-9.
10. Кызаева АД, Игисенова АИ, Уразаева УА, Абеннова ГК, Ерджанова ГА, Лян ВВ. Охрана материнства в Великобритании: опыт для Казахстана. Вестник КазНМУ. 2014;4:369-72.
11. Материнская смертность в Кыргызской Республике: обзор тенденций. Всемирный Банк, Центр анализа политики здравоохранения. Бишкек, Кыргызстан; 2012. 67 с.
12. Миралиев СР, Бандяев ИС, Комилов ИШ, Нуриддинова НН. Состояние и определение стоимости медицинских услуг по охране здоровья матери и ребенка в рамках Программы государственной гарантии. Вестник педагогического университета. 2014;5(60):189-93.
13. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370:1358-69.
14. Wiegiers TA, Boerma WG, de Haan O. Maternity care and birth preparedness in rural Kyrgyzstan and Tajikistan. *Sex Reprod Healthc*. 2010;1(4):189-94.
15. Byrne A, Hodge A, Jimenez-Soto E, Morgan A. What Works? Strategies to Increase Reproductive, Maternal and Child Health in Difficult to Access Mountainous Locations: A Systematic Literature Review. *PLoS One*. 2014; 9(2):e87683.
5. Dodkhoeva MF, Jonova BU, Toirova MP. Perspektivy razvitiya dorodovogo ukhoda [Prospects for the development of prenatal care]. *Doklady Akademii nauk Respubliki Tadjikistan*. 2009;52(9):718-22.
6. Nazim N, Habibov, Lida Fan. Modelling prenatal health care utilization in Tajikistan using a two-stage approach: implications for policy and research. *Health Policy Plan*. 2008;23(6):443-51.
7. Dodkhoeva MF, Sharipova MI, Sultanova MM, Nazarov HM. Okruzhayushchaya sreda i reproduktivnoe zdorov'e [Environment and reproductive health]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2016;4:74-82.
8. Gaibov AG, Ganieva MH, Vohidov AB. Osnovnye aspekty okhrany reproduktivnogo zdorov'ya naselenia Respubliki Tadjikistan [Main aspects of reproductive health of the population of the Republic of Tajikistan]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2016;4:52-5.
9. Kyzaeva AD, Kudamanova AB, Mysaev AO, Abenova GK, Butumbaeva ShR, Erdjanova GA. Analiz mneniya akusherov-ginekologov i akusherok po voprosam organizatsii antenatal'nogo ukhoda v Kazakhstane [Analysis of the opinion of obstetrician-gynecologists and midwives on the organization of antenatal care in Kazakhstan]. *Vestnik KazNMU*. 2014;4:365-9.
10. Kyzaeva AD, Igisenova AI, Urazaeva UA, Abenova GK, Erdjanova GA, Lyan VV. Okhrana materinstva v Velikobritanii: opyt dlya Kazakhstana [Maternity protection in the UK: experience for Kazakhstan]. *Vestnik KazNMU*. 2014;4:369-72.
11. *Materinskaya smertnost' v Kyrgyzskoy Respublike: obzor tendentsiy [Maternal mortality in the Kyrgyz Republic: a review of trends]*. Vsemirnyy Bank, Centr analiza politiki zdoravookraneniya. Bishkek, Kyrgyzstan; 2012. 67 p.
12. Miraliev SR, Bandaev IS, Komilov ISH, Nuriddinova NN. Sostoyanie i opredelenie stoimosti meditsinskikh uslug po okhrane zdorov'ya materi i rebyonka v ramkakh Programmy gosudarstvennoy garantii [The state and definition of the cost of medical services for the protection of mother and child health under the State Guarantees Program]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta*. 2014;5(60):189-93.
13. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370:1358-69.
14. Wiegiers TA, Boerma WG, de Haan O. Maternity care and birth preparedness in rural Kyrgyzstan and Tajikistan. *Sex Reprod Healthc*. 2010;1(4):189-94.
15. Byrne A, Hodge A, Jimenez-Soto E, Morgan A. What Works? Strategies to Increase Reproductive, Maternal and Child Health in Difficult to Access Mountainous Locations: A Systematic Literature Review. *PLoS One*. 2014; 9(2):e87683.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Миралиев Салохиддин Раджабович**, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Джураева Наргис Саробековна**, к.м.н., доцент кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Комилов Исмоил Шарипович**, старший преподаватель кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Нуриддинова Нигора Наимовна**, старший преподаватель кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино

### Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили.

**Конфликт интересов:** отсутствует.

## AUTHOR INFORMATION

**Miraliev Salohiddin Rajabovich**, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Public Health and Medical Statistics with the course of History of Medicine at Avicenna Tajik State Medical University

**Juraeva Nargis Sarabekovna**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Public Health and Medical Statistics with the course of History of Medicine at Avicenna Tajik State Medical University

**Komilov Ismoil Sharipovich**, Senior lecturer of the Department of Public Health and Medical Statistics with the course of History of Medicine at Avicenna Tajik State Medical University

**Nuriddinova Nigora Naimovna**, Senior lecturer of the Department of Public Health and Medical Statistics with the course of History of Medicine at Avicenna Tajik State Medical University

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Миралиев Салохиддин Раджабович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139

Тел.: (+992) 985 287997

E-mail: msr@mail.ru

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Miraliev Salohiddin Rajabovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Public Health and Medical Statistics with the course of History of Medicine at Avicenna Tajik State Medical University

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Avenue, 139

Tel.: (+992) 985 287997

E-mail: msr@mail.ru

**ВКЛАД АВТОРОВ**

Разработка концепции и дизайна исследования: МСР, КИШ

Сбор материала: МСР

Статистическая обработка данных: ДНС

Анализ полученных данных: МСР

Подготовка текста: ДНС, КИШ, ННН

Редактирование: ДНС, КИШ, ННН

Общая ответственность: МСР

*Submitted* 02.02.2017

*Accepted* 19.04.2017

*Поступила* 02.02.2017

*Принята в печать* 19.04.2017