Уменьшение КИМ у больных ИБС с ОРВИ являлось достоверным как для пациентов, достигших целевых уровней липидов на 10 мг, так и на 20 мг розувастатина к 12-й неделе наблюдения и составило 7% для изолированной и сочетанной ГХС.

Полученные нами данные согласовывались с результатами крупномасштабных многоцентровых исследований, таких как ASTEROID (2005), ORION (2005), METEOR (2006), SATURN (2011) по изучению влияния розувастатина на регрессию атеросклеротической бляшки. Хотя, продолжительность наблюдения в исследованиях составляла не менее двух лет, а используемые дозы розувастатина были выше и соответствовали 40-80 мг в сутки без учета острого воспаления [1].

Изучив зависимость выраженности гиполипидемического эффекта различного дозового режима розувастатина от носительства генов цитокинов, было получено, что генотипы –511СТ (IL-1 β), –174GG (IL-6), –1082AA (IL-10) сопряжены с недостижением целевого уровня ХС ЛНП при фармакологической коррекции ГЛП у больных ИБС с различными типами ГХС в условиях острого воспаления розувастатином 10мг/сут. Титрация дозы до 20 мг/сут. способствовала достижению целевого ХС ЛНП при индивидуализации к фармакотерапии ГЛП у носителей данных генотипов при изолированной ГХС, для сочетанной ГХС требовалось увеличение дозы до 40 мг/сут.

В контрольной группе выявлена та же закономерность, однако, достижение целевого уровня ХС ЛНП при приеме розувастатина в дозе 20мг/сут. получено у больных с сочетанной ГХС.

Полученные зависимости позволяют сформулировать алгоритм генетического тестирования больных ИБС с различными типами для выбора оптимального дозового режима фармакологической коррекции ГЛП ГХС в условиях ОРВИ.

1. Аронов, Д.М. Статины – основное лекарственное средство для реального снижения смертности от атеросклеротических заболеваний / Д.М. Аронов // РМЖ. – 2012. – № 14. – С. 1-7.
2. Ухолкина, Г.Б. Статины - прошлое, настоящее, будущее / Г.Б. Ухолкина // РМЖ. – 2013. – № 4. – С. 199-207.

Мансуркулова Н.К.¹, Муйдинов Ф.Ф.¹, Орозбекова Б.Т.²
Медико-социальные факторы риска, формирующие здоровье подростков 15-17
лет в Кыргызской Республике
(особенности поведенческого фактора)

¹*Ошский Государственный Университет
(Кыргызстан, Ош)*

²*Кыргызско Российский Славянский Университет
(Кыргызстан, Бишкек)*

doi: 10.18411/lj-30-09-2017-07

idsp: 000001:lj-30-09-2017-07

Аннотация

В сообщении приводятся результаты изучения особенностей поведения и медико-социальных факторов риска, формирующих состояние здоровья подростков 15-17 лет проживающих Ошской области в КР

Ключевые слова: поведения, медико-социальные факторы, риск, здоровья, подросток.

Актуальность. Подростковый возраст - это важный период роста и формирования человека, когда возникает, развивается и завершается ряд морфологических, функциональных и психологических процессов, происходит перестройка жизненно важных систем организма, что обуславливает ему повышенную чувствительность к

различным факторам жизнедеятельности [1, 12, 14, 17, 18]. Главным образом, определяемой существующими в обществе социальными нормами в сфере здоровья является поведение подростков [8, 15-16].

Здоровье подростков - обладает определенной спецификой, и сложность изучения состояния здоровья состоит в том, что в основе поведения подростка, связанного со здоровьем, лежат самые различные, иногда конфликтные, потребности. Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний. При оценке и разработке стандартов физического развития учитываются: пол, возраст, национальность, регион проживания [2-4].

В период социально-экономических реформ, происходящих в стране в последние десятилетия, сформировались серьезные демографические проблемы. Ежегодно возрастает уровень общей и первичной заболеваемости среди детей как младшего (10–14 лет), так и старшего (15-17 лет) подросткового возраста. [6, 11-12].

По данным статистической отчетности, значительная часть детей школьного возраста не соответствует возрастным нормам физического развития. Отмечен рост числа детей с дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием [4, 9]. По результатам научных исследований, у многих школьников наблюдается дефицит массы тела, снижение функциональных показателей сердечно–сосудистой, дыхательной и других систем [5, 7, 13].

В существующей врачебной практике отсутствие диспансерного наблюдения, выявление особенностей физического развития и функционального состояния организма в подростковом возрасте является недопустимым явлением, так как в зависимости от всей совокупности внешних факторов и условий физического развития, оно может иметь различный характер - всесторонним и гармоничным, либо ограниченным и дисгармоничным. Именно этот фактор определяет необходимость непрерывного врачебного наблюдения в различные периоды возрастного развития. На основе образа жизни современных подростков, а также условий проживания и их влияния на состояние здоровья, изучение объективных закономерностей ФР, физиологических особенностей подростков 15-17 лет необходимо выработать критерии комплексной оценки состояния здоровья, факторов риска заболеваемости и физического развития подростков, а также восполнения недостающего звена медицинского обеспечения. Это определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: изучение гендерных особенностей поведения и медико - социальных факторов риска, формирующих состояние здоровья подростков 15-17 лет проживающих в КР.

Задачи исследования: Изучить общей заболеваемости по классам и социально значимых болезней и болезни детей и подростков, обусловленные поведенческим фактором риска подростков 15-17 лет в КР.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужило подростки 15-17 лет, КР.

Предметом изучения являются показатели здоровья подростков 15-17 лет в целом, а также оценка эпидемиологической, социальной значимости заболеваний подростков 15-17 лет.

Признаки изучения – структура, интенсивность проблемных болезней подростков поведенческого характера, влияние социальных, поведенческих факторов риска на состояние здоровья и формирование образа жизни подростка.

Результаты собственных исследований.

Структура общей заболеваемости по классам и социально значимых болезней подростков 15-17 лет в Кыргызской Республике. Проведен ретроспективный анализ структуры, уровня, тенденций и эпидемиологических особенностей распространения

заболеваний среди подростков 15-17 лет в КРпо классам болезни принятым МКБ-10 за период 2005-2015 годов. При этом необходимо отметить, что в динамике отмечается рост, как показателя распространенности, так и показателя инцидентности совокупной заболеваемости детей. Так, если в 2005 году показатель распространенности составлял 582,3‰, prevalence - 327,4‰, то в 2015 году они выросли в 1,0 и 1,2 раза составив по 601,5‰ и 388,7, ‰ соответственно.

Ведущее место по распространенности, показателю заболеваемости и удельному весу занимают болезни органов дыхания. Средний показатель распространенности и заболеваемости составил 138,8‰ и 115,8 соответственно, минимальный 132,0‰ и 103,8‰, максимальный 154,2‰ и 133,7‰ соответственно. Доля заболеваний верхних дыхательных путей в общей структуре совокупной заболеваемости составила - 29,8%.

На втором месте по распространенности находятся болезни органов пищеварения. Их доля в совокупной заболеваемости составляет 14,7%. В динамике они имеют тенденцию к росту: как показатель распространенности (в 2 раза), так и показатель заболеваемости (2,1 раза). Средние показатели распространенности и заболеваемости болезней органов пищеварения составили – 88,8‰ и 56,6‰, минимальный 132,0‰ и 35,4‰, максимальный 140,4‰ и 98,9‰ соответственно.

Группа болезней эндокринной системы и нарушений обмена веществ составляют 8,4% общей заболеваемости, а средний показатель распространенности и заболеваемости составляют - 50,4‰ и 21,0‰ соответственно. Необходимо отметить, показатели распространения в 2,4 раза больше показателя заболеваемости, что свидетельствует о длительности течения той патологии. Минимальный показатель распространения и инцидентности составляют 29,4‰ и 11,9‰, а максимальный 101,3‰ и 38,0‰ соответственно.

Удельный вес заболеваний кожи и подкожной клетчатки и мочеполовой системы в совокупной заболеваемости детей и подростков составляют по 6,7%, со средними показателями распространения и инцидентности по 40,3‰ - 27,0‰ и 40,5‰ – 25,1‰ соответственно. Минимальные показатели распространения и инцидентности при болезнях кожи и подкожной клетчатки составляют 30,2‰ и 18,3‰. При болезнях мочеполовой системы – 35,4‰ и 21,0‰ соответственно, данные максимальных показателей соответственно: 48,6‰ – 28,6‰ и 45,7‰ – 28,1‰.

Удельный вес остальных классов и групп болезней варьирует от > 0,1% (болезни системы кровообращения, врожденные аномалии, новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, осложнения родов и послеродового периода, симптомы, признаки, неточно обозначенные состояния) до -6,22% и 5,47% (болезни глаз и его придатков).

В многолетней динамике регистрируемой заболеваемости за анализируемый период тенденцию к росту из 18 классов и групп болезни тенденцию к росту имеют 11 следующих классов: осложнения беременности, родов и послеродового периода, органов пищеварения, травмы и отравления, болезни нервной системы, болезни глаза и придатков, новообразования, врожденные аномалии, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни уха и сосцевидного отростка и болезни мочеполовой системы (рис.1).

Вызывает особую тревогу рост болезней класса «осложнения беременности, родов и послеродового периода» у подростков женского пола. За анализируемый период показатель заболеваемости имеет выраженную тенденцию роста с ежегодным темпом – 13,8%. Выраженный рост данной патологии начался с 2010 года, когда показатель заболеваемости вырос в 3,3 раза по сравнению с 2005 годом и в 2015 году он превзошел его в 7 раз.

	140											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	рост %
■ БНО	0,6	0,5	1,3	1,6	0,5	0,8	0,7	1,1	1,1	1	1,1	3,3
■ БНС	23	24,5	34,6	37,5	31,4	34,3	36,2	45,4	41,4	35	40,6	4,4
■ БГиеП	30,6	41,5	30,7	30,3	31	34,9	32,3	50,5	45,3	41,5	45,8	3,9
■ БУиСО	25,4	31,8	34,2	36,1	36,5	38	44,5	40,1	42,9	33,9	39	2,9
■ ВА	1,8	1,5	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	2,2	2,4	2	2,2	3,1
■ БОП	63,9	59	67,8	77,4	74	63,8	76,9	140,	116,	113,	123,	7,9
■ БКиПК	30,2	38,6	40,3	48,6	46,9	40,8	38,5	38,2	42,4	39,3	40	1
■ БКМСиСТ	11,9	13,8	13,4	14,9	15	15	16,4	15,6	16,5	17,3	16,5	3
■ БМПС	35,4	34,4	37,5	40,6	40,4	45,7	42	42,7	43,2	41,1	42,3	1,8
■ ОБРиПРП	0,3	0,4	0,3	0,4	0,6	1	1,1	2	1,8	2,4	2,1	13,8
■ ТиО	24,7	23,3	28,6	33,4	35,6	40	34,3	40,7	40,3	40,9	40,6	5,1

Рис. 1. – Многолетняя динамика болезни по основным классам и группам имеющих тенденцию к росту Кыргызская Республика (зарегистрированных больных, на 1000 подростков соответствующего возраста 15-17 лет).

В многолетней динамике заболеваемости органов пищеварения также выявлена выраженная тенденция к росту. Ежегодный темп прироста составляет 7,9%. Рост данной группы заболеваемости отмечается с 2012 года и в 2015 году уровень заболеваемости вырос на 192% по сравнению с 2005 годом. За анализируемый период группа болезней травмы и отравления имеют выраженную тенденцию к росту. Ежегодный темп роста составляет 5,1 %. Рост этой группы болезней начался с 2007 года, когда показатель заболеваемости вырос в 1,1, раза, а в 2015 году на 164,3% по сравнению с 2005 годом.

Рост болезней нервной системы наблюдается с 2007 года, когда показатель заболеваемости вырос в 1,5 раза, а в 2015 году он вырос на 176% по сравнению с 2005 годом. Ежегодный темп роста имеет умеренный характер и составляет – 4,4%.

Умеренный рост уровня заболеваемости имеют и болезни глаза и его придатков с ежегодным темпом прироста - 3,9%, новообразования – 3,3%, врожденные аномалии - 3,1%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 3%, болезни уха и сосцевидного отростка – 2,9% и болезни мочеполовой системы – 1,8%. Стабильная многолетняя тенденция за анализируемый период отмечена в группе болезней кожи и подкожной клетчатки с ежегодным темпом прироста в 1% рисунок 2.

Таким образом, в совокупной заболеваемости детей и подростков за анализируемый период из 18 классов и групп болезней 11 имеют тенденцию к росту, причем выраженная тенденция наблюдается в трех группах болезней (осложнения беременности, родов и послеродового периода, болезни органов пищеварения, травмы и отравления) и умеренная тенденция в остальных группах.

Рис. 2. Показатели заболеваемости имеющие выраженную тенденцию роста

Болезни детей и подростков, обусловленные поведенческим фактором риска.

Нами проведен анализ заболеваемости подростков 15-17 лет, в возникновении которых основную роль играют социальные и поведенческие факторы риска. В эту группу болезней мы включили восемь нозологических форм: туберкулез, новообразования, сифилис, гонорея, алкоголизм, наркомания и ВИЧ/СПИД, которые не должны быть болезнями подрастающего поколения.

В динамике за анализируемые годы отмечается рост заболеваемости туберкулезом, ВИЧ инфекцией и алкогольной зависимостью. Наблюдается очень высокий ежегодный рост заболеваемости детей и подростков ВИЧ-инфекцией. Ежегодный темп прироста составил 14,6%. Средний интенсивный показатель заболеваемости ВИЧ – инфекцией был 7,8 на 100000 соответствующего возраста, минимальный – 0,3, максимальный – 2,5.

У детей и подростков за анализируемый период отмечается умеренный рост алкогольной зависимости. Средний показатель данной патологии составляет 0,9 на 100000 тысяч, минимальный -0,8, максимальный -1,7. В динамике выявлен ежегодный темп прироста – 4,1%.

Средний уровень заболеваемости туберкулезом детей и подростков составил 77,1 на 100000 соответствующего возраста, минимальный – 62,9 в 2006 г., максимальный – 93,7 в 2012 г. Ежегодный темп роста заболеваемости туберкулезом был умеренным и составил – 3,2%.

За анализируемый период тенденция снижения наблюдается в динамике заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, сифилиса, гонорей и наркоманией. Так, Выраженную тенденцию к снижению имела наркотическая зависимость. Ежегодный темп снижения составил 17,5% Уровень распространения наркомании среди подростков составлял в среднем 8,0 на 100000 подростков, минимальный показатель был 1,3 в 2014 году, максимальный 19,6 в 2007 году.

В структуре социально-значимых болезней подростков в возрасте 15-17 лет самую большую долю занимают психические расстройства и расстройства поведения (на 100 тыс. подростков данного возраста). Они также имели выраженную тенденцию к снижению. Ежегодный темп снижения составил 5,5%. Уровень распространенности этой патологии был в пределах от 605,1 в 2013 году до 953,3 в 2005 году.

Стресс у подростков связан с особенностями взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями, удовлетворенностью своей жизнью. Преобладание негативных переживаний приводит к возникновению у подростков состояния тревожности и растерянности, что может спровоцировать возникновение серьезных отклонений в физическом и психическом состоянии, приводящие к развитию болезней. Следует

отметить, что любому общественному кризису (политическому, экономическому, социальному) сопутствует длительное состояние дезадаптации личности.

Отрадно отметить и снижение заболеваемости сифилисом и гонорей среди подростков. За анализируемый период ежегодный темп снижения сифилиса был- 16,1%, а гонореи 9,1%. Средний интенсивный показатель сифилиса и гонореи составил 3,1 и 5,5, минимальный 1,2 (2015) и 2,3(2014), максимальный 9,1(2006) и 10,0 (2010) соответственно.

Показано, что в КР имеется недоучет случаев инвалидности среди подростков. Сократить смертность детей в возрасте 15-17 лет удалось за счет ряда предотвратимых причин (болезней органов дыхания, болезни органов пищеварения и в меньшей степени травм и отравлений), занимавших ведущие позиции. Состояние здоровья подростков в большей своей части обусловлено действием социальных условий и поведенческими факторами риска. Проблема сохранения жизни, сохранения и укрепления здоровья подростков требует комплексного подхода к ее решению в рамках региональных программ.

Существенный рост совокупной заболеваемости детей и подростков, связанный с негативными влияниями различных факторов, возникновение и распространение таких явлений, как детская преступность, токсикомания, наркомания и ВИЧ-инфицированность, актуализируют проблему изучения здоровья подростков. Высокий уровень значимости этой проблемы обусловлен, во-первых, особой важностью подросткового периода для всей последующей жизни человека; во-вторых, наличием негативных тенденций в состоянии здоровья современных подростков; в-третьих, тем, что именно подростки представляют собой потенциал трудового и популяционного ресурсов страны.

Для исследования нами были выбраны подростки 15-17 лет, этот возраст является «критическим» в жизни подростка, сопряженный с высоким риском в отношении поведения и здоровья. Установки самосохранительного поведения и самого образа жизни человека начинают реализовываться именно в этом возрасте, и поэтому вопросы сохранения и укрепления здоровья подростков, воспитание в них здорового образа жизни, являются актуальными для специалистов различных отраслей, общественного здравоохранения.

Рис. 3. Число заболеваний наркологическими расстройствами по видам и возрасту

Как видно из рисунка 3., среди 15-17 летних подростков встречаются все болезни, связанные с рискованным поведением: алкоголизм и алкогольные психозы, наркомания и токсикомания. Установки само охранительного поведения и образа жизни начинают реализовываться именно в этом возрасте.

Таким образом, данные полученные в ходе ретроспективного анализа, показали, что у подростков 15-17 лет на первом месте наркомания (32%), втором – алкоголизм и

алкогольные психозы (6,7%) и третьем – токсикомания (4,6%). Размах показателей распространения от 10,7 в 2014г. до 70,4 в 1997г. на 100 000 подростков данного возраста с циклическим течением эпидемического процесса с интервалом 7-8 лет. Таковую же тенденцию сохраняет и алкоголизм с интенсивным показателем от 1,7 в 2002г. до 29,3 в 2006 году на населения этого возраста. Токсикомания выявлялась в пределах от 1,7 в 1997г. до 24,0 в 2005 году. Однако, эта патология выявлялась не каждый год, что, по-видимому связано с гиподиагностикой, хотя истинное распространение намного больше в связи, более легкой доступности натуральных и синтетических наркотических веществ.

В Кыргызской Республике, санитарная культура подростков, по-прежнему, остается неудовлетворительной они, как правило, не имеют необходимых знаний об ИППП, путях передачи болезни, последствиях и мерах профилактики, что сказывается на их здоровье. Репродуктивное здоровье девочек-подростков (15-17 лет) Кыргызской Республики оценивалось на основании выкопировки данных из официальных отчетов МЗ КР. Одним из факторов, влияющих на здоровье подростков женского пола является ранняя нежелательная беременность. Нами проанализированы данные Министерства Здравоохранения за период 2000-2015гг. по результатам обращаемости к врачу акушеру-гинекологу.

В республике многолетняя динамика числа случаев обращения девочек подростков за медицинской помощью по поводу прерывания беременности имеет выраженную тенденцию к снижению. Ежегодный темп снижения составил - 7,1%. Средний интенсивный показатель обращаемости за медицинской помощью по поводу прерывания беременности девочек подростков был 1,5 на 1000 соответствующего возраста, минимальный – 1,1 (2005,2008), максимальный – 2,7 (2002) $p<0,01$.

Территориально обращаемость девочек подростков за медицинской помощью по поводу прерывания беременности была одинаковой по Баткенской, Жалал-Абатской, Иссык-Кульской, Нарынской и Ошской областях в пределах 0,5-0,7‰. Лидировали по этим показателям Чуйская область – 2,8‰, г. Бишкек – 2,6‰, Таласская область – 1,7‰. и г. Ош-1,3‰, Причем, по Чуйской области эти показатели остаются высокими в течение всего анализируемого периода, тогда как по остальным регионам это явление имеет периодический характер. Данные о проведенных абортах девочкам подростками могут быть недостоверными и не отражать его истинной картины в связи с тем, что постепенно увеличивающиеся число частных клиник обычно не ведут учет, и их отчет не дает действительного положения проблемы.

Также были проанализированы данные официальной статистической отчетности по регистрации родов с 2000 по 2015 годы среди девочек-подростков КР. В многолетней динамике показателя родов среди девочек подростков имеет умеренную тенденцию к росту. Ежегодный темп прироста за анализируемый период составляет 3,5%. Причем рост данного показателя отмечается в последние четыре года: 2011-2014, когда они выросли по сравнению с 2000 годом более одного раза $p<0,05$. Средний интенсивный показатель родов девочек подростков по КР составил -5,7‰ минимальный – 3,8‰ (2004) и максимальный – 7,8‰ (2013).

При анализе интенсивных показателей родов по областям КР, обращает на себя внимание, что на первом месте Чуйская область, где средняя частота родов среди девочек подростков составляет 10,2 на 1000 соответствующего возраста. При этом в течение всего анализируемого периода эти показатели были выше по сравнению с данными остальных регионов. Минимальный интенсивный показатель составил – 6,4‰ (2003), максимальный – 15,5‰ (2013). Многолетняя динамика показателя родов девочек подростков имеет выраженную тенденцию к росту с ежегодным темпом прироста 7,8%.

В Таласской области роды девочек подростков также часты, как и в Чуйской области. В среднем за анализируемый период показатель составил 8,5‰ минимальный – 5,2‰ и максимальный – 15,2‰. В динамике уровень родов девочек подростков в этом регионе имеет выраженную тенденцию с ежегодным темпом прироста – 7,0%.

За анализируемый период рост числа родов отмечается и в Ошской области. В динамике тенденция роста также выражена и составляет- 5,1%. Средний показатель родов девочек подростков в этом регионе составил -3,9‰ минимальный – 2,6‰ максимальный -6,05‰. Причем рост родов девочек подростков наметился в последние 5 лет (2011-2015).

В остальных регионах многолетняя тенденция наблюдалась в умеренном темпе. В Баткенской области этот темп составил -4,4%, а в г.Ош – 4,6%. В обеих регионах повышение числа родов среди девушек подростков отмечаются в последние годы наблюдения. Средний показатель частоты родов в г. Ош составляет – 4,7‰, а в Баткенской области – 2,7‰. Баткенская область находится в некотором изолированном положении, более развиты религиозно-национальные устои, в расположенных на пограничных районах с Узбекистаном и Таджикистаном. Минимальные показатели по г. Ош и Баткенской области составили по 2,0‰ (2005) и 1,2‰(2004), максимальные по 8,0‰ (2015) и 4,7‰ (2012) соответственно.

Самые низкие показатели частоты родов у девочек подростков наблюдаются в Нарынской и Иссык-Кульской областях. Однако и в этих регионах в многолетней динамике отмечается рост умеренного темпа. В Нарынской области ежегодный темп прироста составил 2,1%, в Иссык-Кульской – 2,7%. Средний многолетний показатель частоты родов девочек подростков по Нарынской области – 4,6‰ а по Иссык-Кульской - 5,8‰. Минимальный интенсивный показатель частоты родов девочек подростков в Нарынской области составляет – 3,0‰, в Иссык-Кульской - 4,4‰ (2007), максимальный - 7,6‰ (2000) и 7,5‰ (2010) соответственно.

Рост показателя родов девочек подростков по всем регионам и больше всего по городам и Чуйской области, по-видимому объясняется неуправляемой внутренней миграцией, когда сельская молодежь переезжает в крупные города, так как там возможность устроиться на работу выше, заработок и жилищные условия более благоприятные.

На рост показателей частоты родов девочек подростков могут оказывать влияние такие факторы как: изнасилование, связь с «плохими компаниями», отсутствие знаний, протест родителям, любимому, которые способствуют к возникновению психологических срывов и проблемным ситуациям. Добрачная половая связь возникает чаще всего под влиянием кратковременного чувственного порыва, когда вступающие в нее не понимают, недооценивают истинного значения любви, вмещающей не только сексуальное, но и более высокое, духовное начало. Тем не менее, основная причина ранних половых отношений девочек-подростков - это стресс. А новость о незапланированной беременности усиливает его еще сильнее. В юном возрасте девочки не могут самостоятельно справиться с такой проблемой и принять обдуманное решение о том, как поступить с незапланированной беременностью. Каждая юная девушка должна знать, чем опасна ранняя беременность. А ведь из-за нее могут случиться серьезные осложнения.

В последнее десятилетие стало наблюдаться резкое увеличение добрачных половых связей. Но, нам известен реальный факт, что раннее начало половой жизни приводит к формированию в организме подростка нарушений на духовном, психическом и физиологическом уровнях.

1. Баранов А.А. Биологические особенности подросткового возраста / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, Ю.А. Ямпольская и др. // Проблемы подросткового возраста. — М., 2003. — С. 5-53.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах (руководства для врачей). — М.: Династия, 2004. 168 с.
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. М. 2008. 216 с.

4. Баранов, А.А. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения стратегия социальной педиатрии / А.А. Баранов, Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий // *Вопр. соврем. педиатрии*. - 2008. - №4. - С. 6-8.
5. Баянова О.В. Оценка морфологических и функциональных параметров сельских школьников в условиях внедрения здоровьесберегающих технологий: Автореф. дисс.канд. биол. наук /О.В.Баянова. Тюмень, 2000. - 24 с.
6. Вишневский В.А. Здоровьесбережение в школе (Педагогические стратегии и технологии). М.: Изд. «Теория и практика физической культуры», 2002. - 270 с.
7. Гребенникова В.В. Физическое развитие мальчиков первого детства г. Красноярска /В.В.Гребенникова, Т.В.Мелкозерова //Актуальные проблемы морфологии: сб. научных трудов. Красноярск, 2008. - С. 21-22.
8. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол. наук / И.В. Журавлева. – М., 2005. – 434 с.
9. Комиссарова, Е. Н., Цаллагова, Р. Б., Панасюк, Т. В. Дошкольники: телосложение и двигательное развитие, НГУ им. П. Ф. Лесгафта, СПб: Изд-во «Олимп», 2009. — 140 с.
10. Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А., Ямпольская Ю.А. Характеристика морфофункциональных показателей московских школьников 8-15 лет (по результатам лонгитудинальных исследований). Вестн. Московского университета. Серия XXIII. Антропология. 2012; 1: 76-83.
11. Мириджанян, Г.М. Роль медико-социальных факторов в формировании здоровья детей подросткового возраста и пути совершенствования профилактической помощи в РА / Г.М. Мириджанян, М.А. Мардяян, Л.М. Даниелян // Молодой ученый. 2012. - №1. - С. 138-144.
12. Муйдинов Ф.Ф. Эпидемиологическая оценка социально-гигиенических и поведенческих факторов риска, формирующих структуру заболеваемости юношей призывного возраста (на примере Баткенской области): Автореф. дис. . кандидата мед. наук. — Бишкек, 2012. 28с.
13. Шарайкина Е.П. О жировом компоненте сомы индивида /Е.П. Шарайкина // Актуальные вопросы биомедицинской антропологии и морфологии: сб. научных трудов. Красноярск, 2009: - С. 106-108.
14. Altman D.G., Linder J., Croppy K. Policy alternatives for reducing tobacco sales to minors: Results from a national survey of retail chain and franchise stores. // *Pub. Health Pol.*-2005.-v. 13.-p.318-320.
15. Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (Eds.). (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
16. Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F., & Barnekow, V. (Eds.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
17. Schimberg G J., Puller J.P., Greenwald LM. Health care systems in countries. // *Health Off (Millwood)*. -2006.-v.10.-p.22-38.
18. Sedona M.K, Ivory D., Freedman K.D.C., Williamson D.F., Byers T. Do obese children become obese adults. A review of the literature. // *Prev. Med.* - 2007.-v.22;p.167-177.

Мансуркулова Н.К.¹, Муйдинов Ф.Ф.¹, Орозбекова Б.Т.²

Распределение подростков по группам здоровья, их самооценка состояния здоровья и обращаемость в лечебные учреждения

¹*Ошский Государственный Университет
(Кыргызстан, Ош)*

²*Кыргызско-Российский Славянский Университет
(Кыргызстан, Бишкек)*

doi: 10.18411/lj-30-09-2017-08

idsp: 000001:lj-30-09-2017-08

Аннотация

В сообщении приводятся результаты структуры по группам здоровья и самооценка состояния здоровья подростков 15-17 лет проживающих Ошской области в КР

Ключевые слова: структура, самооценка, здоровья, подросток.

Актуальность. В период социально-экономических реформ, происходящих в стране в последние десятилетия, сформировались серьёзные демографические проблемы. Ежегодно возрастает уровень общей и первичной заболеваемости среди детей как младшего (10–14 лет), так и старшего (15-17 лет) подросткового возраста. [1-4]. Здоровье